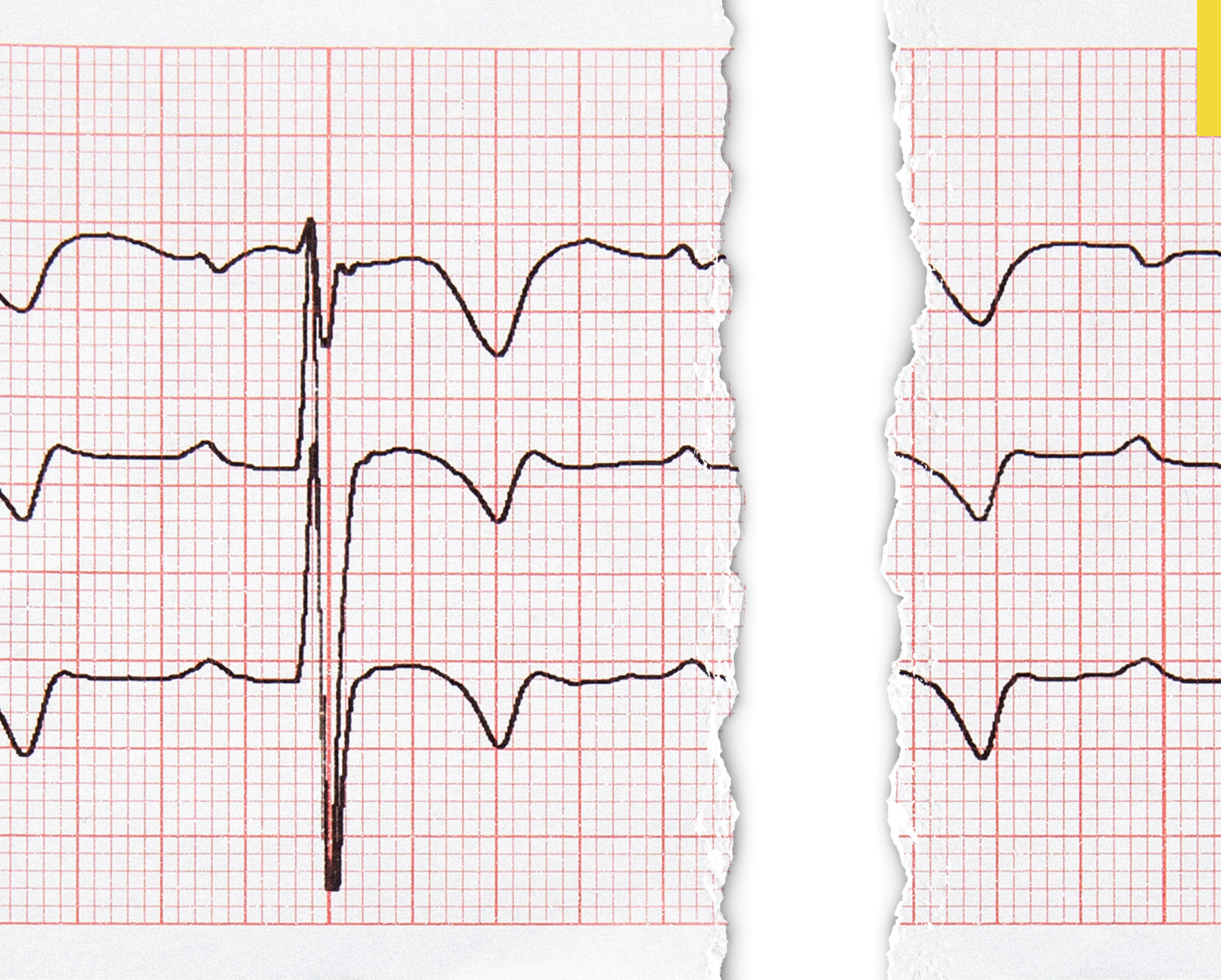


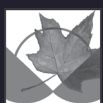


SEPTEMBRE 2026

ÇA NE VA PAS

Privatisation des interventions chirurgicales et diagnostiques en Ontario

Andrew Longhurst



CCPA
CANADIAN CENTRE
for POLICY ALTERNATIVES
CENTRE CANADIEN
de POLITIQUES ALTERNATIVES

Ça ne va pas

Privatisation des interventions chirurgicales et diagnostiques en Ontario

Résumé **3**

Introduction **8**

Cette étude **10**

Croissance de l'industrie chirurgicale et de l'imagerie médicale à but lucratif **11**

La privatisation coûte plus cher que la prestation de services par les hôpitaux publics **24**

La privatisation est associée à des résultats pires sur la santé et des décès évitables **26**

La sous-traitance est une porte d'entrée pour les soins de santé à deux vitesses **28**

Évaluation du rendement en matière de temps d'attente en Ontario **32**

Conclusion et recommandations **37**

Notes **41**

Résumé

Le gouvernement de l'Ontario fait, de manière agressive, la promotion d'une plus grande implication du secteur à but lucratif dans l'offre de soins de santé. Le changement le plus marqué dans cette orientation politique s'est produit en 2023 avec l'adoption du projet de loi 60 (*Loi concernant votre santé*) — un projet de loi omnibus ayant pour but de soutenir l'élargissement par le gouvernement provincial des soins de santé à but lucratif dans la province.

En 2025, le gouvernement provincial a octroyé un montant de 280 millions de dollars pour les établissements à but lucratif nouvellement agréés afin qu'ils effectuent des chirurgies orthopédiques et des examens par imagerie médicale — le plus important apport de fonds publics dans des établissements à but lucratif à l'extérieur du Québec.

Cette étude de recherche analyse de quelle façon l'orientation politique du gouvernement de l'Ontario favorise l'industrie chirurgicale et de l'imagerie médicale à but lucratif aux dépens des hôpitaux publics et évalue si cette orientation politique réduit les temps d'attente et sert l'intérêt général.

Une analyse des demandes d'accès à l'information et des données publiques montre ce qui suit :

- il y a 918 centres de services de santé communautaires intégrés agréés (CSSCI, anciennement appelés établissements de santé autonomes) en opération en Ontario — une augmentation par rapport à 902 établissements en 2023;
- la plupart des services offerts dans les CSSCI sont l'imagerie médicale, y compris les ultrasonoscopies (41 pour cent) et les radiographies (21 pour cent). Le ministère de la Santé a donné

des contrats en sous-traitance à 21 CSSCI afin d'effectuer des chirurgies plastiques (huit établissements), des chirurgies oculaires (six établissements), ainsi que des tomodensitogrammes et des examens par IRM (sept établissements). Deux hôpitaux privés—l'unité de chirurgie Don Mills et l'hôpital Shouldice—effectuent de multiples interventions chirurgicales et réparations des hernies, respectivement;

- en 2024-2025, trois pour cent du total des chirurgies d'un jour en Ontario ont été données en sous-traitance à des établissements à but lucratif, tant des CSSCI que des hôpitaux privés.

Le nombre de chirurgies données en sous-traitance augmente plus rapidement que les chirurgies effectuées dans les hôpitaux publics

Le nombre de chirurgies effectuées dans les CSSCI est passé de 16 873 en 2017-2018 à 36 653 en 2024-2025—une augmentation de 117 pour cent. Parallèlement, le nombre de chirurgies d'un jour effectuées dans les hôpitaux publics est passé de 1 263 098 en 2017-2018 à 1 393 719 en 2024-2025—une augmentation de seulement 10 pour cent. Entre 2017-2018 et 2024-2025, il y a eu un taux de croissance annuel moyen de 13 pour cent du nombre de chirurgies effectuées dans les CSSCI comparativement à 2,2 pour cent pour celles effectuées dans les hôpitaux publics.

Les chirurgies et les examens par imagerie médicale à but lucratif sont un secteur important—et en pleine croissance

En 2024-2025, les interventions chirurgicales et les examens par imagerie médicale à but lucratif représentaient une industrie de 674 millions de dollars en Ontario (sur un budget de la santé de 77,9 milliards de dollars), une augmentation par rapport à 457 millions de dollars en 2017-2018—ou 48 pour cent. Les établissements chirurgicaux et d'imagerie médicale à but lucratif ont reçu 4,1 milliards de dollars en financement cumulatif de la part du gouvernement de l'Ontario sur une période de huit ans (de 2017-2018 à 2024-2025).

Les paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif augmentent plus rapidement que le financement des hôpitaux

L'orientation politique du gouvernement de l'Ontario favorisant les établissements privés à but lucratif est démontrée lorsqu'on analyse la croissance du financement annuel moyen au cours des trois années qui ont suivi l'adoption du projet de loi 60. Entre 2022-2023 et 2024-2025, la croissance annuelle moyenne des paiements faits par l'État aux établissements chirurgicaux (22,8 pour cent) et d'imagerie médicale (10,7 pour cent) à but lucratif a augmenté plus rapidement que le taux de croissance moyen du financement des hôpitaux publics (4,9 pour cent).

Les paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif ne sont pas rapportés de manière transparente

Les Comptes publics de l'Ontario sous-estiment de façon importante les paiements faits par l'État aux CSSCI. En 2024-2025, les Comptes publics ont rapporté un montant de 84,7 millions de dollars qui avait été transféré aux CSSCI, tandis que la comptabilisation des dépenses obtenue grâce à des demandes d'accès à l'information mentionne des paiements de 659 millions de dollars aux CSSCI. Les Comptes publics ont sous-estimé les paiements faits aux CSSCI de 778 pour cent en 2024-2025.

La privatisation est plus coûteuse et assure une moins bonne qualité que ce qu'offre les hôpitaux publics

Il a été conclu systématiquement, partout au pays, que les chirurgies et les examens par imagerie médicale donnés en sous-traitance sont plus coûteux que les mêmes interventions effectuées dans les hôpitaux publics. En Ontario, il a été conclu que les chirurgies de la cataracte coûtent plus du double de celles effectuées dans les hôpitaux publics et il a été conclu que les arthroscopies du genou effectuées dans le secteur privé coûtaient deux à trois fois plus cher que celles effectuées dans les hôpitaux publics.

Les données canadiennes et internationales prouvent que l'offre de soins de santé par le secteur privé à but lucratif est associée à des soins de moins bonne qualité, de pires résultats sur la santé et un risque plus élevé de décès évitables. Un examen international effectué en 2024 de 14 études publiées dans le journal *The Lancet Public Health* a conclu que « des augmentations cumulées de privatisation correspondaient fréquemment aux pires résultats sur la santé pour la patientèle ».

Donner des services en sous-traitance constitue une porte d'entrée pour les soins de santé à deux vitesses

Les établissements à but lucratif implantent les soins de santé à deux vitesses à l'américaine au Canada par l'entremise de frais illégaux facturés à la patientèle. Près du tiers (46 sur 147) des infractions pour surfacturation et ticket modérateur illégaux entre 2023 et 2025—les années qui ont suivi l'adoption du projet de loi 60—concernaient les chirurgies de la cataracte et autres chirurgies oculaires, qui ont été l'axe majeur de la privatisation des interventions chirurgicales par le gouvernement de l'Ontario.

Les temps d'attente augmentent avec une plus grande implication du secteur à but lucratif

Entre 2017 et 2025, les temps d'attente moyens pour 8 des 12 interventions prioritaires ont augmenté en Ontario, y compris les examens par IRM, les chirurgies de la cataracte et toutes les chirurgies du cancer. Malgré l'augmentation de 185 pour cent des paiements faits par l'État aux CSSCI pour les chirurgies ophtalmologiques entre 2017-2018 et 2024-2025, les temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte ne se sont pas améliorés. Cette tendance remet en cause le raisonnement du gouvernement de l'Ontario qu'un plus grand nombre de chirurgies de la cataracte données en sous-traitance réduit les temps d'attente. L'expérience de l'Ontario est conforme à la preuve internationale, et d'autres provinces, qui conclue que la sous-traitance ne constitue pas une stratégie efficace pour réduire les temps d'attente dans le secteur public.

Conclusion et recommandations

L'orientation politique du gouvernement de l'Ontario favorise la prestation à but lucratif—plutôt que publique—des chirurgies et des examens par imagerie médicale. Alors que le marché connaît une croissance et que ce lobby des entreprises devient de plus en plus puissant—comme en Alberta—la perspective de soins de santé à deux vitesses à l'américaine devient un plus grand risque.

Si la privatisation des interventions chirurgicales et des examens diagnostiques constituait une politique saine des soins de santé, alors la preuve appuierait cette orientation—mais ce n'est pas le cas. Le gouvernement provincial devrait plutôt revoir son orientation politique :

- mettre fin à la privatisation des chirurgies et des examens par imagerie médicale;
- augmenter immédiatement le financement des hôpitaux publics et la capacité des services;
- s'engager à mettre en œuvre des stratégies d'amélioration du système public en se basant sur les preuves.

Introduction

Le gouvernement de l'Ontario fait, de manière agressive, la promotion d'une plus grande implication du secteur à but lucratif dans l'offre de soins de santé. Bien que cette orientation politique avait débuté avant la pandémie de la COVID-19, le changement le plus marqué s'est produit en 2023 avec l'adoption du projet de loi 60 (*Loi concernant votre santé*) — un projet de loi omnibus ayant pour but de soutenir l'élargissement par le gouvernement provincial des soins de santé à but lucratif dans la province¹.

Depuis 2023, le gouvernement de l'Ontario est passé en première vitesse pour accroître l'implication du secteur à but lucratif et des investisseurs dans le système de santé de l'Ontario en encourageant la privatisation des examens par imagerie médicale et des chirurgies — des services essentiels offerts dans les hôpitaux publics couverts par le régime d'assurance-maladie public. En mai 2023, le gouvernement a assuré l'entrée en vigueur de cette loi. Parmi les changements législatifs, les « établissements de santé autonomes » ont été renommés « centres de services de santé communautaires intégrés », qui sont des établissements privés à but lucratif qui effectuent divers tests diagnostiques et interventions chirurgicales.

Depuis l'adoption du projet de loi 60, le gouvernement provincial a fait trois « appels de demandes » afin d'augmenter le nombre d'interventions effectuées par le secteur privé et financées par l'État (ce qu'on appelle également de la sous-traitance). En juin 2024, le ministère de la Santé a fait un appel de demandes afin d'augmenter le nombre d'examens par IRM et de tomodensitogrammes effectués en sous-traitance², suivi des services d'endoscopie en août 2024³ et des chirurgies orthopédiques en juillet 2025⁴. En 2025, le gouvernement provincial a annoncé qu'il avait

accordé un montant de 155 millions de dollars à des établissements à but lucratif nouvellement agréés pour effectuer des tomodensitogrammes, des examens par IRM et des endoscopies⁵ et un montant de 125 millions de dollars pour les chirurgies orthopédiques dans quatre établissements privés⁶. À part au Québec, ce montant de 280 millions de dollars est le plus important apport de fonds publics dans des établissements à but lucratif au Canada.

Malgré l'orientation politique du gouvernement de l'Ontario, la prestation à but lucratif est généralement plus coûteuse que les mêmes interventions effectuées dans des hôpitaux publics, présente des risques pour la sécurité de la patientèle et la qualité des soins qu'elle reçoit et contribue à des temps d'attente plus longs—non pas plus courts⁷. La prestation de soins de santé à but lucratif financée par l'État est également une porte d'entrée à la médecine à deux vitesses alors qu'il a été prouvé que les établissements privés partout au pays facturent illégalement des frais à la patientèle pour des soins de santé nécessaires déjà couverts par les régimes de santé provinciaux⁸.

En Ontario, le gouvernement provincial est en train de créer une industrie des soins de santé à but lucratif par l'entremise d'un important financement public. Alors que ce marché connaît une croissance et que ce lobby des entreprises devient de plus en plus puissant, la perspective d'un système de santé à deux vitesses à l'américaine devient un plus grand risque. Parallèlement, le gouvernement de l'Alberta a créé une industrie des soins de santé à but lucratif par l'entremise de contrats publics, affirmant que la patientèle n'aurait jamais à payer personnellement pour des soins de santé. En 2025, avec cette industrie à but lucratif en place, le gouvernement de l'Alberta a commencé à introduire des lois pour établir un système de santé à deux vitesses⁹. Alors que l'Ontario suit les traces de l'Alberta, jamais le régime d'assurance-maladie canadien n'a été aussi menacé.

Cette étude

En 2023, le Centre canadien de politiques alternatives a publié *At What Cost? Ontario hospital privatization and the threat to public health care* (À quel coût? La privatisation des hôpitaux de l'Ontario et la menace pour les soins de santé publics). Cette étude expliquait les changements législatifs en vertu du projet de loi 60 et analysait les tendances dans la prestation à but lucratif financée par l'État de chirurgies et d'examens par imagerie médicale en fonction des données obtenues par l'entremise de demandes d'accès à l'information, étant donné que les détails entourant le financement public des interventions faites au privé ne sont pas rendus publics.

Il y a eu des développements importants en ce qui a trait à la privatisation des chirurgies et des examens par imagerie médicale depuis l'entrée en vigueur du projet de loi 60. Avec une plus longue échéance disponible pour l'analyse, cette étude de recherche analyse de quelle façon l'orientation politique du gouvernement de l'Ontario favorise l'industrie chirurgicale et de l'imagerie médicale à but lucratif plutôt que les hôpitaux publics. Cette étude de recherche évalue si cette orientation politique réduit les temps d'attente et sert l'intérêt général.

Cette étude de recherche utilise l'analyse statistique des données publiques et des données obtenues à la suite de quatre demandes d'accès à l'information faites au ministère de la Santé de l'Ontario et à Santé Ontario. Ce rapport s'inspire également de littératures universitaires et politiques.

Croissance de l'industrie chirurgicale et de l'imagerie médicale à but lucratif

Les établissements chirurgicaux et d'imagerie médicale à but lucratif de l'Ontario sont une industrie privée des soins de santé en expansion. Il y a trois types d'établissements à but lucratif qui effectuent des examens par imagerie médicale et des interventions chirurgicales financés par l'État (couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario) à l'extérieur des hôpitaux :

- les centres de services de santé communautaires intégrés payés à l'acte (CSSCI, anciennement appelés établissements de santé autonomes) : les CSSCI payés à l'acte facturent l'Assurance-santé de l'Ontario en se basant sur le barème des coûts d'établissement provincial¹⁰. Il se peut que des honoraires à l'acte soient facturés aux

établissements pour les radiodiagnostic (rayons x), la médecine nucléaire, les ultrasons, les études des fonctions pulmonaires et les études du sommeil;

- les CSSCI en sous-traitance avec une entente de transfert de paiement : on ne peut pas facturer d'honoraires à l'acte pour les chirurgies, les examens par IRM, les tomodensitogrammes et d'autres services (par exemple, la dialyse) et ces services nécessitent une entente de transfert de paiement, qui sert de contrat entre l'établissement et le ministère. Ces ententes contiennent des dispositions, des nombres et des montants de paiements par procédure qui peuvent être différents entre les établissements et ne sont pas rendus publics;
- les hôpitaux privés : il y a également deux hôpitaux privés en Ontario régis par la *Loi sur les hôpitaux privés* — un cadre législatif différent des CSSCI. Ces deux établissements à but lucratif, l'hôpital Shouldice et l'unité de chirurgie Don Mills (qui fait partie de la chaîne de fonds propres privés du Réseau de santé Clearpoint), effectuent des chirurgies financées par l'État par l'entremise d'ententes de transfert de paiement avec le ministère de la Santé.

Ces établissements bénéficient d'un financement public; de plus, les CSSCI et les hôpitaux privés peuvent également fournir des services dans le secteur privé qui ne sont pas couverts par le régime public en vertu de l'Assurance-santé de l'Ontario, sans limites explicites quant à ce qui peut être facturé pour de tels services. En vertu de la *Loi sur les centres de services de santé communautaires intégrés*, les prestataires doivent obtenir le consentement de la patientèle pour l'« achat » de services non couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario.

En plus du financement public pour les services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario, la preuve montre que la surfacturation et les frais facturés à la patientèle, tous deux illégaux, sont fréquents dans cette industrie à but lucratif malgré la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* et la *Loi sur les centres de services de santé communautaires intégrés* qui interdisent que des frais soient facturés à la patientèle pour des services couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario (voir la section *La sous-traitance est une porte d'entrée pour les soins de santé à deux vitesses*)¹¹.

Les informations divulguées publiquement par le gouvernement de l'Ontario au sujet des CSSCI et des hôpitaux privés sont très limitées. Par conséquent, de nombreuses demandes d'accès à l'information ont été

faites au ministère de la Santé afin de déterminer le nombre de chirurgies financées par l'État et les paiements faits par l'État à cette industrie à but lucratif en plein croissance. L'analyse des données obtenues grâce aux demandes d'accès à l'information montre ce qui suit.

La plupart des établissements à but lucratif effectuent des examens par imagerie médicale

En date d'avril 2026, il y a 918 CSSCI agréés en opération en Ontario — une hausse par rapport à 902 établissements en 2023¹². De ce nombre, 21 ont des ententes de transfert de paiement avec le ministère de la Santé pour effectuer des chirurgies plastiques (huit établissements), des chirurgies oculaires (six établissements), ainsi que des tomodensitogrammes et des examens par IRM (sept établissements). Les 897 autres facturent l'Assurance-santé de l'Ontario sur la base d'honoraires à l'acte.

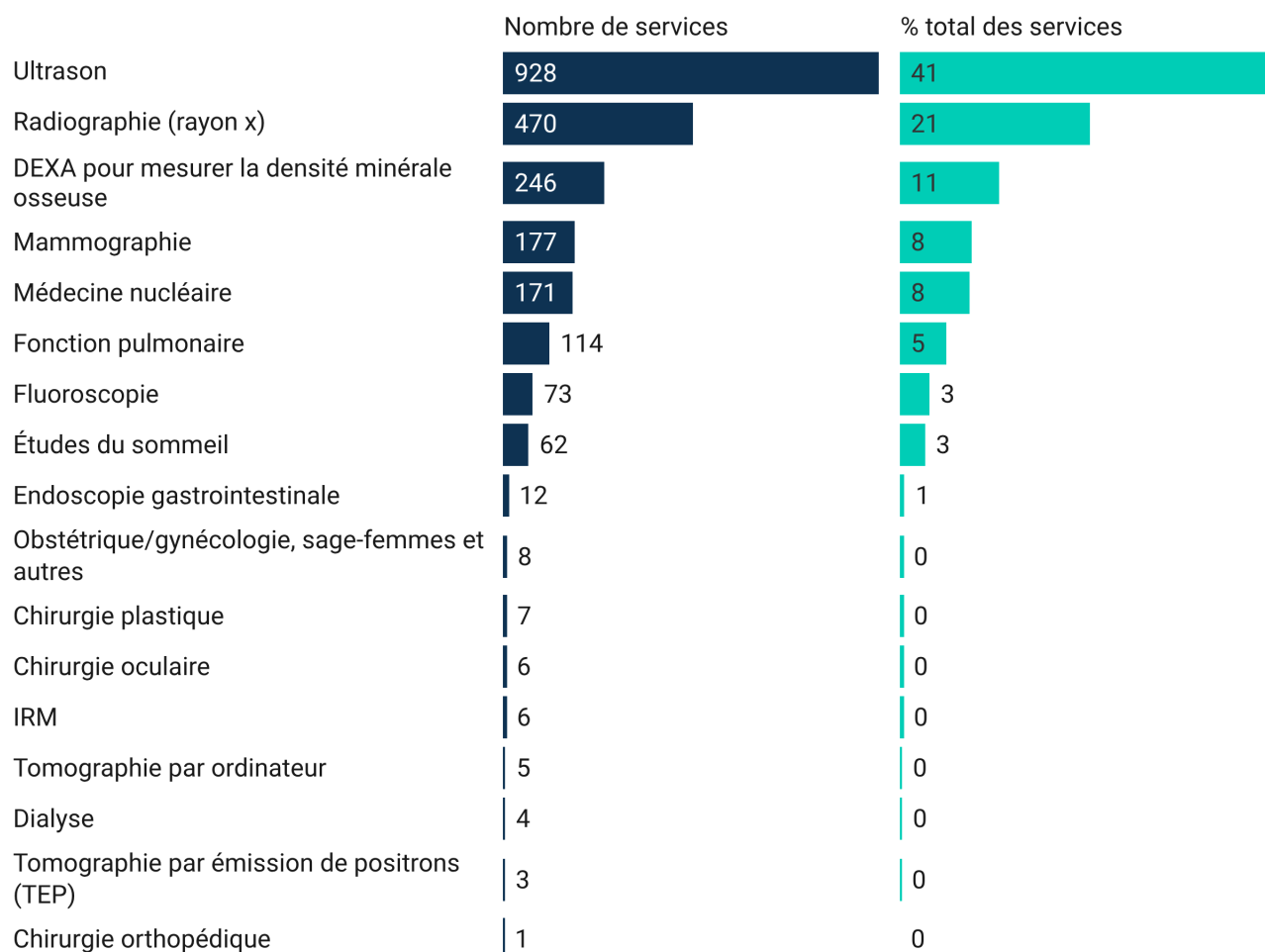
Près des deux tiers (62 pour cent) des CSSCI offrent deux services ou plus et bon nombre de ces établissements offrent de nombreux types d'examens par imagerie médicale. Lorsque ventilés par type de service, 41 pour cent des services sont pour des ultrasonoscopies, 21 pour cent pour des radiographies (rayons x), suivis des DEXA pour mesurer la densité minérale osseuse (11 pour cent), des mammographies (8 pour cent) et de la médecine nucléaire (8 pour cent) (Graphique 1).

Il y a deux hôpitaux privés agréés en vertu de la *Loi sur les hôpitaux privés* qui effectuent des chirurgies : l'unité de chirurgie Don Mills et l'hôpital Shouldice. L'unité de chirurgie Don Mills, qui fait partie de la chaîne du Réseau de santé Clearpoint (opérant sous le nom de Surgical Solutions Network), effectue des interventions couvertes par le réseau public et des interventions payées personnellement, y compris des chirurgies orthopédiques, oculaires, plastiques, oto-rhino-laryngologiques et générales¹³. L'hôpital de réparation des hernies Shouldice effectue uniquement des réparations des hernies¹⁴.

Graphique 1 / Services offerts dans les centres de services de santé communautaires intégrés

Ontario, 2026

■ Nombre de services ■ % total des services



Note Comprend uniquement les services offerts qui sont couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario

Source Ministère de la Santé de l'Ontario, emplacements des centres de services de santé communautaires intégrés, mis à jour le 13 avril 2026

Tableau 1 / Nombre de chirurgies données en sous-traitance comme part du total des chirurgies effectuées dans la province

Ontario, 2024-2025

Type d'établissement	Nombre de chirurgies d'un jour	Total en %
Total pour les établissements à but lucratif	42 855	3 %
CSSCI	36 653	3 %
Hôpitaux privés	6 202	0 %
Hôpitaux publics	1 393 719	97 %
Total	1 436 574	

Note Les interventions chirurgicales dans les hôpitaux publics incluent les chirurgies prévues, non prévues, d'un jour et avec hospitalisation
Source Calculs de l'auteur faits à partir des données publiées à la suite de demandes d'accès à l'information : OH26-006 et GRMH-2026-00021

Les chirurgies données en sous-traitance ont augmenté plus rapidement dans les établissements à but lucratif que les chirurgies effectuées dans les hôpitaux publics

La majorité des chirurgies financées par l'État sont effectuées dans les hôpitaux publics. En 2024-2025, trois pour cent du nombre total de chirurgies d'un jour effectuées dans la province (également appelées chirurgies ambulatoires) ont été données en sous-traitance à des établissements à but lucratif, tant les CSSCI que les hôpitaux privés (Tableau 1).

Bien que les chirurgies données en sous-traitance aux CSSCI demeurent une part relativement minime du nombre total de chirurgies d'un jour effectuées dans la province, le nombre d'interventions chirurgicales et d'examens par imagerie médicale financés par l'État effectués dans les CSSCI a augmenté à un rythme important entre 2017-2018 et 2024-2025. Le nombre de chirurgies effectuées dans les CSSCI est passé de 16 873 en 2017-2018 à 36 653 en 2024-2025—une augmentation de 117 pour cent (Tableau 2).

Parallèlement, le nombre de chirurgies d'un jour effectuées dans les hôpitaux publics est passé de 1 263 098 en 2017-2018 à 1 393 719 en 2024-2025—une augmentation de seulement 10 pour cent (Tableau 3). Entre 2017-2018 et 2024-2025, le nombre de chirurgies effectuées dans les CSSCI a augmenté en moyenne de 12,9 pour cent par année comparativement à 2,2 pour cent dans les hôpitaux publics (Tableaux 2

Tableau 2 / Nombre d'interventions financées par l'État dans les centres de services de santé communautaires intégrés

En milliers, Ontario, 2017-2018 à 2024-2025

	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Changement 2017-2025	Changement annuel moyen 2017-2025
Interventions chirurgicales										
Ophtalmologie	13,9	14,1	13,2	12,5	14,9	19,1	28,3	32,3	131 %	
Chirurgie plastique	2,9	3,3	2,7	3,0	3,4	4,6	5,3	4,4	50 %	
Interventions chirurgicales totales	16,9	17,4	15,9	15,5	18,3	23,7	33,5	36,7	117 %	
Changement annuel en %		3,0 %	-8,0 %	-3,0 %	18,0 %	29,0 %	41,0 %	9,0 %		12,9 %
Imagerie médicale										
Radiodiagnostic	4 299,1	4 387,5	4 265,1	2 881,3	3 898,0	4 443,6	4 758,6	5 175,6	20 %	
Ultrasonoscopies	5 404,9	5 622,5	5 565,7	4 701,2	5 689,7	6 105,5	6 635,1	7 061,5	31 %	
Médecine nucléaire	462,4	509,2	554,3	488,7	583,4	682,8	756,6	810,8	75 %	
Études des fonctions pulmonaires	220,8	221,6	223,7	133,2	210,8	259,8	293,1	315,1	43 %	
Études du sommeil	139,5	143,3	141,5	80,8	109,3	127,2	144,4	149,1	7 %	
Tomodensitogrammes (heures)	15,9	16,6	20,8	27,5	28,9	33,1	36,5	12,9	*	
IRM (heures)	40,0	43,6	47,3	46,4	60,9	91,3	95,9	117,8	195 %	
Total pour les IRM et les tomodensitogrammes (heures)	55,9	60,3	68,1	73,9	89,8	124,4	132,4	130,7	134 %	
Changement annuel en %		8,0 %	13,0 %	9,0 %	21,0 %	39,0 %	6,0 %	-1,0 %		13,5 %

* Le ministère de la Santé a modifié les catégories pour les tomodensitogrammes et les IRM entre 2023-2024 et 2024-2025. Veuillez interpréter les séries temporelles avec prudence.

Source Calculs de l'auteur faits à partir des données publiées à la suite de demandes d'accès à l'information : ministère de la Santé A-2024-00272 et GRMH-2026-00021; Santé Ontario OH26-006

Tableau 3 / Nombre d'interventions effectuées dans les hôpitaux publics

En millions, Ontario, 2017-2018 à 2024-2025

	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Changement 2017-2025	Changement annuel moyen 2017-2025
Chirurgies										
Nombre total de chirurgies d'un jour	1,26	1,29	1,27	0,98	1,10	1,29	1,35	1,39	10,0 %	
Changement annuel en %		2,0 %	-2,0 %	-23,0 %	13,0 %	17,0 %	5,0 %	3,0 %		2,2 %
Imagerie médicale										
Tomodensitogrammes	1,82	1,94	2,01	1,96	2,23	2,35	2,57	2,76	52,0 %	
IRM	0,84	0,85	0,84	0,74	0,86	0,86	0,91	0,99	18,0 %	
Nombre total de tomodensitogrammes et d'IRM	2,65	2,79	2,85	2,70	3,09	3,22	3,49	3,75	41,0 %	
Changement annuel en %		5,0 %	2,0 %	-5,0 %	14,0 %	4,0 %	8,0 %	8,0 %		5,2 %

Source : Calculs de l'auteur faits à partir de données obtenues grâce à des demandes d'accès à l'information : ministère de la Santé A-2024-00272 et GRMH-2026-00021; Santé Ontario OH26-006

et 3). En d’autres mots, le nombre de chirurgies effectuées dans les établissements à but lucratif augmente plus rapidement par rapport à celles effectuées dans les hôpitaux publics.

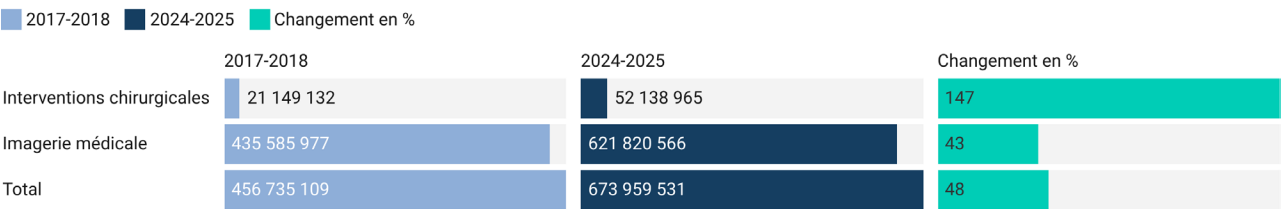
Le nombre d'examen par imagerie médicale donnés en sous-traitance augmente rapidement

Le nombre d'heures de services de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans les CSSCI est passé de 55 933 en 2017-2018 à 130 707 en 2024-2025—une augmentation de 134 pour cent (Tableau 2). Les tomodensitogrammes et les examens par IRM sont parmi les modalités d'imagerie médicale qui sont une priorité majeure de la récente privatisation des examens par imagerie médicale¹⁵.

Entre 2017-2018 et 2024-2025, les heures pour les tomodensitogrammes et les examens par IRM financées par l'État

Graphique 2 / Paiements publics faits à des établissements à but lucratif par type de service

Ontario, 2017-2018 à 2024-2025



Note Comprend les CSSCI et les hôpitaux privés
Source Calculs de l'auteur faits à partir des données publiées à la suite de demandes d'accès à l'information : ministère de la Santé A-2024-00272 et GRMH-2026-00021; Santé Ontario OH26-006; et Comptes publics de l'Ontario, sur plusieurs années

effectuées dans les CSSCI ont augmenté à un taux annuel moyen de 14 pour cent (Tableau 2) comparativement à une croissance du taux moyen annuel de 5 pour cent pour les *tomodensitogrammes* et les *examens par IRM* dans les hôpitaux publics (Tableau 3)¹⁶. Seulement 38 pour cent des appareils d'examens par IRM dans les établissements publics et privés de l'Ontario sont utilisés 24 heures par jour, ce qui suggère qu'il y a une importante capacité disponible dans le secteur public qui nécessite du financement et du personnel¹⁷.

Les chirurgies et les examens par imagerie médicale à but lucratif sont un commerce important – et en croissance

En 2024-2025, les chirurgies et les examens par imagerie médicale à but lucratif représentaient une industrie de 674 millions de dollars en Ontario (sur un budget de la santé de 77,9 milliards de dollars), une augmentation par rapport à 457 millions de dollars en 2017-2018 – ou 48 pour cent (Graphique 2). Les établissements chirurgicaux et d'imagerie médicale à but lucratif ont reçu 4,1 milliards de dollars en financement cumulatif du gouvernement de l'Ontario entre 2017-2018 et 2024-2025 (Tableau 4).

Comme part du total des paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif (CSSCI et hôpitaux privés), les établissements d'imagerie médicale ont reçu la plus grande part, soit 92 pour cent (621,8 millions de dollars) en 2024-2025 (Graphique 2). Les établissements à but lucratif qui

Tableau 4 / Paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif par type de service

Millions de dollars, Ontario, 2017-2018 à 2024-2025

	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Changement 2017-2025	Changement annuel moyen 2017-2025
Centres de services de santé communautaires intégrés (CSSCI)										
Ophtalmologie	\$11,00	\$11,32	\$10,68	\$11,15	\$12,81	\$16,14	\$23,86	\$31,38	185,0 %	
Chirurgie plastique	\$1,88	\$2,47	\$1,47	\$2,23	\$2,24	\$3,35	\$4,41	\$5,88	212,0 %	
Radiodiagnostic (rayon x)	\$118,98	\$121,11	\$118,10	\$81,27	\$112,71	\$129,96	\$139,41	\$158,01	33,0 %	
Ultrasonoscopies	\$209,97	\$216,93	\$214,17	\$188,94	\$225,86	\$245,69	\$264,74	\$295,43	41,0 %	
Médecine nucléaire	\$41,39	\$45,22	\$48,31	\$43,93	\$52,82	\$61,71	\$68,15	\$76,61	85,0 %	
Études des fonctions pulmonaires	\$3,29	\$3,26	\$3,33	\$2,08	\$3,31	\$4,11	\$4,55	\$5,11	56,0 %	
Études du sommeil	\$50,92	\$52,26	\$51,74	\$30,60	\$41,41	\$49,22	\$55,89	\$60,92	20,0 %	
Tomodensitogrammes	\$2,61	\$3,36	\$3,05	\$4,75	\$4,76	\$5,88	\$7,49	\$4,66	78,0 %	
IRM	\$8,42	\$8,56	\$9,03	\$11,90	\$17,77	\$18,74	\$18,34	\$21,07	150,0 %	
Total pour les CSSCI	\$448,47	\$464,48	\$459,88	\$376,84	\$473,68	\$534,82	\$586,84	\$659,08	47,0 %	
Changement annuel en %		3,6 %	-1,0 %	-18,1 %	25,7 %	12,9 %	9,7 %	12,3 %		6,5 %
Hôpitaux privés										
Unité de chirurgie Don Mills (chirurgies multiples)	\$1,32	\$1,32	\$1,32	\$3,32	\$4,98	\$5,27	\$3,50	\$1,58	20,0 %	
Hôpital Shouldice (réparation des hernies)	\$6,95	\$6,95	\$6,95	\$7,94	\$8,27	\$12,20	\$11,19	\$13,30	91,0 %	
Total des hôpitaux privés	\$8,26	\$8,26	\$8,26	\$11,26	\$13,25	\$17,47	\$14,69	\$14,88	80,0 %	
Changement annuel en %		0,0 %	0,0 %	36,3 %	17,6 %	31,9 %	-15,9 %	1,3 %		10,2 %
Les CSSCI et les hôpitaux privés										
Total	\$456,74	\$472,74	\$468,14	\$388,10	\$486,93	\$552,29	\$601,53	\$673,96	48,0 %	
Changement annuel en %		3,5 %	-1,0 %	-17,1 %	25,5 %	13,4 %	8,9 %	12,0 %		6,5 %

Note L'unité de chirurgie Don Mills (Réseau de santé Clearpoint) et l'hôpital Shouldice sont les seuls hôpitaux privés en sous-traitance qui effectuent des chirurgies financées par l'État. Les paiements faits aux CSSCI et aux hôpitaux privés représentent uniquement des frais d'établissement et n'incluent pas les paiements de l'Assurance-Santé de l'Ontario (honoraires professionnels) aux médecins. Les CSSCI étaient auparavant appelés établissements de santé autonomes (ESA).

Source Calculs de l'auteur faits à partir de demandes d'accès à l'information : ministère de la Santé A-2024-00272 et GRMH-2026-00021; Santé Ontario OH26-006; et Comptes publics de l'Ontario, sur plusieurs années

Tableau 5 / Paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif pour des interventions chirurgicales et des examens par imagerie médicale

Millions de dollars, Ontario, 2017-2018 à 2024-2025

	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Changement 2017-2025	Changement annuel moyen 2017-2025
Interventions chirurgicales										
Paiements faits par l'État	\$21,15	\$22,06	\$20,41	\$24,63	\$28,29	\$36,97	\$42,97	\$52,14	147,0 %	
Changement annuel en %		4,3 %	-7,5 %	20,7 %	14,8 %	30,7 %	16,2 %	21,4 %		14,4 %
Total en %	4,6 %	4,7 %	4,4 %	6,3 %	5,8 %	6,7 %	7,1 %	7,7 %		
Imagerie médicale										
Paiements faits par l'État	\$435,59	\$450,69	\$447,73	\$363,46	\$458,64	\$515,32	\$558,56	\$621,82	43,0 %	
Changement annuel en %		3,5 %	-0,7 %	-18,8 %	26,2 %	12,4 %	8,4 %	11,3 %		6,0 %
Total en %	95,4 %	95,3 %	95,6 %	93,7 %	94,2 %	93,3 %	92,9 %	92,3 %		
Interventions chirurgicales et des examens par imagerie médicale										
Total des paiements faits par l'État	\$456,74	\$472,74	\$468,14	\$388,10	\$486,93	\$552,29	\$601,53	\$673,96	48,0 %	

Note L'unité de chirurgie Don Mills (Réseau de santé Clearpoint) et l'hôpital Shouldice sont les seuls hôpitaux privés en sous-traitance qui effectuent des chirurgies financées par l'État. Les paiements faits aux CSSCI et aux hôpitaux privés représentent uniquement des frais d'établissement et n'incluent pas les paiements de l'Assurance-Santé de l'Ontario (honoraires professionnels) aux médecins.

Source Calculs de l'auteur faits à partir des données publiées à la suite de demandes d'accès à l'information : ministère de la Santé A-2024-00272 et GRMH-2026-00021; Santé Ontario OH26-006; et Comptes publics de l'Ontario, sur plusieurs années

effectuent des chirurgies ont reçu 7,7 pour cent (52,1 millions de dollars) du total des dépenses publiques en 2024-2025.

En valeur pécuniaire, les ultrasonoscopies (295 millions de dollars), les radiodiagnostics (rayons x) (158 millions de dollars) et la médecine nucléaire (77 millions de dollars) ont reçu la plus importante part du financement public parmi les services d'imagerie médicale donnés en sous-traitance en 2024-2025 (Tableau 4). Les chirurgies oculaires (31 millions de dollars), principalement de la cataracte, et les réparations des hernies (effectuées à l'hôpital Shouldice, 13 millions de dollars) ont reçu la plus grande part du financement public parmi les interventions chirurgicales données en sous-traitance en 2024-2025 (Tableau 4).

Dans tous ces domaines, il y a eu une augmentation considérable des paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif entre 2017-2018 et 2024-2025.

Les paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif augmentent plus rapidement que le financement des hôpitaux

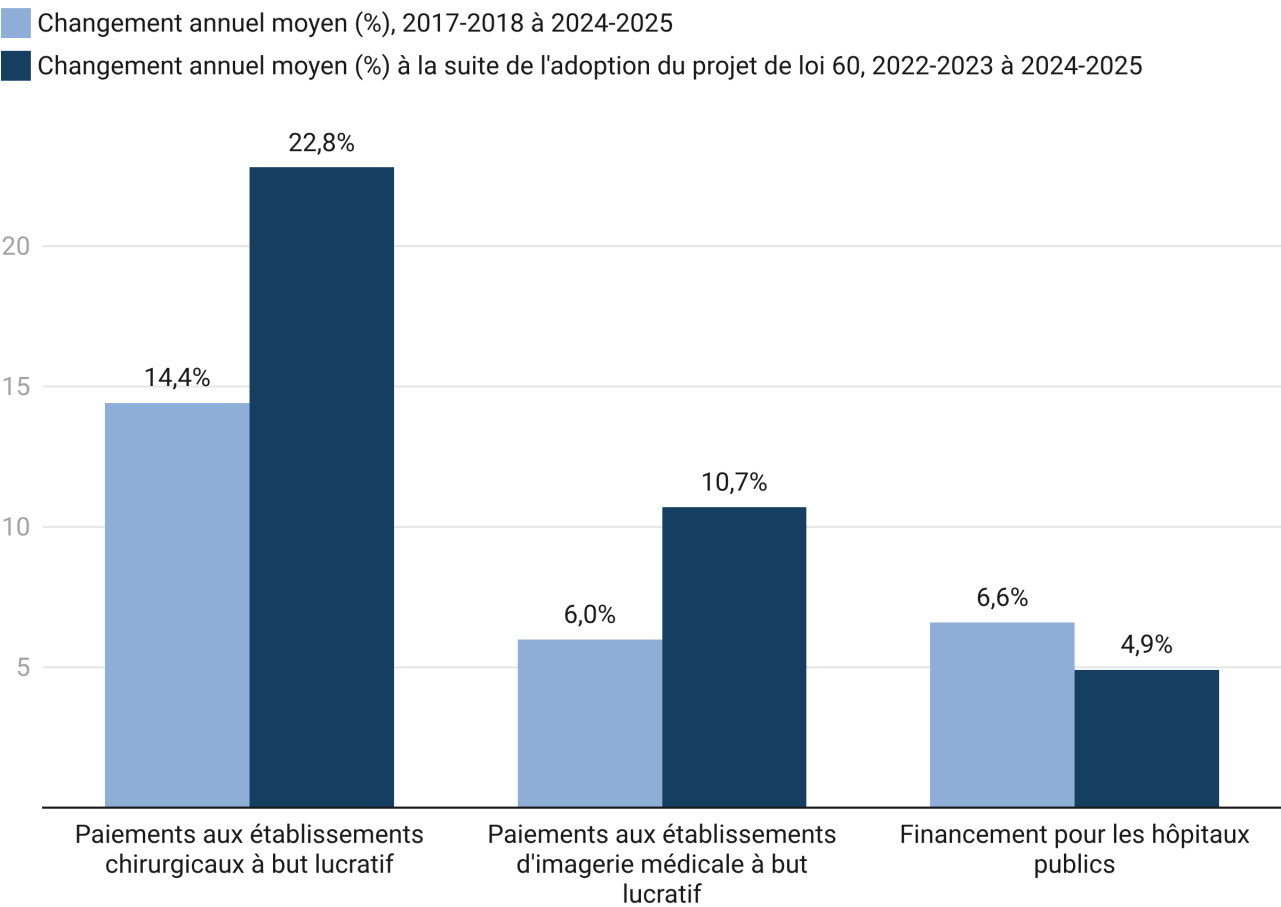
Les paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif qui effectuent des chirurgies et des examens par imagerie médicale ont augmenté à des taux annuels moyens plus rapides que le financement des hôpitaux publics. Entre 2017-2018 et 2024-2025, les paiements faits aux établissements chirurgicaux et d'imagerie médicale privés ont augmenté de 14,4 pour cent et 6 pour cent en moyenne, respectivement (Graphique 3 et Tableau 6). Au cours de cette période, le financement des hôpitaux publics a augmenté d'un taux moyen de 6,6 pour cent.

L'orientation politique du gouvernement de l'Ontario favorisant les établissements privés à but lucratif est démontrée lorsqu'on analyse l'augmentation annuelle moyenne du financement au cours des trois années suivant l'adoption du projet de loi 60. Entre 2022-2023 et 2024-2025, les paiements annuels moyens faits aux établissements chirurgicaux et d'imagerie médicale à but lucratif ont augmenté à des taux de 22,8 pour cent et 10,7 pour cent, respectivement (Graphique 3). C'était nettement supérieur au taux annuel moyen de la croissance du financement des hôpitaux publics qui était de 4,9 pour cent au cours de la période qui a suivi l'adoption du projet de loi 60.

Les paiements faits par l'État aux établissements à but lucratif ne sont pas transparents

Les paiements faits aux CSSCI à but lucratif ne peuvent pas être comptabilisés correctement et complètement dans les Comptes publics de l'Ontario. Le Secrétariat du Conseil du Trésor fournit une comptabilisation annuelle détaillée des dépenses, y compris les paiements de transfert aux prestataires de services non gouvernementaux, ce qui comprend les CSSCI et les hôpitaux privés.

Graphique 3 / Changement annuel moyen au financement dans les établissements à but lucratif de l'Ontario et les hôpitaux publics



Source Source : Calculs de l'auteur faits à partir des données publiées à la suite de demandes d'accès à l'information : ministère de la Santé A-2024-00272 et GRMH-2026-00021; Santé Ontario OH26-006; et Comptes publics de l'Ontario, sur plusieurs années

Tableau 6 / Financement des hôpitaux publics de l'Ontario

Milliards de dollars, 2017-2018 à 2024-2025

	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Changement 2017-2025	Changement annuel moyen 2017-2025
Fonctionnement des hôpitaux publics	\$17,29	\$17,97	\$19,32	\$24,27	\$22,99	\$22,63	\$25,58	\$26,37	53 %	
Changement annuel en %		4 %	8 %	26 %	-5 %	-2 %	13 %	3 %		6,60 %

Source Comptes publics de l'Ontario, sur plusieurs années Obtenir les données Créé avec Datawrapper

Tableau 7 / Sous-estimation des paiements publics faits au CSSCI en Ontario

Millions de dollars, 2017-2018 à 2024-2025

	Paiements faits aux CSSCI rapportés dans les Comptes publics	Paiements faits aux CSSCI divulgués à la suite de demandes d'accès à l'information	% des paiements sous-estimés par les Comptes publics
2017-2018	\$49,30	\$448,47	910 %
2018-2019	\$52,22	\$464,48	889 %
2019-2020	\$51,11	\$459,88	900 %
2020-2021	\$56,04	\$376,84	672 %
2021-2022	\$65,80	\$473,68	720 %
2022-2023	\$58,53	\$534,82	914 %
2023-2024	\$73,28	\$586,84	801 %
2024-2025	\$84,71	\$659,08	778 %

Note Les CSSCI sont les centres de services de santé communautaires intégrés et étaient anciennement appelés établissements de santé autonomes.

Source « Les paiements faits aux établissements de santé autonomes » proviennent des Comptes publics de l'Ontario, des États des ministères et annexes, du ministère de la Santé, de l'Assurance-Santé de l'Ontario, des détails des dépenses et actifs par classification des postes et des comptes, sur plusieurs années; des demandes d'accès à l'information faites au ministère de la Santé A-2022-00318, A-2023-00082, A-2024-00272 et GRMH-2026-00021

Les Comptes publics sous-estiment de façon importante les paiements faits par l'État aux CSSCI. En 2024-2025, les Comptes publics ont rapporté qu'un montant de 84,7 millions de dollars avait été transféré aux CSSCI (frais d'établissement seulement), tandis que la comptabilisation des dépenses obtenue grâce à des demandes d'accès à l'information fait état de paiements de 659 millions de dollars aux CSSCI (Tableau 7). Les Comptes publics ont sous-estimé les paiements faits aux CSSCI de 778 pour cent en 2024-2025.

L'importante différence est due à une pratique comptable trompeuse en vertu de laquelle les Comptes publics incluent uniquement les paiements faits aux CSSCI avec une entente de transfert de paiement tout en excluant la majorité des paiements faits aux CSSCI pour les honoraires à l'acte pour lesquels il n'y a pas de telles ententes avec le ministère de la Santé. (Les paiements faits aux hôpitaux privés peuvent être obtenus par nom dans le barème détaillé des paiements mais ne sont pas spécifiquement identifiés comme catégorie de dépenses dans les Comptes publics.)

La privatisation coûte plus cher que la prestation de services par les hôpitaux publics

Partout au pays, il a été systématiquement prouvé que les chirurgies et les examens par imagerie médicale donnés en sous-traitance sont plus coûteux que les mêmes interventions effectuées dans les hôpitaux publics.

- En Colombie-Britannique, une étude de 2011 a conclu que la ménisectomie du genou coûtait 375 pour cent plus cher dans un établissement à but lucratif que dans un hôpital public, malgré des résultats pires en matière de retour au travail pour la patientèle opérée dans un établissement privé¹⁸.
- En Alberta, il a été conclu que les chirurgies de la hanche, du genou et de l'épaule effectuées dans des établissements à but lucratif coûtent entre 57 et 133 pour cent plus cher que les mêmes chirurgies effectuées dans des hôpitaux publics¹⁹.

- En Ontario, il a été conclu que les chirurgies de la cataracte effectuées à l'unité de chirurgie Don Mills coûtent deux fois plus cher que celles effectuées dans des hôpitaux publics, tandis que les arthroscopies du genou (réparation du ménisque) effectuées dans des établissements privés coûtaient de deux à trois fois plus cher que celles effectuées dans des hôpitaux publics²⁰.
- Au Québec, les données du gouvernement obtenues grâce à des demandes d'accès à l'information ont révélé que le Québec avait payé jusqu'à 2,5 fois plus cher pour les chirurgies effectuées dans des cliniques à but lucratif comparativement à celles effectuées dans des hôpitaux publics en 2019-2020²¹. En juillet 2026, *Le Devoir* a révélé qu'un examen effectué par le ministère de la Santé du Québec avait conclu que les chirurgies effectuées dans des établissements à but lucratif coûtaient, en moyenne, 35 pour cent de plus que des chirurgies équivalentes effectuées dans des hôpitaux publics²².

La privatisation est associée à des résultats pires sur la santé et des décès évitables

La preuve provenant du Canada et de l'international montre que la prestation de soins de santé privés à but lucratif est associée à des soins de moins grande qualité, des résultats pires sur la santé et un plus grand risque de décès évitables²³. Une grande partie de la recherche provient des États-Unis et de l'Angleterre, où l'offre de soins de santé à but lucratif a une longue tradition. Lorsque des établissements de soins de santé sont motivés par les profits, ils doivent trouver des façons de réduire les coûts et d'assurer des bénéfices aux investisseurs.

La principale stratégie parmi les hôpitaux, les établissements de soins ambulatoires et les foyers de soins de longue durée à but lucratif au Canada et aux États-Unis est de maintenir des niveaux de dotation personnel plus bas et de conserver moins de personnel hautement qualifié par lit²⁴. En contrepartie, les hôpitaux ayant moins de personnel qualifié par lit d'hôpital sont associés à des taux de mortalité plus élevés²⁵.

Il se peut que la sécurité de la patientèle soit sacrifiée afin de réaliser des bénéfices pour les investisseurs. Dans un important article rédigé pour le *Journal de l'Association médicale canadienne*, P. J. Devereaux et ses collègues ont comparé les taux de mortalité dans 26 000 hôpitaux à but lucratif et sans but lucratif desservant 38 millions de patient(e)s aux États-Unis et ont conclu que « la propriété privée à but lucratif d'hôpitaux, comparativement à la propriété privée sans but lucratif, entraîne plus de risques de décès chez la patientèle »²⁶. Les chercheurs ont soulevé des préoccupations au sujet des résultats négatifs sur la santé si les gouvernements ouvraient la porte aux hôpitaux à but lucratif au Canada.

Présentement, les complications ou les incidents graves qui se produisent dans les établissements à but lucratif de l'Ontario (ou ailleurs au Canada) ne sont pas rapportés publiquement, mais la preuve internationale est un sujet de préoccupation sérieux. On estime que 82 hôpitaux à but lucratif en Angleterre ont été responsables de frais supplémentaires de l'ordre de 250 millions de livres pour le système public sur une période de trois ans, alors que des patient(e)s étaient transférés vers des hôpitaux publics en raison de complications dans les hôpitaux privés²⁷.

Un nombre croissant de recherches associent les pires résultats sur la santé et un risque plus élevé de décès évitables à la sous-traitance par les gouvernements (c.-à-d. la privatisation) des soins de santé financés par l'État au secteur à but lucratif. Dans une étude de 2022 effectuée par des chercheurs de l'Université d'Oxford et qui a été publiée dans le journal *Lancet Public Health*, les chercheurs ont conclu que la sous-traitance au secteur privé [en Angleterre] correspondait à des taux de mortalité soignable considérablement plus élevés »²⁸. Dans une analyse scientifique effectuée en 2024 de 13 études, les auteurs ont conclu que « les hausses cumulées de privatisation correspondaient fréquemment aux pires résultats sur la santé pour la patientèle » et conclu que « le soutien scientifique pour plus de privatisation des services de santé est faible »²⁹.

La sous-traitance est une porte d'entrée pour les soins de santé à deux vitesses

La surfacturation est une pratique illégale en vertu de laquelle des établissements ou des médecins facturent la patientèle personnellement pour des interventions médicalement nécessaires qui sont déjà couvertes au public par l'Assurance-santé de l'Ontario). Le gouvernement de l'Ontario affirme qu'une meilleure prestation à but lucratif des interventions financées par l'État n'ouvre pas la porte à de la surfacturation illégale (ce qu'on appelle également soins de santé à deux vitesses)³⁰, ce qui est contraire aux lois de l'Ontario (*Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* et *Loi sur les centres de services de santé communautaires intégrés*) et à la *Loi canadienne sur la santé*.

Cependant, la preuve montre que les établissements à but lucratif et les chaînes d'interventions chirurgicales implantent les soins de santé à but lucratif à l'américaine au Canada par l'entremise d'une surfacturation et de tickets modérateurs illégaux pour la patientèle. Une étude précédente a prouvé que les établissements à but lucratif de la Colombie-

Britannique et de l'Alberta ont fait de la surfacturation illégale malgré des contrats pour la prestation d'interventions financées par l'État³¹.

Entre 2015 et 2020, la chaîne Surgical Centres Inc. de Calgary (acquise par le Réseau de santé Clearpoint en 2022) a reçu le deuxième montant le plus élevé de fonds publics parmi tous les prestataires à but lucratif d'interventions chirurgicales données en sous-traitance en Colombie-Britannique. En Alberta, Alberta Health Services (AHS) avait un contrat avec Surgical Centres Inc. évalué à 155 millions de dollars entre 2012 et 2021³². Surgical Centres Inc. a fait de la surfacturation illégale en Colombie-Britannique au cours de la même période où l'entreprise avait des contrats de sous-traitance avec AHS et les régies de la santé de la Colombie-Britannique. En Colombie-Britannique, trois établissements de Surgical Centres Inc. ont été vérifiés par le gouvernement provincial, et on a estimé que la surfacturation représentait un montant de 2,1 millions de dollars entre 2015-2016 et 2020-21³³.

En 2024, la Coalition ontarienne de la santé a publié des cas de surfacturation et de tickets modérateurs illégaux pour la patientèle pour des services assurés par l'État et couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario³⁴. La Coalition a conclu que des 231 patient(e)s interrogé(e)s dans la province, 120 ont été facturé(e)s illégalement par des cliniques à but lucratif. La plupart des cas concernaient des interventions oculaires.

Une analyse des données obtenues grâce à des demandes d'accès à l'information montre que la surfacturation et les tickets modérateurs continuent d'être un problème systémique dans les établissements à but lucratif de l'Ontario. La patientèle peut déposer des plaintes au ministère de la Santé si elle croit avoir été facturée illégalement. Le ministère de la Santé de l'Ontario ne rapporte pas publiquement les plaintes ni ne valide les infractions; par conséquent, les données ont été obtenues grâce à des demandes d'accès à l'information. L'analyse des résultats obtenus grâce à des demandes d'accès à l'information montre ce qui suit :

- entre 2017 et 2025, il y a eu 715 infractions validées pour surfacturation ou ticket modérateur illégaux pour la patientèle (ce à quoi on réfère comme étant des « plaintes classées » dans le Tableau 8);
- depuis 2017, une enquête a été menée sur une partie importante des plaintes et il a été conclu qu'elles impliquaient de la surfacturation ou des frais facturés à la patientèle, ce qui est illégal, allant de 35 pour cent à 47 pour cent (Tableau 8);
- près du tiers (46 sur 147) des infractions pour surfacturation entre 2023 et 2025—les années qui ont suivi la mise en œuvre du

Tableau 8 / Pourcentage des plaintes classées pour surfacturation et tickets modérateurs avec contraventions trouvées

Ontario, 2017 à 2025

	Contravention non trouvée	Contravention trouvée	Total des plaintes classées
2017	58 %	42 %	88
2018	58 %	42 %	132
2019	57 %	43 %	76
2020	58 %	42 %	97
2021	64 %	36 %	94
2022	65 %	35 %	43
2023	56 %	44 %	77
2024	53 %	47 %	77
2025	55 %	45 %	31
Total			715

Note Il y avait 2 plaintes ouvertes (non résolues) de 2023, 8 de 2024 et 48 de 2025.

Source Calculs de l'auteur faits à partir des données obtenues à la suite de demandes d'accès à l'information faites au ministère de la Santé A-2023-00075 et GRMH-2025-00323

projet de loi 60—étaient liés à des chirurgies de la cataracte et à d'autres chirurgies oculaires. La sous-traitance des chirurgies ophtalmologiques à des établissements à but lucratif a été au cœur de l'élargissement de la prestation à but lucratif par le gouvernement de l'Ontario. Alors que le gouvernement provincial se sert de fonds publics pour développer cette industrie à but lucratif, la surfacturation et les tickets modérateurs facturés illégalement à la patientèle demeurent un grave problème.

Le ministère de la Santé de l'Ontario conserve un régime d'application axé sur les plaintes pour la surfacturation illégale. Cette approche entraîne probablement une estimation conservatrice du montant de la surfacturation illégale dans la province alors que les responsables ne vérifient pas de façon proactive les établissements pour des pratiques de facturation illégales et frauduleuses.

En décembre 2025, le ministère de la Santé de l'Ontario avaient seulement 2,5 membres du personnel équivalent à temps plein (ETP) qui travaillaient sur les enquêtes liées à la surfacturation et aux frais facturés illégalement par les établissements en vertu de la *Loi sur l'engagement*

*d'assurer l'avenir de l'assurance-santé et de la Loi sur les centres de services de santé communautaires intégrés*³⁵.

Ce ne sont cependant pas des membres du personnel ETP dédiés à cette tâche puisqu'ils travaillent sur d'autres secteurs de programme au sein du ministère. Il n'est donc pas surprenant que le gouvernement provincial n'ait pas la capacité d'avoir un régime d'application proactif, avec des vérifications et des enquêtes sur place aléatoires et impromptues pour les 918 CSSCI et deux hôpitaux privés de la province.

Le gouvernement de l'Ontario est en train de créer une importante industrie de soins de santé à but lucratif par l'entremise d'un important financement public. Au fur et à mesure que le marché croît et que ce lobby des entreprises devient plus puissant, la possibilité d'un véritable système de soins de santé à deux vitesses devient un plus grand risque. En Alberta, le gouvernement provincial a également créé une industrie des soins de santé à but lucratif par l'entremise d'un important financement public, affirmant que la patientèle n'aurait jamais à payer personnellement pour des soins de santé.

Même si le gouvernement actuel de l'Alberta n'a pas été élu avec une plateforme de soins de santé à l'américaine, en septembre 2026, l'Alberta a mis en application une loi sur les soins de santé à deux vitesses permettant aux médecins de travailler autant dans le réseau public que dans le réseau privé rémunéré (projet de loi 11) et sanctionnant les frais à la patientèle pour les tests diagnostiques (projet de loi 29)—des services médicaux nécessaires déjà couverts par le régime public. Le lobby de l'assurance privée a participé directement à la loi sur les soins de santé à deux vitesses en Alberta, dont il peut bénéficier³⁶. Une analyse juridique a conclu que la loi sur les soins de santé à deux vitesses de l'Alberta va à l'encontre de la *Loi canadienne sur la santé*³⁷. Même sans loi sur les soins de santé à deux vitesses, l'Ontario suit une voie similaire où cette industrie à but lucratif facture illégalement des frais à la patientèle alors qu'elle est de plus en plus puissante.

Évaluation du rendement en matière de temps d'attente en Ontario

Depuis que le gouvernement provincial a priorisé la prestation des services chirurgicaux et diagnostiques à but lucratif plutôt que l'élargissement de la capacité du secteur public et son amélioration, de façon générale, les temps d'attente augmentent en Ontario. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) suit les temps d'attente provinciaux pour des interventions prioritaires à partir de données rapportées par les provinces.

Entre 2017 et 2025, les temps d'attente moyens pour 8 interventions prioritaires sur 12 ont augmenté en Ontario, y compris les examens par IRM, les chirurgies de la cataracte et toutes les chirurgies du cancer :

- pour les examens par IRM, les temps d'attente moyens ont augmenté, passant de 35 jours en 2017 à 47 jours en 2025—ou une augmentation de 34 pour cent (Tableau 9);
- pour les tomodensitogrammes, les temps d'attente moyens demeurent inchangés, à six jours entre 2017 et 2025 (Tableau 9);

Tableau 9 / Temps d'attente pour un examen par imagerie médicale en Ontario en jours

2017-2025

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Changement 2017-2025
Tomodensitogrammes, temps d'attente moyen	6	6	6	3	5	8	9	8	6	0 %
Tomodensitogrammes, 90e percentile	35	39	50	63	41	71	98	113	116	231 %
IRM, temps d'attente moyen	35	35	35	26	29	33	38	46	47	34 %
IRM, 90e percentile	96	96	114	173	111	151	153	179	187	95 %

Source ICIS, temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2008-2025

- cependant, les temps d'attente pour le 90^e percentile de la patientèle ont augmenté de 95 pour cent pour les examens par IRM et de 231 pour cent pour les tomodensitogrammes, ce qui soulève des préoccupations à l'effet que la patientèle au-dessus du 50^e percentile attend plus longtemps (Tableau 9). En d'autres mots, ce ne sont pas que les temps d'attente moyens qui comptent. Les temps d'attente de plus en plus longs pour bon nombre de patient(e)s au-delà du milieu de la distribution des temps d'attente sont un drapeau rouge pour le rendement du système de santé;
- entre 2017 et 2025, les temps d'attente moyens ont augmenté pour toutes les chirurgies du cancer suivies par l'ICIS, ce qui comprend le cancer de la vessie (8 pour cent), du sein (33 pour cent), colorectal (5 pour cent), du poumon (25 pour cent) et de la prostate (18 pour cent) (Tableau 10).

Le rendement de l'Ontario en matière de temps d'attente pour les cancers ne nécessitant pas de chirurgie est mitigé :

- les temps d'attente moyens pour des chirurgies de la cataracte, une des principales interventions assujetties à la privatisation, sont passés de 67 jours en 2017 à 68 jours en 2025—ou une augmentation d'un pour cent (Tableau 11);
- malgré l'augmentation de 185 pour cent des paiements faits par l'État aux CSSCI pour les chirurgies ophtalmologiques entre 2017-2018 et 2024-2025, les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ne se sont pas améliorés. Cette tendance remet en cause le raisonnement du gouvernement de l'Ontario qu'un plus grand nombre

Tableau 10 / Temps d'attente moyens en Ontario pour des chirurgies du cancer en jours

2017-2025

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Changement 2017-2025
Chirurgie du cancer de la vessie	24	23	23	20	22	27	27	27	26	8 %
Chirurgie du cancer du sein	15	16	16	15	16	19	20	21	20	33 %
Chirurgie du cancer colorectal	19	18	19	16	17	20	21	21	20	5 %
Chirurgie du cancer du poumon	16	19	19	18	20	22	21	20	20	25 %
Chirurgie du cancer de la prostate	34	37	40	41	41	48	50	36	40	18 %

Source ICIS, temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2008-2025

Tableau 11 / Temps d'attente moyens en Ontario pour les chirurgies autres que les chirurgies du cancer en jours

2017-2025

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Changement 2017-2025
Pontage aortocoronarien par greffe	8	7	7	5	7	8	8	7	8	0 %
Chirurgie de la cataracte	67	65	63	152	88	87	74	71	68	1 %
Réparation d'une hanche fracturée (heures)	23	24	24	24	25	27	26	25	24	1 %
Remplacement de la hanche	82	77	77	141	104	108	91	83	76	-7 %
Remplacement du genou	92	85	85	163	112	117	94	88	81	-12 %

Source ICIS, temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2008-2025

de chirurgies de la cataracte données en sous-traitance réduirait les temps d'attente;

- les chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche sont une autre intervention où le temps d'attente moyen a augmenté alors qu'il y avait plus de privatisation—passant de 23 jours en 2017 à 24 jours en 2025 (augmentation d'un pour cent) (Tableau 11).

Dans d'autres secteurs, il n'y a pas eu d'améliorations ou de changements au cours de cette période :

- les temps d'attente moyens pour les pontages aortocoronariens par greffe demeurent inchangés, soit huit jours entre 2017 et 2025 (Tableau 11);
- les temps d'attente moyens pour un remplacement de la hanche sont passés de 82 jours en 2017 à 76 jours en 2025—ou une diminution de sept pour cent (Tableau 11);
- les temps d'attente moyens pour un remplacement du genou sont passés de 92 jours en 2017 à 81 jours en 2025 (soit une diminution de 12 pour cent) (Tableau 11).

Il est peu probable que ces améliorations découlent d'une plus grande sous-traitance des chirurgies orthopédiques étant donné que la sous-traitance des chirurgies orthopédiques a été annoncée en décembre 2025 seulement³⁸.

La privatisation associée aux temps d'attente plus longs

Un examen international des stratégies politiques visant à réduire les temps d'attente conclut que donner des interventions en sous-traitance n'est pas une stratégie efficace³⁹. En fait, l'examen conclut qu'augmenter la capacité d'hospitalisation du secteur public, plutôt que de donner des services en sous-traitance, risque davantage de réduire les temps d'attente à la longue.

Ces conclusions sont conformes à l'expérience du Canada en matière de politiques avec la prestation à but lucratif financée par l'État. Après avoir injecté 154 millions de dollars en financement public dans les établissements à but lucratif entre 2019-2020 et 2023-2024, l'Initiative chirurgicale Alberta a également ajouté 16 493 interventions moins complexes dans la capacité de prise en charge chirurgicale de la province—une augmentation du volume de huit pour cent⁴⁰. L'Initiative a tout simplement transféré l'activité chirurgicale aux établissements à but lucratif aux dépens des hôpitaux publics. L'évaluation du rendement de l'Alberta en matière de temps d'attente depuis l'élargissement de la sous-traitance des interventions a conclu que les temps d'attente moyens pour 9 interventions prioritaires sur 11 avaient augmenté, incluant les remplacements du genou et toutes les chirurgies du cancer.

En Ontario, les paiements faits par l'État aux établissements chirurgicaux à but lucratif ont augmenté à un taux annuel moyen de 14,4 pour cent entre 2017-2018 et 2024-2025, tandis que les temps d'attente moyens pour 8 interventions prioritaires sur 12 avaient augmenté (de 2017 à 2025). Si l'élargissement des chirurgies et des examens par imagerie médicale à but lucratif réussissait à réduire les temps d'attente de manière efficace comme l'affirme le gouvernement provincial, il y aurait une preuve d'un meilleur accès aux soins en temps opportun.

Conclusion et recommandations

L'orientation politique du gouvernement de l'Ontario favorise la prestation à but lucratif—plutôt que publique—des chirurgies et des examens par imagerie médicale. Bien que cette orientation politique était en cours avant le projet de loi 60, une analyse de la tendance montre que la privatisation des chirurgies et des examens diagnostiques est de plus en plus enchâssée dans le système de santé de l'Ontario à la suite du projet de loi 60.

La croissance de cette industrie à but lucratif—qui bénéficie d'un important financement public—se produit alors que les hôpitaux publics sont confrontés à l'austérité. Le Bureau de la responsabilité financière (BRF) de l'Ontario estime que 6,4 milliards de dollars de nouvelles dépenses sont nécessaires dans les soins de santé en 2026-2027 juste pour maintenir les niveaux de service de 2024-2025⁴¹. Le budget de 2026 ajoute uniquement 3,4 milliards de dollars en dépenses supplémentaires, ce qui laisse les soins de santé avec un manque à gagner de 3 milliards de dollars au cours de cet exercice financier.

Selon l'Association des hôpitaux de l'Ontario, les coûts dans le secteur hospitalier augmentent d'environ six pour cent par année en raison de la croissance de la population, du vieillissement de la population et de l'inflation. Cependant, le budget de l'Ontario pour le financement total des soins de santé prévoit une augmentation de 3,5 pour cent en 2026-2027 et de 2,3 pour cent en 2027-2028⁴². Ces augmentations ne suffisent pas pour répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé.

Malgré les graves manques de financement dans les hôpitaux publics de l'Ontario et le nombre accru de mises à pied de travailleuses et travailleurs de première ligne dans les soins de santé⁴³, la même austérité ne s'applique pas aux établissements à but lucratif. Entre 2022-2023 et 2024-2025, les paiements annuels moyens faits aux établissements chirurgicaux et d'imagerie médicale à but lucratif ont augmenté à des taux de 22,8 pour cent et 10,7 pour cent, respectivement. C'était substantiellement supérieur au taux de croissance annuel moyen du financement des hôpitaux publics, à 4,9 pour cent sur trois ans après le projet de loi 60. Pire encore, la croissance de la sous-traitance des chirurgies et des examens diagnostiques entraîne une plus grande fragmentation de la prestation des services tout en coûtant plus cher à la population que l'offre de services équivalents dans les hôpitaux publics.

Si la privatisation des chirurgies et des examens diagnostiques était une politique de soins de santé avisée, la preuve appuierait cette orientation. Ce n'est pas le cas. Alors que le gouvernement provincial va de l'avant avec cette orientation politique, les temps d'attente moyens pour 8 interventions prioritaires sur 12 ont augmenté, y compris les examens par IRM, les chirurgies de la cataracte et toutes les chirurgies du cancer.

Le gouvernement de l'Ontario crée une importante industrie des soins de santé à but lucratif par l'entremise d'un important financement public. Au fur et à mesure que le marché croît et que ce lobby des entreprises devient plus puissant—comme en Alberta—la possibilité d'un véritable système de soins de santé à deux vitesses devient un plus grand risque.

Le gouvernement provincial devrait plutôt revoir son orientation politique.

Mettre fin à la privatisation des chirurgies et des examens par imagerie médicale

Les données de recherche et l'expérience du Canada en matière de politique démontrent que l'investissement dans la capacité du secteur public—et non la prestation privée à but lucratif—a le meilleur potentiel de pérenniser des améliorations à long terme. Les temps d'attente pour la majorité des interventions prioritaires étaient plus longs en 2025 qu'en 2017, malgré le fait que le gouvernement provincial ait poursuivi avec cette orientation politique pendant de nombreuses années. Parmi les interventions qui ont été au cœur de la privatisation—chirurgies

de la cataracte et examens par IRM—les temps d'attente moyens ont augmenté. Le gouvernement de l'Ontario devrait mettre fin à la privatisation des services hospitaliers essentiels.

Augmenter immédiatement le financement des hôpitaux publics et la capacité des services

En 2026-2027, il est prévu que le gouvernement provincial augmente le financement de base et ciblé des hôpitaux de quatre pour cent—ce qui est inférieur au six pour cent nécessaire annuellement pour tenir compte de la croissance de la population, du vieillissement de la population, de l'inflation et de l'amélioration du système—et simplement maintenir les niveaux de service. Des hôpitaux publics sont limités dans leur capacité de prolonger les heures des salles d'opération et des examens par imagerie médicale les soirs et les fins de semaine lorsque le financement provincial ne répond pas aux générateurs de coûts des hôpitaux—et les hôpitaux mettent à pied du personnel de première ligne.

Des augmentations du financement pluriannuelles prévisibles d'au moins six pour cent annuellement sont nécessaires pour maintenir les services et augmenter le nombre de chirurgies et d'examens diagnostiques dans le réseau public. Par l'entremise de nombreux appels de demandes, le ministère de la Santé semble plus préoccupé par le développement des intérêts commerciaux privés des prestataires à but lucratif plutôt que par l'élaboration d'un plan clair visant à régler le problème des salles d'opération et des services d'imagerie médicale sous-utilisés dans le réseau public, y compris les examens par IRM. Le gouvernement de l'Ontario devrait commencer par divulguer publiquement les heures non financées et sans personnel dans les salles d'opération et les services d'imagerie médicale le jour, le soir et les fins de semaine.

Prendre un engagement à l'égard de l'amélioration du système public en se basant sur la preuve

Plutôt que de poursuivre avec la privatisation, il serait judicieux que le gouvernement de l'Ontario se concentre sur des stratégies politiques ancrées sur des faits prouvés et l'expérience, tant au Canada qu'à

l'international. Ces stratégies incluent le financement adéquat des hôpitaux, la mise en œuvre de listes d'attente centralisées et des modèles à entrée unique, des réformes des paiements aux médecins qui permettent des soins en équipe, la dotation en personnel des salles d'opération existantes dans le réseau public qui sont inutilisées le jour, le soir et les fins de semaine, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins primaires et communautaires⁴⁴.

Bien que certains de ces efforts d'amélioration du système public existent dans certaines parties de la province et pour certaines spécialités chirurgicales, le gouvernement provincial n'a pas de plan clair pour intensifier et propager les innovations dans le secteur public à l'échelle de la province. En fait, une récente étude de simulation a conclu que si l'Ontario mettait en œuvre des soins de recours et d'équipe à entrée unique, il éviterait en grande partie le dépassement des objectifs de temps d'attente par la patientèle pour les chirurgies de remplacement de la hanche et de l'articulation du genou⁴⁵. Le gouvernement provincial doit s'engager à faire des innovations dans le système public qui peuvent améliorer l'accès à des soins de grande qualité en temps opportun.

Notes

- 1 Andrew Longhurst, *At What Cost? Ontario hospital privatization and the threat to public health care* (À quel coût? La privatisation des hôpitaux de l'Ontario et la menace pour les soins de santé publics), Centre canadien de politiques alternatives, 2023, <https://www.policyalternatives.ca/news-research/at-what-cost-2/> (en anglais seulement).
- 2 Ministère de la Santé de l'Ontario, « Appel de demandes pour la délivrance de permis aux centres communautaires de chirurgie et de diagnostic pour des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie en Ontario », 3 juin 2024, <https://www.ontario.ca/fr/page/appel-de-demandes-pour-la-delivrance-de-permis-aux-centres-communautaires-de-chirurgie-et-de>.
- 3 Ministère de la Santé de l'Ontario, « Appel de demandes pour la délivrance de permis aux centres communautaires de chirurgie et de diagnostic pour des services d'endoscopie gastrointestinale en Ontario », 26 août 2024, <https://www.ontario.ca/fr/page/appel-demandes-delivrance-permis-centres-communautaires-chirurgie-diagnostic-services-endoscopie-gastrointestinale-ontario>.
- 4 Ministère de la Santé de l'Ontario, « Appel de demandes pour la délivrance de permis aux centres communautaires de chirurgie et de diagnostic pour des services orthopédiques en Ontario », 2 juillet 2025, <https://www.ontario.ca/fr/page/appel-demandes-delivrance-permis-aux-centres-communautaires-chirurgie-diagnostic-orthopediques>.
- 5 Ministère de la Santé de l'Ontario, « L'Ontario réduit les temps d'attente pour les IRM, les tomodensitogrammes et les endoscopies », communiqué, 27 juin 2025, <https://news.ontario.ca/fr/release/1006125/lontario-reduit-les-temps-dattente-pour-les-irm-les-tomodensitogrammes-et-les-endoscopies>.
- 6 Ministère de la Santé de l'Ontario, « L'Ontario réduit les temps d'attente pour les chirurgies orthopédiques », communiqué, 8 décembre 2025, <https://news.ontario.ca/fr/release/1006829/lontario-reduit-les-temps-dattente-pour-les-chirurgies-orthopediques>.
- 7 Andrew Longhurst, *At What Cost? Ontario hospital privatization and the threat to public health care*, Centre canadien de politiques alternatives, 2023, <https://www.policyalternatives.ca/news-research/at-what-cost-2/>; Mike Crawley, « Doug Ford government paying for-profit clinic more than hospitals for OHIP-covered surgeries, documents show » (Selon ce que montrent des documents, une clinique à but lucratif reçoit plus d'argent du gouvernement de Doug Ford que ce que reçoivent les hôpitaux pour des chirurgies couvertes par l'Assurance-santé de l'Ontario), *CBC News*, 14 novembre 2023, <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-doug-ford-private-clinic-surgeries-fees-hospitals-1.7026926> (en anglais seulement).

- 8** Andrew Longhurst, *Failing to Deliver: The Alberta Surgical Initiative and Declining Surgical Capacity* (Un échec total : l'initiative de l'Alberta en matière de chirurgies et la capacité de prise en charge des chirurgies en baisse), Institut Parkland, Université de l'Alberta, 2023, https://assets.nationbuilder.com/parklandinstitute/pages/2038/attachments/original/1686866485/Failing_to_Deliver_Report.pdf?1686866485 (en anglais seulement); Andrew Longhurst, *At What Cost? Ontario hospital privatization and the threat to public health care*, Centre canadien de politiques alternatives, 2023, <https://www.policyalternatives.ca/news-research/at-what-cost-2/>.
- 9** Andrew Longhurst et Rebecca Graff-McRae, *The End of Canadian Medicare? Alberta legislation opens the door to U.S. health care* (La fin de l'assurance-maladie au Canada? La loi de l'Alberta ouvre la porte aux soins de santé à l'américaine), Centre canadien de politiques alternatives et Institut Parkland, 2026, <https://www.policyalternatives.ca/news-research/the-end-of-canadian-medicare-alberta-legislation-opens-the-door-to-u-s-health-care/> (en anglais seulement); Andrew Longhurst, « Alberta ends equal access to medical testing and treatment » (L'Alberta met fin à l'égalité d'accès aux tests et aux traitements médicaux), Centre canadien de politiques alternatives, 27 juillet 2026, <https://www.policyalternatives.ca/news-research/alberta-ends-equal-access-to-medical-testing-and-treatment/#a-two-tier-system-requires-private-pay-diagnostic-testing> (en anglais seulement).
- 10** Ministère de la Santé de l'Ontario, *Schedule of Facility Costs: For Integrated Community Health Services Centre Under the Integrated Community Health Services Centres Act* (Barème des coûts d'établissement : Pour les centres de services de santé communautaires intégrés régis par la Loi sur les centres de services de santé communautaires intégrés), 9 mars 2026 (en vigueur le 1^{er} avril 2026), <https://www.ontario.ca/files/2026-08/moh-ohip-schedule-of-facility-costs-2026-08-14.pdf> (en anglais seulement).
- 11** Andrew Longhurst, 2023; Coalition ontarienne de la santé, *Illegal, Unlawful, and Unethical: Case Studies of Patients Charged for Medical Care in Ontario's Private Clinics* (Illégaux, illicites et contraires à l'éthique : études de cas de patient(e)s qui ont été facturés pour des soins médicaux dans des cliniques privées de l'Ontario), 16 avril 2024, <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/Final-private-clinics-report-for-release.pdf> (en anglais seulement); Coalition ontarienne de la santé, *Private Clinics and the Threat to Public Medicare in Canada: Results of Surveys with Private Clinics and Patients* (Les cliniques privées et la menace pour le régime public d'assurance-maladie au Canada : Résultats de sondages auprès de cliniques privées et de patient(e)s), 10 juin 2017, <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/final-report-1.pdf> (en anglais seulement).
- 12** Andrew Longhurst, *At What Cost?*, p. 18.
- 13** Réseau de santé Clearpoint, « Don Mills Surgical Unit » (Unité de chirurgie Don Mills), consulté le 3 juillet 2026, <https://www.clearpointhealth.ca/don-mills/> (en anglais seulement).
- 14** Hôpital de réparation des hernies Shouldice, « About Shouldice Hernia Hospital » (Au sujet de l'hôpital de réparation des hernies Shouldice), consulté le 3 juillet 2026, <https://shouldice.com/about-shouldice/> (en anglais seulement).
- 15** Gouvernement de l'Ontario, « L'Ontario franchit les prochaines étapes de son plan visant à réduire davantage les temps d'attente pour les procédures chirurgicales et diagnostiques », 2024.
- 16** Les données du ministère de la Santé obtenues grâce à des demandes d'accès à l'information faisaient état du nombre de tomodensitogrammes et d'examen par IRM financés par l'État et offerts par le secteur privé en heures tandis que les données pour les hôpitaux publics faisaient état du nombre de cas, empêchant une comparaison précise.
- 17** Il y avait seulement quatre sites d'IRM dans le secteur privé en 2022 selon l'ACMTS. CADTH, *Inventaire canadien d'imagerie médicale 2022-2023 : L'IRM*, <https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/hta-he/HC0024-006-CMI14-MRI.pdf> (en anglais seulement), p. 50.
- 18** Mieke Koehoorn et al., « Do private clinics or expedited fees reduce disability duration for injured workers following knee surgery? » (Est-ce que les cliniques privées ou les frais pour des chirurgies prioritaires réduisent la durée de l'invalidité pour les travailleuses et travailleurs blessés après une chirurgie du genou?), *Healthcare Policy* 71 (2011), 57.

19 Carrie Tait et Alanna Smith, « Alberta surgical companies with contracts under scrutiny linked to firm that imported children's pain meds » (Des entreprises chirurgicales albertaines sous contrat sont sous la loupe en raison de leur lien avec une firme qui a importé des antidouleurs pour enfants), *The Globe et Mail*, 21 février 2025, <https://www.theglobeandmail.com/canada/alberta/article-alberta-surgical-companies-with-contracts-under-scrutiny-linked-to/> (en anglais seulement).

20 Mike Crawley, « Doug Ford government paying for-profit clinic more than hospitals for OHIP-covered surgeries, documents show » (Selon ce que montrent des documents, le gouvernement de Doug Ford paye les cliniques à but lucratif plus cher que les hôpitaux pour des chirurgies couvertes par l'Assurance-santé de l'Ontario), *CBC News*, 14 novembre 2023, <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-doug-ford-private-clinic-surgeries-fees-hospitals-1.7026926> (en anglais seulement).

21 Anne Plourde et Guillaume Hébert, *Coûts de certaines procédures médicales dans le privé et le public : mise au point*, IRIS, 25 avril 2023, <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/couts-prive-public-mise-au-point/>; Bethany Lindsay, « Critics denounce 'zombie' push for private health care as Quebec data shows higher costs » (Les critiques dénoncent les pressions exercées pour des soins de santé privés alors que les données du Québec montrent des coûts plus élevés), *CBC News*, 26 avril 2023, <https://www.cbc.ca/news/health/quebec-surgery-data-private-vs-public-1.6821908> (en anglais seulement).

22 Isabelle Porter, « Effectuer une opération au privé coûte 35 % plus cher qu'au public », *Le Devoir*, 30 juillet 2026, <https://www.ledevoir.com/actualites/sante/998678/35-plus-cher-realiser-operation-prive?>.

23 Neena Modi, Jonathan Clarke, et Martin McKee, « Health systems should be publicly funded and publicly provided » (Les systèmes de santé devraient être financés par l'État et offerts par le secteur public), *BMJ* 362, k3580 (2018); Pauline V. Rosenau et Stephen H. Linder, « Two decades of research comparing for-profit and non-profit health provider performance in the United States » (Deux décennies de recherche comparant le rendement des prestataires de soins de santé à but lucratif et sans but lucratif aux États-Unis), *Social Science Quarterly* 84,2 (2003), 219-241.

24 P. J. Devereaux et al., « A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals » (Un examen systématique et une méta-analyse des études comparant les taux de mortalité dans les hôpitaux à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif), *Journal de l'Association médicale canadienne* 166,11(2002), 1399-1406; P. J. Devereaux et al., « Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-For-Profit Hemodialysis Centers: A Systematic Review and Meta-analysis » (Comparaison des taux de mortalité entre les centres d'hémodialyse privés à but lucratif et les centres d'hémodialyse privés sans but lucratif : Un examen systématique et une méta-analyse), *JAMA* 288,19 (2002), 2449-57; Lisa A. Ronald et al., « Observational Evidence of For-Profit Delivery and Inferior Nursing Home Care: When Is There Enough Evidence for Policy Change? » (Données probantes observationnelles de la prestation à but lucratif et des soins médiocres dans les foyers de soins infirmiers : Quand y a-t-il suffisamment de preuves pour qu'un changement politique se produise?), *PLoS Med* 13,4 (2016): e1001995; Office of the Seniors Advocate (Bureau du défenseur des aînés), *A Billion Reasons to Care* (Un milliard de raisons de s'en soucier), 2020, 9-10.

25 P. J. Devereaux et al., « A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals » (Un examen systématique et une méta-analyse des études comparant les taux de mortalité dans les hôpitaux à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif), *Journal de l'Association médicale canadienne* 166,11 (2002), 1399-1406.

26 P. J. Devereaux et al., « A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals » (Un examen systématique et une méta-analyse des études comparant les taux de mortalité dans les hôpitaux à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif), 1399.

- 27** Centre for Health and the Public Interest (Centre pour la santé et l'intérêt public [CHPI]), *No Safety Without Liability: Reforming Private Hospitals in England After the Ian Paterson Scandal* (Pas de sécurité sans imputabilité : Réformer les hôpitaux privés en Angleterre après le scandale Ian Paterson), 2017.
- 28** Benjamin Goodair et Aaron Reeves, « Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation » (Privatisation des services de santé au secteur privé et taux de décès soignables en Angleterre, 2013-2020 : une étude observationnelle de la privatisation du service de santé national) *The Lancet Public Health* 7,7 (2022), e638.
- 29** Benjamin Goodair et Aaron Reeves, « The effect of health-care privatization on the quality of care » (Les conséquences de la privatisation des soins de santé sur la qualité des soins), *Lancet Public Health* 9 (2024), e199, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2824%2900003-3> (en anglais seulement).
- 30** Ministère de la santé de l'Ontario, « L'Ontario réduit les temps d'attente pour les chirurgies et les diagnostics financés par le public », communiqué, 21 février 2023, <https://news.ontario.ca/fr/release/1002732/ontario-reduit-les-temps-dattente-pour-les-chirurgies-et-les-diagnostics-finances-par-le-public>.
- 31** Andrew Longhurst, *Failing to Deliver: The Alberta Surgical Initiative et Declining Surgical Capacity*, Institut Parkland, Université de l'Alberta, 2023, https://assets.nationbuilder.com/parklandinstitute/pages/2038/attachments/original/1686866485/Failing_to_Deliver_Report.pdf?1686866485; Andrew Longhurst, *The Concerning Rise of Corporate Medicine* (La hausse préoccupante de la médecine d'entreprise), Centre canadien de politiques alternatives, 2021, https://www.policyalternatives.ca/wp-content/uploads/attachments/CCPA-BC_Concerning-Rise-of-Corporate-Medicine_web.pdf?x28364 (en anglais seulement).
- 32** Andrew Longhurst, *Failing to Deliver*, 2023, p. 23.
- 33** Andrew Longhurst, *Failing to Deliver*, 2023, p. 23.
- 34** Coalition ontarienne de la santé, *Illegal, Unlawful, and Unethical: Case Studies of Patients Charged for Medical Care in Ontario's Private Clinics*, 2024.
- 35** Correspondance par courriel de l'auteur avec la Division des services offerts aux médecins et aux prestataires, 16 décembre 2025.
- 36** Andrew Longhurst, *Alberta's new health legislation brings U.S. style insurance to Canada* (La nouvelle loi sur la santé de l'Alberta introduit l'assurance à l'américaine au Canada), CCPA, 28 avril 2026, <https://www.policyalternatives.ca/news-research/albertas-new-health-legislation-brings-u-s-style-insurance-to-canada/> (en anglais seulement); Nikolas Barry-Shaw, « 'Pandora's box': Danielle Smith and insurance giants unleash attack on healthcare » ('Boîte de Pandore' : Danielle Smith et les géants de l'assurance s'attaquent aux soins de santé), *The Breach*, 16 avril 2026, <https://breachmedia.ca/pandoras-box-danielle-smith-and-insurance-giants-unleash-attack-on-healthcare/> (en anglais seulement).
- 37** Coalition canadienne de la santé, « La loi sur les soins de santé (projet de loi n° 11) de l'Alberta enfreint la *Loi canadienne sur la santé* : selon des experts juridiques », 5 mai 2026, <https://www.healthcoalition.ca/fr/la-loi-sur-les-soins-de-sante-projet-de-loi-n-11-de-lalberta-enfreint-la-loi-canadienne-sur-la-sante-selon-des-experts-juridiques/>.
- 38** Allison Jones, « Ontario set to fund hip and knee replacements at private clinics » (L'Ontario financera les remplacements de la hanche et du genou dans les cliniques privées), *CBC News*, 8 décembre 2025, <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/knee-hip-replacements-private-clinics-ontario-9.7007466> (en anglais seulement).
- 39** Sara Kreindler, « Policy strategies to reduce waits for elective care: A synthesis of international evidence » (Stratégies politiques pour réduire les temps d'attente pour les soins non urgents : une synthèse de la preuve internationale), *British Medical Bulletin* 95(2010), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20457662/> (en anglais seulement).

- 40** Andrew Longhurst, *Operation Profit: Private Surgical Contracts Deliver Higher Costs and Longer Waits* (Opération profits : Les contrats pour des chirurgies au privé entraînent des coûts plus élevés et de plus longs temps d'attente), Institut Parkland, 2025.
- 41** Andrew Longhurst, *Conçu pour échouer : La crise financière croissante dans le secteur hospitalier de l'Ontario*, Centre canadien de politiques alternatives, 2026, <https://www.policyalternatives.ca/news-research/concu-pour-echouer-la-crise-financiere-croissante-dans-le-secteur-hospitalier-de-lontario/>.
- 42** Andrew Longhurst, *Conçu pour échouer*, 2026.
- 43** Andrew Longhurst, *Conçu pour échouer*, 2026.
- 44** Andrew Longhurst, *Conçu pour échouer*, pages 37 à 45; David Urbach et al., « Single-entry models as an ethical approach to decreasing surgical wait times » (Les modèles à entrée unique comme approche éthique à la diminution des temps d'attente pour les chirurgies), *JAMC* 197,42 (2025), e1458-1459, <https://www.cmaj.ca/content/197/42/E1458> (en anglais seulement); Sara Kreindler, « Policy strategies to reduce waits for elective care: A synthesis of international evidence » (Stratégies politiques pour réduire les temps d'attente pour les soins non urgents : une synthèse de la preuve internationale), *British Medical Bulletin* 95(2010), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20457662/> (en anglais seulement).
- 45** Pardis Seyedi et al., « Effect of single-entry referral models and team-based care on wait times for hip and knee joint replacement in Ontario: A simulation » (Incidence des modèles de recours à entrée unique sur les temps d'attente pour les remplacements de la hanche et de l'articulation du genou en Ontario : une simulation), *JAMC* 197,19 (2025), e524-e531, <https://www.cmaj.ca/content/197/19/E524> (en anglais seulement).

Ce rapport est disponible gratuitement à www.policyalternatives.ca. Le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) est un institut de recherche indépendant en politiques publiques. Ce rapport a été soumis à un examen par les pairs et répond aux normes de recherche du centre. Les opinions exprimées dans ce rapport, et les éventuelles erreurs, sont celles du ou des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions du CCPA ou des bailleurs de fonds du rapport.

Nous reconnaissons la Nation Algonquine Anishinaabe dont le territoire traditionnel et non cédé est celui où ce rapport a été réalisé.

À propos de l'auteur

Andrew Longhurst est chercheur principal et économiste politique au Centre canadien de politiques alternatives (CCPA), dont le travail est principalement axé sur la politique en matière de santé. Il est titulaire d'une maîtrise de l'Université Simon-Fraser où il est également candidat au doctorat. Son travail a été publié dans des revues spécialisées et par des instituts de recherche, dont *La Revue canadienne du vieillissement*, *Political Geography*, le CCPA et le Parkland Institute. Les médias d'information des quatre coins du pays font régulièrement état de ses propos.





CCPA
CANADIAN CENTRE
for POLICY ALTERNATIVES
CENTRE CANADIEN
de POLITIQUES ALTERNATIVES