

La privatisation des soins de santé AU CANADA

SCFP

MAI 2026



Table des matières

Principales conclusions	1
Introduction	3
En quoi consiste la privatisation des soins de santé?	6
À qui profite la privatisation des soins de santé?	9
Les effets négatifs de la privatisation en santé	12
Les services payants	12
Les fonds publics envoyés aux agences de placement privées.....	16
Les fonds publics envoyés aux établissements de santé privés	22
L'expansion des soins de longue durée à but lucratif	25
Les partenariats public-privé et la sous-traitance.....	29
Les soins virtuels et l'intelligence artificielle	31
L'application de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	33
Conclusion.....	36
Annonces de privatisation par catégorie et par province	37
Annexe : Grands projets de privatisation en santé des gouvernements provinciaux.....	38



Principales conclusions

La menace de la privatisation plane plus que jamais sur le système de santé public canadien. Cela s'explique par le constant sous-financement fédéral et l'octroi délibéré de fonds publics à des entreprises privées. Les partisans de la privatisation affirment que celle-ci réglerait les problèmes du système de santé. L'expérience nous montre pourtant que la privatisation, loin de pallier les pénuries de personnel ou de diminuer les temps d'attente, ne fait qu'aggraver ces problèmes. Résultat : un système plus cher, inéquitable et de moindre qualité, qui bénéficie d'abord aux riches et aux investisseurs. Les solutions publiques en donnent plus pour moins cher, pour tout le monde.

Voici quelques indicateurs de la privatisation, observés partout au pays.

1. **Les frais illégaux :** Les cliniques à but lucratif chargent à la patientèle des centaines, voire des milliers de dollars pour des services médicalement nécessaires (IRM, chirurgies de la cataracte, consultations de première ligne, etc.). Cette pratique illégale crée un système à deux vitesses où certaines personnes peuvent payer pour passer devant les autres. Celles qui n'en ont pas les moyens subissent des temps d'attente qui s'étirent ou perdent accès à leur médecin de famille.
2. **Les agences de placement privées :** Les gouvernements dépensent des milliards de dollars dans les agences en soins infirmiers à but lucratif. Le recours aux agences coûte aux contribuables jusqu'à six fois plus cher que l'embauche de personnel dans le système public, et ne règle en rien les problèmes d'épuisement professionnel. Il ne fait qu'aggraver la crise de la main-d'œuvre en dépouillant le système public du personnel infirmier dont il a besoin. Quant aux personnes embauchées par les agences, elles gagnent un meilleur salaire, mais peuvent perdre leurs avantages sociaux et la protection d'un syndicat.
3. **Les fonds publics versés à des établissements à but lucratif :** Les gouvernements provinciaux sous-traitent des opérations à des cliniques privées, qui facturent deux à trois fois plus cher que les hôpitaux publics. Cette pratique ne réduit pas les temps d'attente et siphonne les ressources du système public, qui se voit affaibli.
4. **Les soins de longue durée à but lucratif :** La pandémie de COVID-19 nous a montré les conséquences fatales de la privatisation des soins de longue durée. Les taux d'infection et de mortalité dans les résidences à but lucratif étaient beaucoup plus élevés que dans les résidences publiques. Malgré ce constat alarmant, les gouvernements provinciaux continuent à accorder permis et financement à ces entreprises privées qui privilégient le profit aux dépens de la qualité des soins et de la sécurité du personnel.

5. **Des partenariats public-privé onéreux** : Les gouvernements continuent à nouer des partenariats public-privé, aussi appelés PPP, pour construire et administrer des hôpitaux et des centres de soins de longue durée. Des années d'expérience et des dizaines d'exemples partout au pays montrent que les PPP coûtent plus cher et sont moins efficaces que les projets publics. Pourtant, les gouvernements continuent de conclure des contrats à long terme avec des entreprises privées, à même l'argent des contribuables.

6. **Les soins virtuels et l'intelligence artificielle (IA)** : Depuis la pandémie de COVID-19, le recours aux soins virtuels et à l'intelligence artificielle a augmenté de manière exponentielle et constitue une tendance inquiétante de la privatisation en santé.

Le présent rapport dresse le constat suivant : la privatisation n'est pas une solution viable. Elle mène inévitablement à plus de dépenses pour le gouvernement comme pour les patient(e)s, à la détérioration de la santé de la population et à de piètres conditions de travail. Le gouvernement fédéral a permis l'érosion du système de santé public en échouant à faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*, qui prévoit des pénalités pour les provinces où on charge des frais illégaux. Ainsi, le rapport conclut que la seule manière de résoudre la crise est de réinvestir massivement dans le système de santé public. Il faut notamment bonifier le financement fédéral, améliorer le recrutement et la rétention de personnel dans le secteur public, et élargir la capacité du public à offrir des soins.

En somme, le rapport se veut un appel à l'action adressé aux gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral : il faut mettre un terme à la transition vers des soins de santé à but lucratif et renouveler notre engagement envers les principes d'accessibilité et d'universalité d'un système financé publiquement.

Pour en savoir plus sur les solutions publiques en santé, visitez le
<https://scfp.ca/des-solutions-publiques-en-sante>.

Introduction

Lutter contre la privatisation du système de santé public canadien est plus urgent que jamais. De plus en plus, les gouvernements provinciaux ont recours à des entreprises privées à but lucratif pour construire des hôpitaux et fournir des services de santé essentiels. D'un côté, la population doit composer avec la fermeture de salles d'urgence, de longues attentes pour des interventions chirurgicales et une pénurie de médecins. De l'autre, les travailleuses et travailleurs de la santé manquent de ressources, ont une charge de travail élevée et font face à des risques considérables pour leur santé et leur sécurité.

En négligeant de faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements fédéraux qui se sont succédé permettent depuis des décennies que de l'argent public (sous forme de paiements de transfert en santé) soit détourné du système public vers les cliniques privées. Tout le monde sait que des améliorations sont nécessaires. Non seulement la privatisation augmente les coûts des soins de santé, mais elle en diminue la qualité. Les riches en profitent alors que le reste de la population se trouve perdante. Nous devons améliorer notre système de santé public et universel – et nous pouvons le faire.

Celui-ci subit les pressions d'entrepreneurs à qui profiterait la privatisation et d'élu(e)s qui priorisent malheureusement les intérêts privés aux dépens de ceux de la population. Chaque province et territoire est le théâtre de débats à savoir si des soins de santé privés à but lucratif régleraient les profondes crises que traverse le système.

Depuis des décennies, le gouvernement fédéral néglige de payer sa juste part des soins de santé publics. Quand la *Loi sur les soins médicaux* (aujourd'hui appelée le régime d'assurance maladie) a été adoptée en 1966, les gouvernements fédéral et provinciaux devaient assumer chacun 50 % des coûts en santé. Le fédéral ne payait pourtant que 35 %, un chiffre qui a chuté sous les derniers gouvernements conservateurs et libéraux. En 2023, le gouvernement fédéral n'assumait que 21,5 % de l'ensemble des coûts¹.

La population essuie de longues attentes, la fermeture de salles d'urgence et des frais illégaux pour des services médicalement nécessaires : l'accès à des soins de santé publics et universels est menacé. De leur côté, les travailleuses et travailleurs – du milieu hospitalier, des soins de longue durée et des soins de première ligne – vivent de l'épuisement professionnel et doivent porter le poids du manque d'effectifs et d'établissements sous-financés.

¹ Association médicale canadienne (2025). « Comment les soins de santé sont-ils financés au Canada? » <https://www.cma.ca/fr/comment-soins-sante-sont-ils-finances-au-canada>.

Ce manque d'investissements adéquats en santé de la part du fédéral a ouvert la porte à la privatisation. Comme si ce n'était pas assez, le gouvernement fédéral n'a pas veillé à ce que les fonds publics ne servent qu'au système public. Le Transfert canadien en matière de santé est octroyé aux provinces et aux territoires pratiquement sans vérification. Les gouvernements provinciaux ont donc impunément utilisé ces fonds pour financer des services de santé à but lucratif.

Dans plusieurs provinces, la population paie pour des services médicalement nécessaires. Il s'agit de surfacturation, ce qui contrevient directement à la *Loi canadienne sur la santé*. Faire payer les patient(e)s pour des services de santé assurés, comme les services offerts par les médecins ou les hôpitaux publics, est interdit.

Les gouvernements provinciaux financent des hôpitaux et des cliniques à but lucratif qui facturent beaucoup plus cher que leurs homologues publics. Ils allouent aussi des millions de dollars à des agences de placement privées, à des partenariats public-privé, à des centres de soins de longue durée à but lucratif et à des entreprises qui offrent des services en ligne.

Le SCFP mène la lutte contre la privatisation des soins de santé au Canada. En 2023, au congrès national du SCFP, les délégué(e)s ont adopté une résolution demandant au syndicat de militer auprès de tous les ordres de gouvernement pour un meilleur système de santé public et contre toute forme de privatisation.

La résolution soulignait la conséquence principale de la privatisation des soins de santé : celle-ci coûte plus cher au gouvernement que les soins publics. Les soins à but lucratif coûtent plus cher aux gouvernements comme à la patientèle, en plus d'augmenter les temps d'attente pour les chirurgies et les procédures diagnostiques, de détériorer la qualité des soins et de dégrader les conditions de travail dans le système.

Les membres du SCFP qui travaillent en santé ont raconté la crise de la main-d'œuvre et les conséquences du départ de milliers de travailleuses et travailleurs dans la foulée de la pandémie de COVID-19. Ces membres savent mieux que quiconque que la privatisation ne fait qu'aggraver les problèmes de main-d'œuvre, en attirant le personnel du secteur public vers les cliniques privées, ce qui augmente les temps d'attente. Ces dernières années, les membres du SCFP ont aussi remarqué que la privatisation nuit plus particulièrement aux personnes à faible revenu, aux personnes noires, autochtones et racisées et aux autres groupes d'équité.

En réponse à la résolution de ses membres, le SCFP a produit le présent rapport, qui expose la réalité de la privatisation des soins de santé au Canada. Il présente les principales tendances de ce phénomène et des cas concrets qui l'illustrent, notamment de récentes décisions prises par les gouvernements fédéral et provinciaux et des acteurs du secteur privé. Les renseignements ayant servi à la rédaction du présent rapport proviennent de rapports du vérificateur général et des gouvernements, de coalitions de la santé, de recherches universitaires, d'enquêtes journalistiques et d'autres sources de confiance.

La privatisation est un vaste phénomène dont les conditions changent rapidement. Le rapport se concentre donc sur les tendances suivantes :

- Les services payants
- Les fonds publics envoyés aux agences de placement privées
- Les fonds publics envoyés aux établissements de santé privés
- Les soins de longue durée à but lucratif
- Les partenariats public-privé et la sous-traitance
- Les soins virtuels et l'intelligence artificielle

Le rapport se termine en montrant comment le SCFP et ses alliés, comme les coalitions de la santé des provinces, réussissent à freiner ce phénomène inquiétant.

Les membres du SCFP continueront à se battre contre la privatisation des soins de santé et pour un système public et accessible. La résolution adoptée lors du congrès de 2023 a mené à la poursuite de la campagne [*Des solutions publiques en santé*](#). La campagne demande au gouvernement fédéral :

- De s'assurer que les paiements de transfert aux provinces et aux territoires financent uniquement le système public.
- De mettre un terme à toutes violations de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment la facturation aux patient(e)s de soins médicalement nécessaires assurés par les provinces et territoires.

En quoi consiste la privatisation des soins de santé?

La privatisation en santé consiste à transférer la propriété, la gestion ou la prestation de services du secteur public vers des entreprises à but lucratif, des OSBL ou encore des partenariats entre acteurs publics et privés.

Pour les membres du SCFP, la privatisation se manifeste souvent par de la sous-traitance. Les gouvernements et les employeurs du secteur public octroient des contrats à des tiers pour déléguer certaines tâches et fonctions ou pour fournir des services antérieurement assurés par les travailleuses et travailleurs du secteur public. Cette forme de privatisation est d'ailleurs particulièrement nuisible aux travailleuses et travailleurs, puisque ce sont généralement les plus bas soumissionnaires qui obtiennent les contrats. Les membres du SCFP travaillant en santé s'évertuent à combattre la sous-traitance dans divers services : administration, entretien, conciergerie, sécurité et alimentation.

Dans les pires scénarios, les gouvernements aux valeurs plus conservatrices ont massivement délégué au privé les services hospitaliers ou en soins de longue durée. Prenons un exemple du début des années 2000, quand Gordon Campbell, alors premier ministre libéral de la Colombie-Britannique, a ouvert la porte à la sous-traitance, permettant ainsi à des tiers contractuels de se soustraire à la syndicalisation et à la convention collective sectorielle pour réduire les salaires et hausser les profits.

Les gouvernements provinciaux ont également augmenté le financement public pour la construction de nouveaux établissements de santé en partenariats public-privé (PPP). Dans un modèle en PPP, un gouvernement conclut un contrat à long terme avec un consortium d'entreprises privées mandatées pour concevoir, construire, financer, exploiter, entretenir et/ou posséder une installation publique. Les PPP, contrairement aux projets financés et administrés par l'État, permettent au secteur privé d'exercer un contrôle considérable sur les actifs et les services publics. En échange de leur participation au financement, à l'exploitation et à l'entretien des infrastructures, les entreprises partenaires se voient garantir des profits à long terme sous forme de versement gouvernementaux.

Depuis longtemps, le SCFP tire la sonnette d'alarme sur les risques associés aux PPP dans le milieu de la santé. Le projet ontarien en PPP pour l'hôpital Brampton en est d'ailleurs un bon exemple : le budget initial a explosé et coûté 2 milliards de dollars plutôt que les 350 millions initialement prévus, alors que la superficie du complexe, elle, a diminué

au point d'offrir finalement moins de chambres que l'établissement précédent². Les adeptes des PPP affirmaient pourtant que, grâce à ce modèle, on ferait des économies en comparaison avec une construction publique conventionnelle, mais force est de constater que c'était faux. Or, en dépit de cette coûteuse leçon, plusieurs gouvernements persistent et continuent de signer des contrats en PPP pour de nouveaux établissements de soins.

Au cours des dernières décennies, la privatisation des soins de santé s'est intensifiée, en plus de gagner en complexité. Nourri à même les fonds publics, le secteur de la santé à but lucratif gagne sans cesse du terrain. Les gouvernements assument même leurs actes en arguant que le secteur privé sortira les services publics de l'impasse qu'ils perpétuent en fait eux-mêmes par le sous-financement du système de santé public.

Les gouvernements provinciaux redirigent de plus en plus de fonds publics vers les entreprises privées pour qu'elles fournissent des services de santé essentiels. L'annexe présente un récapitulatif des annonces majeures en matière de privatisation du système de santé faites depuis 2023 : plus de 51,7 milliards de dollars en fonds publics destinés à la santé ont été redirigés vers des entreprises privées à but lucratif. Plus de 20,6 milliards ont en outre été dépensés en agences de placement privées, en services-conseils, en recherche et développement, en prestation de services, en TI et en soins privés aux aîné(e)s.

Malheureusement, la plupart des gouvernements provinciaux ont considérablement augmenté le financement du privé après la pandémie de COVID-19. Après avoir investi dans des mesures immédiates pour survivre à la crise (notamment en haussant le financement des campagnes de vaccination publique), beaucoup de gouvernements ont plaidé avoir besoin du privé pour résorber les longues listes d'attente pour recevoir un diagnostic et une intervention chirurgicale.

Plutôt que d'investir à long terme dans le système de santé public et d'embaucher plus de personnel pour pallier la crise, ils ont préféré distribuer des millions aux cliniques, aux centres de soins de longue durée, aux agences de placement et aux services de soins virtuels du secteur privé. Ce rapport vise justement à exposer les différentes conséquences que cette privatisation a aussi bien pour les patient(e)s que pour les membres du SCFP du milieu de la santé.

On reconnaît rarement que l'expansion des soins de santé privés reste l'option la plus dispendieuse, tant pour le gouvernement que pour les patient(e)s. C'est pourtant une réalité mise en évidence par les nombreux échecs de la privatisation, comme les hôpitaux en PPP, et les millions de dollars gaspillés dans les agences de placement privées.

Selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, on estime qu'au cours de l'exercice 2023-2024, les gouvernements du pays ont dépensé plus de 1,5 milliard de dollars dans des agences de soins infirmiers à but lucratif : une hausse de 600 % en trois ans³! Devant les nombreuses critiques sur les coûts engendrés par cette pratique, les gouvernements de la

2 Coalition ontarienne de la santé (24 janvier 2020). « Ontario Health Coalition Backgrounder Brampton Hospital Crisis Warnings and Broken Promises », *Coalition ontarienne de la santé*. <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/Backgrounder-on-Brampton-hospital.pdf>.

3 Almost, J. (2024). « Ouvrir la boîte noire : Décortiquer l'utilisation des agences de personnel en soins infirmiers au Canada », *Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers*. <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/09/Agency-Full-Report-Final-English-20Sept2024.pdf>.

Colombie-Britannique, du Québec et du Nouveau-Brunswick ont résilié leurs contrats avec les agences de placement privées ou en ont ordonné la fermeture^{4,5}.

La privatisation est synonyme de dégradation tant des conditions de travail que de la qualité des soins offerts. Plus les gouvernements tardent à faire les investissements qui s'imposent dans le système de santé public, plus les conséquences seront dramatiques pour tout le monde.

4 Zafar, A. (12 mai 2025). « Hemorrhage' of nurses in health care is a symptom of a bigger problem: experts », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/health/agency-nurses-ontario-hospitals-1.7531910>.

5 En date du mois d'avril 2025. Dans le cas du Québec, le gouvernement de la CAQ, qui a ordonné la fermeture des agences de placement privées dans cinq régions, a essuyé des critiques face à son éventuelle incapacité à embaucher et à retenir le personnel dans le système de santé public. En décembre 2023, le gouvernement a adopté un projet de réforme majeure du système de santé qui a donné naissance à la société d'État, Santé Québec. Selon la CAQ, la réforme permettra de réduire les dépenses en santé de 1,5 milliard de dollars. Le SCFP-Québec y voit plutôt l'amputation d'un financement indispensable au personnel du système de santé public.

À qui profite la privatisation des soins de santé?

La privatisation des soins de santé ne profite qu'à ceux et celles qui en tirent des bénéfices financiers. Pour toutes les autres parties, elle s'avère catastrophique.

Elle est évidemment bénéfique pour les grandes entreprises et les organisations qui fondent leur modèle sur la privatisation de services. En plus des grandes entreprises qui possèdent ou gèrent ces services, la privatisation profite à leurs PDG, aux cabinets d'avocat(e)s, aux cabinets comptables, aux investisseurs, aux services-conseils, aux lobbyistes et aux spécialistes en relations publiques qui gravitent autour de ces contrats de privatisation. Les politicien(ne)s au service de ces sociétés reçoivent souvent des dons privés pour leur parti, parfois en échange de promesses de réductions fiscales ou de contrats exclusifs dans le milieu de la santé.

En janvier 2025, le chef du parti conservateur fédéral, Pierre Poilievre, a assisté à une collecte de fonds organisée par un couple de milliardaires, actionnaires de Medical Facilities Corporation, une entreprise spécialisée en santé qui est propriétaire d'hôpitaux privés aux États-Unis⁶. La présence du chef conservateur porte à croire qu'il aurait fait des promesses à ces entreprises et individus du secteur médical états-unien, d'autant plus qu'il s'est ensuite engagé à réduire les charges fiscales des particuliers qui réalisent des gains en capital de 1,4 million de dollars par année.

Les gouvernements conservateurs provinciaux ont quant à eux été accusés d'octroyer des contrats exclusifs à certaines sociétés, comme Shannex Inc., qui exploite des foyers de soins de longue durée à but lucratif. Entre 2008 et 2022, le gouvernement conservateur du Nouveau-Brunswick a attribué 14 projets pilotes de foyers de soins de longue durée en PPP à Shannex⁷. Après avoir essuyé des critiques virulentes sur ces contrats, qui n'avaient pas fait l'objet d'un appel d'offres, le gouvernement a publié des demandes de soumissions pour tous les contrats subséquents, et certains ont été proposés à d'autres soumissionnaires que Shannex.

Depuis la pandémie, on surveille certains conglomérats en raison de l'expansion fulgurante de leurs services de soins de santé; c'est le cas pour Les Compagnies Loblaw Limitée et ses filiales Maple, Lifemark, Shoppers Drug Mart, et d'autres. En août 2020, Shoppers Drug Mart a ouvert une clinique privée de soins primaires et de médecine familiale à Toronto. En mai 2021,

6 NPD (21 janvier 2025). « Vérité à propos de Poilievre : Qu'a-t-il promis aux milliardaires de la santé privée hier soir? » <https://www.npd.ca/nouvelles/verite-propos-de-poilievre-qua-t-il-promis-aux-milliardaires-de-la-sante-privee-hier-soir>.

7 McFarland, J. (18 février 2025). « Want a new nursing home? Finance it yourself! », *Coop Média NB*. <https://nbmediacoop.org/2025/02/18/want-a-new-nursing-home-finance-it-yourself/>.

elle en détenait trois et planifiait la construction de quatre autres en Ontario⁸. Ces cliniques reposaient sur un modèle technologique en libre-service, avec des écrans tactiles, des systèmes d'enregistrement électronique et des consultations virtuelles avec des médecins. Début 2024, Shoppers Drug Mart possédait dix cliniques de soins primaires : six en Ontario et quatre en Colombie-Britannique⁹. Pendant ce temps, l'équipe de l'entreprise s'affairait à établir des partenariats avec les gouvernements afin de proposer des services de soins primaires dans certaines de ses pharmacies, comme il a été permis dans le cadre d'un contrat conclu avec le gouvernement de la Nouvelle-Écosse en février 2023^{10,11}.

Toutefois, en avril 2024, la filiale vendait toutes ses cliniques de soins primaires¹². Une personne responsable des communications pour Loblaw a déclaré que la société se concentrait désormais sur ses cliniques directement en pharmacie même si, selon les soupçons des journalistes, la raison réelle était plutôt les profits décevants des cliniques médicales¹³. Malgré cet échec, comme le suggérait la déclaration faite par Loblaw, Shoppers Drug Mart concentrait ses efforts sur les bénéfices produits par ses pharmacies.

En août 2024, l'entreprise annonçait l'ouverture prévue d'ici 2025 de 250 cliniques exploitées par des pharmacien(ne)s, ce qui montre qu'ils souhaitent toujours étendre leur offre de services de santé payants¹⁴. Les liens privilégiés du conglomérat avec le gouvernement de l'Ontario portent leurs fruits. En mai 2025, le *Toronto Star* révélait qu'en deux ans seulement, Shoppers Drug Mart avait généré 62 millions de dollars grâce aux renouvellements d'ordonnance pratiqués par les pharmacien(ne)s, le tout financé par le gouvernement provincial¹⁵.

Des pharmacien(ne)s qui ont travaillé pour Shoppers Drug Mart ont dévoilé avoir été victimes de pressions intenses pour remplir des objectifs croissants en matière de demandes de renouvellement. Pendant la pandémie, le nombre de renouvellements à effectuer se situait entre 80 et 100 par semaine. Un pharmacien qui a depuis quitté la franchise et désire garder l'anonymat a décrit la pression subie : « Il fallait le faire, même si notre jugement professionnel nous disait le contraire¹⁶. » Cette expérience montre la tendance du secteur privé à exercer

8 Shoppers Drug Mart (12 août 2020). « Shoppers Drug Mart Company pilots first managed medical clinic in Toronto ». <https://corporate.shoppersdrugmart.ca/fr/shoppers-drug-mart-company-pilots-first-managed-medical-clinic-in-toronto/>.

9 Reevly, D. (21 octobre 2024). « Why Shoppers Drug Mart gave up on physician-led health clinics », *The Logic*. <https://thelogic.co/news/shoppers-drug-mart-physician-health-clinics/>.

10 Shoppers Drug Mart (10 février 2023). « Shoppers Drug Mart applauds Nova Scotia's community healthcare clinic pilot ». <https://corporate.shoppersdrugmart.ca/en/shoppers-drug-mart-applauds-nova-scotias-community-healthcare-clinic-pilot/>.

11 L'entreprise Shoppers Drug Mart annonçait la gratuité (sur présentation d'une carte d'assurance maladie de la Nouvelle-Écosse valide) d'une vaste gamme de services : évaluation et prescription en cas de maladies courantes, gestion des maladies chroniques, injections et vaccination.

12 Reevly, D. (2024).

13 *Ibid.*

14 Dowson, A. L. (14 août 2024). « Pharmaprix (Shoppers) veut créer 250 cliniques pharmaceutiques privées à but lucratif d'ici à 2025 », *Coalition canadienne de la santé*. <https://www.healthcoalition.ca/fr/pharmaprix-shoppers-veut-creer-250-cliniques-pharmaceutiques-privées-a-but-lucratif-dici-a-2025/>.

15 Toronto Star (10 mai 2025). « Shoppers Drug Mart billed Ontario almost \$62 million for medication reviews: Former store owner says program is being 'abused' ». https://www.thestar.com/business/shoppers-drug-mart-billed-ontario-almost-62-million-for-medication-reviews-former-store-owner-says/article_b5f14860-8929-4b9e-b17e-a6a45bbef5c2.html.

16 *Ibid.*

une pression croissante sur les spécialistes de la santé, afin de réaliser toujours plus de profits pour des conglomerats qui engrangent déjà des bénéfices faramineux au Canada.

En juin 2021, Anciens Combattants Canada a attribué 560 millions de dollars en contrats pour l'administration de son programme Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens, un projet conjoint de WCG International et Lifemark Health Group, une filiale de Loblaw. En mars 2023, le NPD a rapporté que cette externalisation s'était soldée par des retards importants, des lacunes dans le soutien en santé mentale offert aux vétérans pendant la transition vers le nouveau système, ainsi qu'un supplément de 25 % des coûts par rapport à des services publics comparables¹⁷.

La famille Weston, l'une des plus riches du Canada, contrôle Loblaw et Shoppers Drug Mart par l'entremise de George Weston Limited. Leurs liens avec le milieu politique et leurs généreux dons leur ont ouvert la porte vers la privatisation des soins de santé¹⁸. Galen G. Weston siège au conseil d'administration de l'hôpital Sunnybrook, et la Fondation de la famille Weston est un important donateur pour l'hôpital et pour de nombreux établissements et programmes de soins de santé publics¹⁹.

La riche famille profite également du fait que Loblaw est actionnaire minoritaire dans Maple Corporation, une entreprise qui propose l'accès virtuel à des soins médicaux et infirmiers payants. Pour les provinces aux prises avec de graves pénuries de médecins, comme l'Île-du-Prince-Édouard, les gouvernements provinciaux ont versé à Maple des millions de dollars pour tenter de servir la population n'ayant pas accès aux soins de santé primaires. De janvier à décembre 2023, ils ont versé plus de 1,1 million de dollars à Maple, et le montant prévu au budget était de 2,7 millions pour 2024²⁰. Pendant ce temps, la population de l'Île-du-Prince-Édouard se plaignait des longs délais d'attente sans certitude de voir un(e) médecin, ou encore de l'ambiguïté quant à la gratuité des services de Maple²¹.

Depuis 2020, plusieurs provinces, dont l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, ont signé des contrats avec Maple pour offrir des services publics d'aiguillage en télémédecine. Il n'existe aucune donnée publique quant aux profits engrangés par Loblaw par l'entremise de Maple, mais les contrats avec les gouvernements provinciaux indiquent un accroissement des sommes versées à la filiale au fil du temps et, par conséquent, l'augmentation des bénéfices pour Loblaw et la famille Weston.

17 Blaney, R. (9 mars 2023). « Le NPD exhorte les libéraux à donner la priorité aux vétérans plutôt qu'aux profits en mettant fin à l'impartition de Loblaw », *NPD*. <https://www.npd.ca/nouvelles/le-npd-exhorte-les-liberaux-donner-la-priorite-aux-veterans-plutot-quaux-profits-en>.

18 Le conglomérat est sous l'égide de George Weston Limited, une société de portefeuille appartenant à la famille Weston.

19 Hôpital Sunnybrook (2 mars 2020). « The W. Garfield Weston Foundation makes one-of-a-kind, \$16.7-million philanthropic grant to revolutionize the treatment of brain disorders ». <https://foundation.sunnybrook.ca/2020/03/grant-weston-family-focused-ultrasound-initiative/>.

20 MacKay, C. (17 avril 2024). « PEI government to put more money into virtual health-care programs », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-virtual-health-care-programs-1.7175662>.

21 *Ibid.*; MacKay, C. (17 octobre 2023). « Long waits, time-outs on Maple lead to renewed calls for Canada-wide medical licenses », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-maple-wait-times-1.6998574>.

Les effets négatifs de la privatisation en santé

Les services payants

Les cliniques à but lucratif facturent aux patient(e)s des procédures médicalement nécessaires qui sont couvertes par les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux, même si cela enfreint la *Loi canadienne sur la santé*. Des personnes déboursent donc des centaines, voire des milliers de dollars de leur poche pour des diagnostics et des chirurgies.

Il y a une panoplie de raisons de recourir à une clinique à but lucratif. Dans certains cas, les patient(e)s espèrent éviter les files d'attente pour les chirurgies et les soins primaires en payant de leur poche²².

Ces dernières années, des personnes ont déboursé jusqu'à 11 000 \$ pour une chirurgie de la cataracte et 30 000 \$ pour une chirurgie de la hanche. Des coalitions provinciales de la santé ont dressé le profil des patient(e)s à qui on a facturé une chirurgie de la cataracte, plus particulièrement.

La Coalition ontarienne de la santé a révélé que le gouvernement de l'Ontario avait attribué un certain nombre de contrats d'envergure à des cliniques privées spécialisées dans la chirurgie de la cataracte, dont au moins une chaîne qui facture entre 3 000 et 4 000 \$, voire plus, par œil²³. Une patiente du nom de Maureen Munro s'est fait dire par son optométriste que sa chirurgie de la cataracte coûterait environ 3 000 \$, à moins qu'elle ne souhaite attendre deux ans pour être prise en charge par le régime d'assurance maladie de l'Ontario²⁴. On l'a ensuite référée à une clinique à but lucratif qui lui a facturé 7 000 \$ pour la chirurgie, sans compter les frais supplémentaires. Elle a dû contracter un prêt pour payer ces coûts imprévus. Une autre patiente à Ottawa a déclaré à la Coalition qu'on lui avait remis un devis de 11 000 \$ pour une chirurgie de la cataracte²⁵.

22 Facturer certains services et exiger des frais d'inscription contrevient à la *Loi canadienne sur la santé*. Une clinique qui refuse de fournir des services à une personne dans l'incapacité de payer les frais crée un obstacle à l'accès aux services. Et lorsque ces services sont censés être couverts par l'État, cette pratique est également une infraction à l'interdiction de surfacturation et de frais modérateurs.

23 Coalition ontarienne de la santé (16 avril 2024). « Illegal, unlawful and unethical: Case studies of patients charged for medical care in Ontario's private clinics ». <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/Final-private-clinics-report-for-release.pdf>.

24 Coalition ontarienne de la santé (19 février 2025). « Patients who have been extra-billed for surgeries in private for-profit clinics demand accountability in the Ontario election: Press conferences in towns across Ontario ». <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/release-patients-who-have-been-extra-billed-for-surgeries-in-private-for-profit-clinics-demand-accountability-in-the-ontario-election-press-conferences-in-towns-across-ontario/>.

25 *Ibid.*

La coalition allègue qu'on dupe souvent les patient(e)s quant aux longs délais d'attente pour leur faire craindre de ne pas être traité(e)s à temps. Selon les données du gouvernement de l'Ontario, les personnes à qui on accorde la priorité la plus élevée n'attendent que trois semaines au public pour obtenir un rendez-vous avec un(e) spécialiste et sont opérées dans les deux mois²⁶. La coalition reproche à certain(e)s professionnel(le)s de la santé de ne pas faire preuve de transparence quant aux délais d'attente plus courts pour les cas prioritaires et de mentir aux patient(e)s en leur laissant croire que leur traitement sera retardé de plusieurs années.

Les cliniques à but lucratif usent de tactiques manipulatrices similaires pour les examens médicaux annuels, les examens par IRM et les chirurgies du genou et de la hanche. En mai 2024, *Maclean's* rapportait des cas de patient(e)s ayant déboursé jusqu'à 100 \$ pour consulter une infirmière praticienne relativement à des soins primaires, 600 \$ pour une IRM, et plus de 20 000 \$ pour recevoir une chirurgie de la hanche ou du genou à l'extérieur de la province²⁷.

Dans certains cas, des personnes affirment avoir payé pour des services privés afin d'être opérées plus rapidement. Par exemple, un patient de Montréal a déboursé 30 000 \$ pour une chirurgie privée de remplacement de la hanche, ce qui lui a permis d'être opéré en huit semaines, alors que le délai d'attente dans le système public était de 18 à 24 mois²⁸.

D'autres personnes ont eu recours à des services privés en raison de la pénurie de médecins de famille. Une infirmière praticienne de la Saskatchewan, qui facture 90 \$ par consultation, explique que ses patient(e)s en ont assez d'attendre que la pénurie de médecins se résorbe, un problème courant dans les petites agglomérations rurales du Canada.

Ces frais facturés par les infirmières praticiennes constituent une violation flagrante de la *Loi canadienne sur la santé*, mais le gouvernement fédéral n'a encore rien fait pour mettre fin à cette pratique. L'interprétation de la *Loi* proposée en janvier 2025 par le ministre de la Santé pourrait pousser les gouvernements provinciaux à agir²⁹. La lettre précise que « les frais imposés aux patients pour des services médicalement nécessaires, qu'ils soient dispensés par un médecin ou un autre professionnel de la santé fournissant des services équivalents à ceux d'un médecin, seront considérés comme de la surfacturation et des frais modérateurs en vertu de la LCS³⁰ ». Par conséquent, les infirmières et infirmiers praticiens autorisés qui fournissent des soins médicalement nécessaires (un bilan de santé annuel, par exemple) ne pourront plus les facturer³¹. Cela dit, le ministre n'a pas abordé d'autres questions soulevées par les frais chargés aux patient(e)s, comme la facturation de soins primaires médicalement nécessaires par des entreprises offrant des soins virtuels, ou encore ceux permettant d'éviter les longues files d'attente.

26 *Ibid.*

27 Frangou, C. (16 mai 2024). « Private health care is here », *Maclean's*. <https://macleans.ca/society/health/private-health-care-canada/>.

28 *Ibid.*

29 Holland, M. (10 janvier 2025). « Lettre aux provinces et territoires sur l'importance de respecter la Loi canadienne sur la santé – 2025 », *gouvernement du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante/lettre-provinces-territoires-janvier-2025.html>.

30 *Ibid.* Remarque : Ce sera aux gouvernements des provinces et territoires de décider des codes précis de facturation qui s'appliqueront aux infirmières et infirmiers praticiens pour ces services.

31 Les provinces et territoires devront faire appliquer cette loi à partir du 1^{er} avril 2026. À partir de cette date, les frais déboursés par les patients devront être déduits du Transfert canadien en matière de santé.

Le gouvernement fédéral doit également se pencher sur les frais mensuels facturés pour recevoir des soins primaires dans des cliniques regroupant plusieurs médecins de famille. Le South Keys Health Centre, à Ottawa, est une clinique à but lucratif qui facture des frais d'inscription annuels de 400 \$ à ses patient(e)s pour l'accès à une clinique sans rendez-vous et à un groupe de médecins de famille³². Les cliniques de soins de santé « haut de gamme » appliquent des tarifs beaucoup plus élevés et ont tendance à attirer une clientèle aisée à la recherche de services « d'élite » comme des consultations le jour même, des échanges par téléphone ou par courriel avec les équipes de soins primaires, ainsi que des services supplémentaires non nécessaires sur le plan médical, comme le Botox. MDDirect, une clinique de santé de ce type située à Toronto, facture à sa patientèle près de 5 000 \$ par an pour des bilans de santé annuels, des dépistages diagnostiques, des consultations le jour même, des visites à domicile, etc.³³. Les Cliniques médicales Lacroix, une chaîne québécoise, facturent des services payants similaires et proposent une option à la carte à 249 \$ pour les consultations de première ligne³⁴.

Imposer des frais pour des soins primaires réinstaura le système de santé à deux vitesses que le régime d'assurance maladie visait justement à éliminer.

En plus d'accentuer les inégalités dans le système de santé, ces cliniques privées dépouillent le réseau public de ses médecins de famille. Leurs patient(e)s, qui se retrouvent sans médecin de famille, ne cherchaient pas à éviter les files d'attente ou à recevoir des services d'élite. Par exemple, une patiente de Barrie, en Ontario, recevait depuis dix ans des traitements auprès de son médecin de famille à Toronto, jusqu'à ce que celui-ci rejoigne une clinique à but lucratif³⁵. Pour continuer de le consulter, elle devait payer 4 245 \$ par année. Elle a refusé, et a donc perdu accès à son médecin.

Cette situation est particulièrement grave au Québec, où les cliniques à but lucratif sont autorisées à exercer en dehors du régime d'assurance provincial³⁶. En 2021, on estimait qu'une personne sur cinq au Québec n'avait pas un accès direct à un(e) professionnel(le) de la santé³⁷. La pénurie a pris une telle ampleur qu'en avril 2025, le gouvernement québécois a imposé aux médecins nouvellement diplômé(e)s de travailler dans le système public pendant cinq ans³⁸. Le gouvernement québécois a également pris la décision controversée de créer

32 Coalition ontarienne de la santé (8 mars 2024). « Behind the cloak of private ownership Doug Ford's dangerous 'Wild West' of for-profit health clinics ». <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/final-report-complete.pdf>.

33 Duggal, S. (24 février 2024). « NDP raises concerns about 'executive health' clinic charging patients thousands », *The Trillium*. <https://www.thetrillium.ca/news/health/ndp-raises-concerns-about-executive-health-clinic-charging-patients-thousands-8318724>.

34 Ha, T. T., Sun, Y. (8 août 2023). « Why more Quebec family doctors are leaving the public health system », *Globe & Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-quebec-family-doctors-public-private-care/>.

35 Zafar, A., Birak, C. (21 avril 2025). « Canadians heading to vote face sticker shock for primary care at private clinics », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/health/federal-election-primary-care-1.7512737>.

36 Dans ce scénario, on présume avoir affaire à des médecins non participants dont les patients ne pourront pas réclamer la dépense à la RAMQ. Le cas est particulier au Québec; il ne s'applique pas aux autres grandes provinces comme la Colombie-Britannique et l'Ontario. Ha et Sun, les auteurs de l'article du *Globe & Mail*, disent que l'on comptait 642 médecins non participants (ayant quitté le système de santé public) au Québec début 2023, un chiffre qui avait quasiment doublé en dix ans.

37 Ha, T. T., Sun, Y. (2023).

38 CBC News (24 avril 2025). « Québec passes law requiring doctors to work in the public system for 5 years after med school ». <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-bill-83-law-doctors-study-public-private-1.7517752>.

Santé Québec, une nouvelle société d'État visant à restructurer les services de santé publics pour centraliser les services et réduire les coûts³⁹. Santé Québec a pour mission de réduire les listes d'attente pour les chirurgies et les médecins de famille. Mais des critiques ont souligné que les coupes budgétaires dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de la province feront augmenter la demande pour ces services, en raison de la hausse des hospitalisations qui auraient pu être évitées avec le soutien préventif d'autres professionnel(le)s du système de santé public⁴⁰.

L'exode alarmant des médecins du système de santé public québécois continue de s'accélérer, ce qui ne fait que renforcer le système à deux vitesses et laisse des centaines de milliers de patient(e)s dans le besoin⁴¹. Dernièrement, 246 médecins de plus ont quitté le système public, ce qui porte à environ 880 le nombre total de médecins qui exercent exclusivement au privé. Le Québec s'est vu infliger une amende record de 42 millions de dollars en mars 2023 pour avoir enfreint à répétition la *Loi canadienne sur la santé* en autorisant la facturation illégale aux patient(e)s de services diagnostiques médicalement nécessaires⁴². Le nombre croissant de médecins quittant le système public a laissé plus d'un demi-million de personnes sans médecin de famille dans la province, démontrant ici l'impact direct de la privatisation sur l'accès de la population aux soins de santé.

La prolifération des cliniques à but lucratif et des services payants se fait au détriment de la population. Essentiellement, elle prive le système de santé public des professionnel(le)s dont il a désespérément besoin. Comme l'explique une médecin de famille de l'Ontario, le secteur privé « m'éloigne du système public auquel mes patients ont accès et me place hors de portée, derrière des services payants⁴³ ». En général, les cliniques privées prennent en charge beaucoup moins de patient(e)s. Selon cette médecin, une clinique privée permet de prendre en charge environ 400 patient(e)s, comparativement à 1 200, en moyenne, pour un(e) médecin de famille dans sa région⁴⁴. Son témoignage montre bien que le système à deux vitesses ne fonctionne pas. Quant aux personnes qui croient qu'un réseau privé attirera de nouveaux et nouvelles professionnel(le)s de la santé et allégera la charge qui pèse sur le système public, les cas observés partout au pays montrent plutôt l'inverse : la plupart des patient(e)s perdront l'accès aux soins médicalement nécessaires, tandis que seul un petit nombre de personnes fortunées en bénéficieront.

39 L'Assemblée nationale du Québec a adopté en décembre 2023 le projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, qui a mené à la création de Santé Québec. Le tout s'est passé dans la controverse, d'autant plus que la loi a été adoptée sous bâillon.

40 On parle ici des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS); Blanchette, L., Pigeon, C. (6 mars 2025). « Unpacking Quebec's major healthcare reform », *Centre canadien de politiques alternatives*. <https://www.policyalternatives.ca/news-research/unpacking-quebecs-major-healthcare-reform/>.

41 Coalition canadienne de la santé (12 juillet 2025). « 246 médecins québécois de plus quittent le système de santé public, portant le total à environ 880 ». <https://www.healthcoalition.ca/fr/246-medecins-quebecois-de-plus-quittent-le-systeme-de-sante-public-portant-le-total-a-environ-880/>.

42 Santé Canada (2025). « Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2023-2024 ». <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/loi-canadienne-sante-rapport-annuel-2023-2024.html>.

43 On parle ici des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS); Blanchette, L., Pigeon, C. (6 mars 2025). « Unpacking Quebec's major healthcare reform », *Centre canadien de politiques alternatives*. <https://www.policyalternatives.ca/news-research/unpacking-quebecs-major-healthcare-reform/>.

44 *Ibid.*

L'essor des cliniques à but lucratif soulève également d'autres préoccupations éthiques, comme la grande liberté dont jouissent les chaînes de cliniques qui cherchent à maximiser leurs profits. Par exemple, en mai 2025, des chercheuses et chercheurs du Women's College Hospital de Toronto ont révélé que des chaînes de cliniques privées de soins primaires vendaient les données de leurs patient(e)s à des sociétés pharmaceutiques par l'intermédiaire de courtiers commerciaux en données⁴⁵. Les patient(e)s n'avaient jamais consenti au partage de leurs données et la seule façon de protéger leurs renseignements personnels était de quitter la clinique, ce qui aurait signifié perdre leur médecin de famille. Ce scandale montre l'ampleur des conséquences du libre arbitre des entreprises à but lucratif en santé, qui vont bien au-delà des services payants et du système à deux vitesses.

L'opinion publique en Ontario s'oppose fermement au programme de privatisation du gouvernement provincial. À la suite de l'annonce d'un budget allouant 280 millions de dollars à des cliniques privées à but lucratif, un sondage Nanos a révélé qu'une majorité écrasante (76 %) de la population souhaite que les dépenses soient plutôt consacrées aux hôpitaux publics⁴⁶. Ceci s'explique par la conviction largement répandue que le financement des cliniques privées aggraverait la pénurie de personnel dans les hôpitaux publics et créerait un système à deux vitesses où les plus riches auraient un accès préférentiel aux soins. Les résultats soulignent clairement la volonté publique de réinvestir dans le système public, ce qui contredit directement la politique du gouvernement prévoyant détourner des centaines de millions des deniers publics vers des centres chirurgicaux et diagnostiques à but lucratif.

Les fonds publics envoyés aux agences de placement privées

Les gouvernements provinciaux ont engouffré des milliards de l'argent des contribuables dans des agences de placement privées, des services payés à hauts frais pour la population. Ils plaident que le recours aux agences est une nécessité pour pallier le grand nombre d'infirmières et infirmiers qui ont quitté le système public, épuisés par le stress engendré par la crise de la COVID-19⁴⁷.

Dans les années qui ont suivi le pire de la pandémie, les sommes versées par les gouvernements provinciaux et territoriaux aux agences de placement privées dans les

45 Spithoff, S., Vesley, L., McPhail, B. (5 mai 2025). « The primary care medical record industry in Canada and its data collection and commercialization practices », *JAMA Network Open*, 8(5):e257688. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2833520>; Les données sur les patients comprennent leurs renseignements de santé, leurs antécédents médicaux et l'historique de leurs ordonnances.

46 Syndicat canadien de la fonction publique (2025). « La population de l'Ontario souhaite que le gouvernement provincial accorde la priorité aux investissements dans les hôpitaux publics, et non dans les cliniques privées ». <https://scfp.ca/la-population-de-lontario-souhaite-que-le-gouvernement-provincial-accorde-la-priorite-aux>.

47 La pénurie de personnel est fréquemment invoquée pour justifier le recours à des agences de placement privées, particulièrement pour pourvoir des postes dans les établissements de soins de santé en régions nordiques, rurales et éloignées. Toutefois, en 2024, le Vérificateur général du Nouveau-Brunswick s'est rendu compte que le déploiement d'infirmières et infirmiers volants dans les hôpitaux du Réseau de santé Vitalité ne semblait pas nécessairement lié aux absences de personnel. Vitalité a accepté que Canadian Health Labs, une entreprise de placement privée, soit rémunérée en vertu de son contrat même si elle ne déployait pas ses infirmières et infirmiers pour effectuer des quarts de travail.

hôpitaux, notamment pour le personnel infirmier volant, ont monté en flèche. On estime qu'au cours de l'exercice 2023-2024, les gouvernements du pays ont payé plus de 1,5 milliard de dollars à des agences de soins infirmiers à but lucratif : c'est six fois plus que trois ans plus tôt⁴⁸.

Le tableau suivant donne un aperçu des données publiques sur les sommes récemment versées par les gouvernements provinciaux à des agences de placement privées.

Tableau : Données publiques sur les sommes versées à des agences de placement privées⁴⁹

Colombie-Britannique	Depuis 2023, plus de 228 millions de dollars ont été versés à des agences de placement privées, notamment pour du personnel volant.
Alberta	De 2021 à 2024, plus de 330 millions de dollars ont été versés à des agences de placement : le financement annuel est passé de 5 millions à plus de 154 millions de dollars ⁵⁰ .
Saskatchewan	Depuis 2023, plus de 59 millions de dollars ont été versés à des agences de placement. La Régie de la santé de la Saskatchewan a acheminé des fonds publics vers plusieurs entreprises privées à but lucratif, notamment Lifeline Healthcare Staffing Agency Inc., Nurse Relief Inc., Select Medical Connections Ltd, Solutions Staffing Inc. et Truecare Alliance Staffing.
Manitoba	Depuis 2023, plus de 141 millions de dollars ont été versés à des agences de placement ⁵¹ .
Ontario	De 2013 à 2023, plus de 9,2 milliards de dollars ont été versés pour des infirmières et infirmiers, ainsi que d'autres membres du personnel de la santé provenant d'agences privées ⁵² .
Québec	De 2016 à 2022, environ 3 milliards de dollars ont été versés à des agences de placement. Au cours de l'exercice 2023-2024, la somme s'élevait à 276 millions de dollars ⁵³ .
Nouveau-Brunswick	De 2022 à 2024, la régie de la santé Vitalité a versé plus de 173 millions de dollars pour des infirmières et infirmiers volants du secteur privé ⁵⁴ .

48 Almost, J. (septembre 2024). *Ouvrir la boîte noire : Décortiquer l'utilisation des agences de personnel en soins infirmiers au Canada*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/09/Agency-Full-Report-Final-English-20Sept2024.pdf>.

49 L'annexe du présent rapport comprend une liste non exhaustive des sommes versées à des agences de placement privées. Elle compile les données sur les dépenses et les annonces à partir d'informations accessibles au public. Les vraies sommes que chaque province a dépensées pourraient être significativement plus élevées.

50 Appel, J., Kinney, D. (25 novembre 2024). « EXCLUSIVE: AHS projects to spend \$330 million on agency nurses since 2022 », *Progress Report*. https://www.theprogressreport.ca/exclusive_ahs_projects_to_spend_330_million_on_agency_nurses_since_2022.

51 Greenslade, B. (17 août 2022). « Manitoba spent more than \$40M with private nursing agencies last year », *Global News*. <https://globalnews.ca/news/9066971/manitoba-private-nursing-agencies-cost/>.

52 Longhurst, A. (2025). « Hollowed out: Ontario public hospitals and the rise of private staffing agencies », *Centre canadien de politiques alternatives*.

53 Lindsay, B. (12 mai 2023). « Nursing agencies are staffing hospitals at 'huge cost' to health-care system, experts say », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/health/cost-nursing-agencies-1.6839273>.

54 Poitras, J. (20 juin 2024). « Vitalité CEO says top health official gave 'green light' to travel-nurse contracts », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/france-desrosiers-vitalite-ceo-travel-nurse-contracts-1.7241376>.

Île-du-Prince-Édouard	Depuis 2023, plus de 10 millions de dollars ont été versés à des agences de placement ⁵⁵ .
Nouvelle-Écosse	Au cours de l'exercice 2023-2024, 126 millions de dollars ont été versés à des agences privées de soins infirmiers ⁵⁶ .
Terre-Neuve-et-Labrador	Depuis 2023, plus de 258 millions de dollars ont été dépensés pour des infirmières et infirmiers volants provenant d'agences de placement privées ⁵⁷ .

Bien que les contrats conclus entre les provinces et des agences de placement privées soient gardés secrets, il est probable que ce soient les cadres et les gestionnaires de ces agences qui en tirent le plus grand profit. Le recours à ces agences entraîne des frais de deux à trois fois plus élevés que l'embauche de personnel permanent. Selon une étude réalisée en 2024 par Joan Almost, de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, les taux horaires facturés par certaines agences du Manitoba ont atteint 65 \$, et un taux record de 312,40 \$ l'heure a été enregistré à Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui correspond environ à six fois le salaire du personnel infirmier soignant dans la région⁵⁸.

Cependant, les profits réalisés ne sont pas nécessairement réinvestis dans les salaires des travailleuses et travailleurs, notamment des infirmières et infirmiers de première ligne. Les agences font ce qu'elles veulent de leurs profits. Souvent, elles préfèrent rémunérer davantage les cadres les plus haut placé(e)s. La capacité des agences à réaliser de gros profits a semé la controverse dans certaines provinces, notamment en Ontario, où on a présenté de nouveau un projet de loi exigeant que ces agences déclarent leurs taux de facturation ou de rémunération⁵⁹. Le gouvernement de l'Ontario n'a toutefois pas l'obligation de déclarer publiquement ces données et ne s'est pas engagé à régler les frais des agences ni à cesser progressivement de recourir à celles-ci.

La différence de salaire entre les infirmières et infirmiers employés par les agences de placement privées et les infirmières et infirmiers employés par les hôpitaux publics a aussi suscité la controverse. Les infirmières et infirmiers en agence peuvent toucher un salaire 50 % plus élevé que celui obtenu par leurs homologues du secteur public, pour le même travail, dans le même hôpital. Le personnel en agence a également le loisir de choisir ses quarts de travail, pouvant ainsi opter pour des heures de travail souples et plus de jours de congé⁶⁰. Contrairement aux infirmières et infirmiers du secteur public, cependant, ce personnel ne profite pas de la protection ni des avantages sociaux offerts par un syndicat, comme des régimes de retraite et des prestations d'invalidité de longue durée. Il n'en

55 Yarr, K. (13 mars 2024). « Travel nurse spending hits \$8.8M, nearly 7 times previous year », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-travel-nurse-spending-1.7142270>.

56 McPhee, J. (10 avril 2023). « Private nursing bill skyrockets in Nova Scotia amid staffing crisis », *PNI Atlantic News*. <https://www.saltwire.com/atlantic-canada/private-nursing-bill-skyrockets-in-nova-scotia-amid-staffing-crisis-100842124>.

57 Postey, D. (18 avril 2024). « Sask. ER nurses say province relies too much on travel nurses to address healthcare issues », *CTV News*. <https://www.ctvnews.ca/regina/article/sask-er-nurses-say-province-relies-too-much-on-travel-nurses-to-address-healthcare-issues/>.

58 Almost, J. (2024).

59 Il est question ici du projet de loi 11 (la *Loi de 2025 pour plus de soins commodes*), qui a été présenté de nouveau le 5 mai 2025 et adopté en juin 2025.

60 Longhurst, A. (2025); Almost, J. (2024).

demeure pas moins que ces salaires plus élevés incitent beaucoup d’infirmières et infirmiers à aller travailler pour les agences. Les infirmières et infirmiers autorisés interrogés dans le cadre de l’étude réalisée par le La Fédération canadienne des syndicats d’infirmières et infirmiers (FCSII)⁶¹. La même étude a révélé que les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés ont déclaré un salaire horaire moyen d’environ 48 \$, tandis que le salaire horaire moyen déclaré par un petit nombre d’infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés était de 39 \$.

Les inégalités salariales fâchent les membres du SCFP qui travaillent aux côtés d’infirmières et infirmiers employés par des agences de placement privées. Comme l’a expliqué Rahel Woldeselassie, responsable de la coordination des patient(e)s à l’urgence de l’hôpital St. Michael’s et ancienne présidente du SCFP 5441 : « L’hôpital a formé les travailleuses et travailleurs fournis par l’agence, qui portent les mêmes insignes que nous, ont accès à notre système et travaillent à nos côtés...On privatise nos soins de santé. C’est dommage parce que ces personnes auraient pu être nos collègues, mais ont choisi de travailler pour des agences, qui offrent des salaires horaires beaucoup plus élevés comparativement aux hôpitaux⁶². »

Le salaire des infirmières et infirmiers et celui d’autres travailleuses et travailleurs dans le système public ont à peine augmenté après la crise de la main-d’œuvre causée par la pandémie de COVID-19. En Ontario, le gouvernement a alors imposé des plafonds salariaux. Par exemple, la *Loi de 2019 visant à préserver la viabilité du secteur public pour les générations futures* (projet de loi 124) a limité les hausses salariales à 1 % par année pendant trois ans⁶³. De l’exercice 2013-2014 à l’exercice 2022-2023, les dépenses entourant le personnel des hôpitaux publics ont augmenté de 6 %, alors que les dépenses pour les services d’agences de placement privées ont grimpé de 98 %⁶⁴. Pendant la même période, les hôpitaux de l’Ontario ont subi sept années de compressions réelles des dépenses par habitant(e), les gouvernements successifs ayant refusé d’investir pour résoudre la crise dans les hôpitaux publics. Andrew Longhurst, du Parkland Institute, a tiré la conclusion suivante dans son rapport de 2025 sur le recours à des agences de placement privées en Ontario : « Plus on utilise le financement public pour recourir à des agences de placement privées, plus il devient difficile d’investir à long terme dans l’effectif public, qui est plus rentable⁶⁵. » Pour lui, comme pour d’autres personnes qui critiquent les agences, les sommes exorbitantes versées aux agences privées constituent un véritable gaspillage de l’argent des contribuables – investir ces fonds dans les hôpitaux publics représente la solution la moins coûteuse, la plus sûre et la plus efficace.

61 L’étude a été menée auprès d’un éventail d’infirmières et infirmiers autorisés exerçant dans divers milieux, dont des hôpitaux et des centres de soins de longue durée. Almost souligne que les infirmières et infirmiers autorisés travaillant dans des hôpitaux obtiennent les salaires les plus élevés, en moyenne, alors que leurs homologues qui travaillent dans des centres de soins de longue durée obtiennent les salaires les moins élevés, en moyenne.

62 Wallace, K. (25 janvier 2025). « Toronto hospitals have been outsourcing more and more nursing jobs to agencies. A new ruling against Unity Health could change that », *Toronto Star*, paragr. 19. https://www.thestar.com/business/toronto-hospitals-have-been-outsourcing-more-and-more-nursing-jobs-to-agencies-a-new-ruling/article_31444eb0-da83-11ef-8294-5be6b4ede7e0.html#:~:text=The%20hospital%20trained%20these%20agency%20workers

63 La Cour supérieure de justice de l’Ontario a déclaré, en novembre 2022, que la loi 124 (la Loi de 2019 visant à préserver la viabilité du secteur public pour les générations futures) était inconstitutionnelle.

64 Longhurst, A. (2025). « Operation profit: Private surgical contracts deliver higher costs and longer waits », *Parkland Institute*.

65 *Ibid.*, p. 19.

Les infirmières et infirmiers du secteur public (y compris celles et ceux membres du SFCP) qui travaillent aux côtés du personnel des agences ressentent de la frustration en voyant tant de gouvernements provinciaux investir dans ces agences au lieu de soutenir leurs propres travailleuses et travailleurs en améliorant leurs salaires, leurs avantages sociaux et leurs conditions de travail, et en mettant en place de meilleures stratégies de recrutement et de rétention, particulièrement pour les recrues. Natalie Stake-Doucet, une infirmière autorisée qui a quitté la profession et enseigne actuellement à l'Université McGill, le résume ainsi : « Les agences privées profitent du fait que notre système de santé épuise ses infirmières et infirmiers⁶⁶. »

Des membres du SFCP ont recommandé aux gouvernements fédéral et provinciaux de remédier au fort taux de roulement causé par les conditions de travail difficiles, les salaires bas, l'obligation de faire des heures supplémentaires et les ratios élevés de patient(e)s par infirmière/infirmier. Des membres ont également suggéré aux gouvernements d'investir dans les infirmières et infirmiers du secteur public parce que, souvent, ces personnes ont plus d'expérience et de connaissances que les infirmières et infirmiers qui choisissent de se tourner tôt dans leur carrière vers des agences privées. Par ailleurs, puisque les infirmières et infirmiers en agence ne sont pas syndiqués, leur santé et leur sécurité sont moins bien protégées, ce qui nuit aux soins offerts aux patient(e)s. Plusieurs infirmières et infirmiers chevronnés et spécialistes de la santé publique ont souligné que les coûts associés aux agences de placement privées (et les difficultés inhérentes aux agences) continueront d'augmenter tant et aussi longtemps que les gouvernements ne régleront pas les problèmes systémiques qui poussent les travailleuses et travailleurs de la santé à quitter leur emploi au sein du réseau public.

Face aux vives critiques soulevées à l'égard des dépenses provinciales consacrées aux agences de placement privées, certains gouvernements ont décidé d'agir. Les gouvernements du Manitoba, du Québec et du Nouveau-Brunswick ont résilié des contrats avec des agences de placement privées, et même imposé leur fermeture dans certains cas⁶⁷. En janvier 2025, le réseau Vitalité du Nouveau-Brunswick a annulé les quarts de travail d'infirmières et infirmiers volants employés par Canadian Health Labs, une entreprise privée, et le gouvernement a par la suite déposé un projet de loi pour résilier le contrat. Au Québec, le gouvernement de la CAQ a fait fermer des agences de placement privées dans cinq régions pour avril 2025. Précédemment, en avril 2023, il avait adopté le projet de loi n° 10 qui visait à mettre fin, d'ici 2026, au recours aux agences de placement privées dans le système de santé public⁶⁸. Ces décisions sont un pas dans la bonne direction, mais on a reproché au gouvernement du Québec de ne pas recruter de personnel dans le système de santé public ni investir dans celui-ci en retour. C'est qu'en fait, le gouvernement de François Legault a également adopté une loi pour réformer le système de soins de santé et créer Santé Québec

66 Lindsay, B. (12 mai 2023). « Nursing agencies are staffing hospitals at 'huge cost' to health-care system, experts say », *CBC News*, paragr. 23. <https://www.cbc.ca/news/health/cost-nursing-agencies-1.6839273#:~:text=The%20private%20agencies%20are%20taking%20advantage>

67 Ces décisions ont été prises en mai 2025.

68 Aussi connu sous le nom de « Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux ».

afin de réduire les dépenses en santé de 1,5 milliard de dollars⁶⁹. Des membres du SCFP-Québec soutiennent que cette réforme privera le personnel du système de santé public d'un financement indispensable.

Des membres du SCFP ont également réussi à faire obstacle aux agences de placement privées : pensons notamment à la victoire du SCFP 5441 contre Unity Health Toronto lors d'un arbitrage en janvier 2025. La section locale a soutenu que l'employeur avait transgressé un article stipulant que les travailleuses et travailleurs n'appartenant pas à l'unité de négociation ne peuvent pas exercer des fonctions normalement assumées par les employé(e)s, sauf dans des cas limités. L'employeur a répliqué que l'hôpital n'était pas le « vrai » employeur du personnel en agence et qu'il n'était donc pas responsable des actions de l'agence. Finalement, l'arbitre n'était pas du même avis, concluant que Unity Health Toronto exerçait un « contrôle total » sur le personnel de l'agence privée, « d'une manière s'apparentant beaucoup plus à une relation de direction et de supervision qu'à une relation de sous-traitance »⁷⁰. Il reste à voir si l'hôpital cessera complètement de faire appel à des infirmières et infirmiers et à des préposé(e)s aux services de soutien à la personne provenant d'agences, mais la décision arbitrale a établi un précédent déterminant pour tous les hôpitaux publics.

Les gouvernements provinciaux, les autorités sanitaires et les hôpitaux se doivent de répondre aux critiques sévères formulées par les syndicats et les spécialistes de la santé publique à l'égard du recours aux agences de placement privées. Certaines provinces, notamment le Manitoba, font voir qu'il est possible de réduire les coûts associés aux agences de placement privées en limitant le recours à celles-ci et en recrutant plutôt des aides-soignant(e)s, du personnel de bureau, des infirmières et infirmiers, des sages-femmes et des médecins dans le système public. À titre d'exemple, en janvier 2025, le gouvernement a demandé à Santé Prairie Mountain de réduire de 15 % les coûts associés aux agences privées de soins infirmiers d'ici mars 2026⁷¹. Contrairement à d'autres provinces, le Manitoba a affirmé que la diminution du recours aux agences faisait partie d'un effort visant à recentrer le financement sur l'effectif public à l'échelle du système⁷². Comme l'a déclaré audacieusement Uzoma Asagwara, ministre de la Santé, des Aînés et des Soins de longue durée : « C'est le temps de changer les choses. C'est le temps de mettre fin aux dépassements de coûts dus au recours à des agences privées et de réinvestir dans le réseau public. Notre gouvernement est déterminé à travailler avec les régions sanitaires pour réintégrer le personnel infirmier dans notre réseau public⁷³. » La décision du Manitoba donne espoir que les gouvernements provinciaux cesseront d'engager des sommes astronomiques auprès d'agences de placement privées et de retirer des ressources du système public pour plutôt investir dans l'effectif public, comme ils devraient le faire depuis longtemps déjà.

69 Blanchette, L., Pigeon, C. (6 mars 2025). « Unpacking Quebec's major healthcare reform », *Centre canadien de politiques alternatives*. <https://www.policyalternatives.ca/news-research/unpacking-quebecs-major-healthcare-reform/>

70 Wallace, K. (2025). Paragr. 12.

71 Gouvernement du Manitoba (29 janvier 2025). « Communiqué – Manitoba : Le gouvernement manitobain émet une directive pour réduire les dépenses associées au recours à du personnel infirmier d'agences privées ». Paragr. 2. https://news.gov.mb.ca/news/index_fr.html?item=67337#:~:text=C%E2%80%99est%20le%20temps%20de%20changer.

72 Le SCFP 204 demande depuis longtemps au gouvernement du Manitoba d'investir dans le personnel du système de santé public afin de résorber les pénuries, qui nuisent à la fois aux soins offerts aux patient(e)s ainsi qu'au bien-être et à la sécurité des membres.

73 *Ibid.*, notre soulignement.

Les fonds publics envoyés aux établissements de santé privés

Les interventions chirurgicales réalisées au privé coûtent plus cher aux patient(e)s, mais aussi aux gouvernements. Elles coûtent de deux à trois fois plus cher aux gouvernements que les mêmes interventions réalisées dans des établissements publics, et il n'a pas été prouvé que le recours à des services privés réduisait les temps d'attente⁷⁴.

En mai 2023, le gouvernement de l'Ontario a reçu de vives critiques pour avoir adopté le projet de loi 60, qui permet désormais aux cliniques et aux hôpitaux privés à but lucratif de poser des diagnostics et de réaliser des interventions chirurgicales⁷⁵. Le financement octroyé aux hôpitaux privés a été justifié comme un moyen rapide et économique de résorber le retard pris dans les interventions chirurgicales à cause de la pandémie de COVID-19⁷⁶. Cependant, les contrats conclus avec un de ces hôpitaux privés, le Don Mills Surgical Unit Ltd., ont révélé que les interventions coûtaient au gouvernement plus du double de ce qu'il aurait déboursé si elles avaient été réalisées dans un hôpital public⁷⁷. Le Don Mills facturait 1 264 \$ pour des procédures de traitement de la cataracte, alors que les hôpitaux publics auraient demandé 508 \$ pour le même service. De façon similaire, la clinique facturait 4 037 \$ pour une opération au genou, alors que les hôpitaux publics auraient demandé entre 1 273 \$ et 1 692 \$.

Ces sommes scandaleuses s'ajoutent aux profits déjà élevés dont jouit ce secteur en Ontario. En 2021-2022, les services chirurgicaux et d'imagerie médicale à but lucratif étaient évalués à 500 millions de dollars (prélevés sur le budget de 76 milliards de l'Ontario pour la santé)⁷⁸. La même année, le gouvernement de Doug Ford a sous-déclaré de 720 % les paiements effectués à des établissements de santé à but lucratif⁷⁹. Le gouvernement de l'Ontario fait en outre preuve d'opacité quant aux liens étroits qu'il a tissés avec des cliniques à but lucratif et à sa volonté d'accroître leurs activités, démarche qu'il a amorcée avant l'adoption du projet de loi 60 en 2023. De toutes les interventions chirurgicales réalisées par des cliniques à but lucratif en 2021-2022, les chirurgies de la cataracte ont été les plus profitables. Elles constituaient l'intervention chirurgicale ayant le plus gros volume de demandes et ont recueilli les sommes, en dollars, les plus importantes de la part du gouvernement ontarien.

L'Alberta s'est elle aussi tournée vers les cliniques privées à but lucratif pour des services chirurgicaux et a augmenté le financement du secteur privé. Contrairement à l'Ontario, qui a augmenté en partie le financement accordé aux hôpitaux publics en même temps qu'il augmentait celui accordé aux hôpitaux privés, l'Alberta réduit le financement public depuis quelques années. Le nombre d'interventions chirurgicales réalisées au privé connaît une

74 Crawley, M. (15 novembre 2023). « Doug Ford government paying for-profit clinic more than hospitals for OHIP-covered surgeries, documents show », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-doug-ford-private-clinic-surgeries-fees-hospitals-1.7026926>.

75 Les interventions comprennent les chirurgies de la cataracte, les examens par IRM, les tomodensitogrammes, les chirurgies gynécologiques, de même que les arthroplasties du genou et de la hanche.

76 Crawley, M. (2023).

77 *Ibid.*

78 Longhurst, A. (2023). « At what cost? Ontario hospital privatization and the threat to public health care », *Centre canadien de politiques alternatives*. Ces cliniques à but lucratif sont connues sous le nom d'« établissements de santé autonomes » en Ontario.

79 *Ibid.*

hausse marquée depuis l'exercice 2019-2020⁸⁰. Ce changement a été déclenché par l'ancien premier ministre de l'Alberta, Jason Kenney, dans le cadre de l'Alberta Surgical Initiative (ASI), une initiative de son gouvernement visant à doubler (de 15 % à 30 %) le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans les cliniques à but lucratif d'ici 2023⁸¹. Les données gouvernementales montrent que le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans les cliniques privées à but lucratif a augmenté de 55 % entre les exercices 2019-2020 et 2023-2024⁸², alors qu'il a diminué de 1 % dans les hôpitaux publics. Le gouvernement n'a pas maintenu la capacité chirurgicale du réseau public et a plutôt eu recours à des cliniques à but lucratif pour offrir un « soulagement » et réduire les temps d'attente. Effectivement, l'initiative a fait en sorte qu'un plus grand nombre de contrats ont été conclus avec le secteur privé, laissant pour compte le secteur public⁸³. Le dernier budget de 2025 de l'Alberta a même prévu d'accorder 265 millions de dollars supplémentaires à l'ASI⁸⁴.

Le rapport montre combien les paiements que le gouvernement verse aux cliniques à but lucratif ont augmenté en peu de temps. Par conséquent, ces cliniques accroissent progressivement les profits qu'elles tirent des interventions chirurgicales réalisées au privé. Entre les exercices 2022-2023 et 2023-2024, le coût moyen des interventions réalisées par les cliniques à but lucratif a augmenté de 52 %. Andrew Longhurst a conclu que cette augmentation découlait probablement de la hausse de la valeur des contrats négociés, et non pas de l'inflation ou du fait que les cliniques réalisaient des interventions plus complexes justifiant des paiements plus élevés⁸⁵. Entre les exercices 2018-2019 et 2023-2024, le financement accordé par le gouvernement aux établissements à but lucratif a augmenté de 225 %. Selon Andrew Longhurst, l'ASI s'avère coûteuse pour le gouvernement de l'Alberta tout comme pour les patient(e)s. En cinq ans, le gouvernement a versé 154 millions de dollars aux établissements à but lucratif, ce qui, en plus de sacrifier la capacité chirurgicale des hôpitaux publics, n'a permis de réaliser que 16 493 interventions supplémentaires. Le projet de loi 55, adopté par le gouvernement albertain en mai 2025, continue de renforcer le pouvoir des cliniques et des hôpitaux à but lucratif en permettant à des entités privées d'exploiter et de financer des hôpitaux⁸⁶.

Les décisions des gouvernements de l'Alberta et de l'Ontario ont de quoi inquiéter. Un grand nombre de travailleuses et travailleurs de la santé craignent que le recours accru à ces établissements pour des interventions chirurgicales détourne des ressources des hôpitaux publics et augmente les revenus des propriétaires de cliniques, sans pour autant réduire les listes d'attente. Andrew Longhurst observe que l'ASI n'a pas réduit les temps d'attente – au contraire, ceux-ci sont désormais plus longs pour la plupart des interventions chirurgicales

80 Longhurst, A. (2025).

81 French, J. (25 février 2025). « Chartered surgical facilities are back in the headlines. What are they? » *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/chartered-surgical-facilities-are-back-in-the-headlines-what-are-they-1.7455761>.

82 Longhurst, A. (2025); ces cliniques à but lucratif sont connues sous le nom de « établissements chirurgicaux à charte » en Alberta.

83 Dans son rapport, Andrew Longhurst souligne qu'entre 2013 et 2022, les dépenses hospitalières réelles par habitant(e) ont diminué en Alberta. Le même phénomène s'est produit au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard. Ces données se trouvent à la page 9 du rapport (figure 1).

84 Gouvernement de l'Alberta (2025). « Budget highlights ». <https://www.alberta.ca/budget-highlights>.

85 *Ibid.*

86 Aussi connu sous le nom de « Loi modifiant les lois en matière de santé »; *SCFP-Alberta* (8 mai 2025). « Le PCU ouvre la porte aux hôpitaux privés motivés par le profit ». <https://scfp.ca/le-pcu-ouvre-la-porte-aux-hopitaux-privés-motivés-par-le-profit>.

prioritaires touchées par l'initiative. En effet, les temps d'attente médians se sont allongés pour neuf des onze interventions prioritaires suivies par l'Institut canadien d'information sur la santé. De plus, en Ontario, où le financement provincial accordé aux cliniques et aux hôpitaux à but lucratif augmente depuis des années, le nombre d'interventions chirurgicales dans le secteur public demeurait inférieur, en 2021-2022, aux niveaux d'avant la pandémie de COVID-19 (en baisse de 13 % par rapport à 2017-2018)⁸⁷. Ces chiffres portent à croire que le sous-financement provincial et les pénuries de personnel dans le système public sont les principaux obstacles à la réduction des temps d'attente.

Recourir à des cliniques et à des hôpitaux privés à but lucratif pour la réalisation d'interventions chirurgicales s'est avéré un échec dans d'autres pays, notamment au Royaume-Uni. Une étude publiée en avril 2025 dirigée par Graham Kirkwood et Allyson Pollock, de l'Université de Newcastle, confirme que le recours accru à des prestataires privés par le National Health Service (NHS) mène à une augmentation des temps d'attente pour les interventions chirurgicales⁸⁸. La chercheuse et le chercheur ont examiné les hospitalisations et les temps d'attente pour les arthroplasties du genou et de la hanche financées par le NHS réalisées par des prestataires publics et privés entre 1997 et 2019. Non seulement l'expansion du secteur à but lucratif a entraîné des temps d'attente plus longs pour les patient(e)s les plus pauvres, mais les hôpitaux privés ont également privilégié les mieux nantis. Par exemple, les hôpitaux privés se sont surtout implantés dans les quartiers aisés, puis ont choisi de traiter en priorité des patient(e)s en meilleure santé.

Ce système à deux vitesses a eu de terribles conséquences pour les populations les plus pauvres et les plus malades : les 20 % les plus pauvres étaient beaucoup moins susceptibles de recevoir un traitement dans le secteur à but lucratif et faisaient face à des temps d'attente plus longs que les 20 % les plus riches. L'étude a conclu que la décision du gouvernement du Royaume-Uni de se tourner vers les hôpitaux privés a rallongé les temps d'attente pour l'ensemble des patient(e)s (les plus riches passant en premier) et a drainé les ressources publiques, étant donné que la capacité chirurgicale du NHS en Angleterre a diminué brusquement après l'expansion des services à but lucratif. L'étude suggère de réinvestir dans les hôpitaux publics du Royaume-Uni pour réduire les temps d'attente et rétablir l'équité dans l'accès aux soins.

Des spécialistes en santé publique recommandent, pour réduire les temps d'attente au Canada, de simplement investir dans les hôpitaux publics au lieu d'accorder plus de fonds aux établissements à but lucratif. Le D^r Michael Warner, ancien directeur des soins intensifs à l'hôpital Michael Garron de Toronto, a affirmé que les temps d'attente pourraient être réduits rapidement si les heures d'ouverture des salles d'opération dans les hôpitaux publics étaient prolongées⁸⁹. Il a souligné que ces salles ne sont utilisées que pendant un nombre réduit d'heures en semaine. Il est donc tout à fait possible d'en prolonger l'utilisation : une

87 Longhurst, A. (2023).

88 Kirkwood, G., Pollock, A. M. (2025). « Outsourcing National Health Service surgery to the private sector: Waiting time inequality and the making of a two-tier system for hip and knee replacement in England », *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services* : 0(0). <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/27551938251336949>

89 Warner, M. [@drmwarnar]. (27 février 2023). « The best way to rapidly reduce the surgical backlog is to better utilize the public ORs we already have », [Gazouillis] *Twitter/X*. <https://x.com/drmwarner/status/1630275546729926658?s=20>

prolongation de deux heures par jour permettrait d'augmenter sensiblement le nombre d'interventions chirurgicales réalisées. Il considère que le gouvernement de l'Ontario n'a pas expliqué pourquoi il choisit délibérément de verser des frais d'établissement plus élevés aux cliniques à but lucratif alors qu'un investissement dans le réseau public constitue la solution la plus économique pour réduire les temps d'attente. D'autres spécialistes en santé publique ont recommandé certaines mesures, comme la centralisation des listes d'attente, la mise en place de modes de rémunération des médecins permettant les soins en équipe, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins primaires et communautaires⁹⁰.

L'expansion des soins de longue durée à but lucratif

Durant la pandémie de COVID-19, les soins de longue durée ont particulièrement retenu l'attention médiatique en raison des conséquences dévastatrices du virus sur les foyers de soins de longue durée, surtout au privé. Le désengagement des gouvernements envers le système de santé public avait en fait déjà commencé avant la pandémie. Ce virage délibéré vers la privatisation des soins de santé a mené à la prolifération de sociétés à but lucratif dans le domaine. Même après le pire de la pandémie, la croissance des soins de longue durée à but lucratif s'est poursuivie avec l'aval des gouvernements fédéral et provinciaux, et ce malgré leur négligence envers les résident(e)s des foyers, les familles et les membres du personnel qui les soignent au quotidien. Depuis 2023, ce sont 5,8 milliards de dollars tirés à même les fonds publics qui ont été détournés vers les résidences privées pour personnes âgées à but lucratif, dont 3,6 milliards en Ontario seulement.

Le SCFP a publié un rapport dénonçant l'adoption de plus en plus marquée dans le marché des soins de longue durée d'un modèle néolibéral fondé sur la privatisation.⁹¹ Les résidences à but lucratif réduisent leurs dépenses en sous-traitant leurs services et en profitant de travailleuses et travailleurs mal rémunérés, bien souvent des femmes racisées nouvellement arrivées au pays. Ces mauvaises conditions de travail ont des répercussions importantes sur la qualité des soins. Ces sociétés à but lucratif cherchent avant tout à générer des profits pour leurs actionnaires, sans veiller au bien-être des résident(e)s et employé(e)s. Les plus récentes données de l'Institut canadien d'information sur la santé révèlent que la majorité des foyers de soins de longue durée au Canada appartiennent au secteur privé, soit 54 % contre 46 % au public⁹².

De plus, les principaux joueurs dans le secteur privé des soins de longue durée à but lucratif – Extendicare, Revera, Sienna et Chartwell – ont amassé d'énormes profits. Extendicare,

90 Longhurst, A. (2023b). « Failing to deliver: The Alberta Surgical Initiative and declining surgical capacity ». *Parkland Institute*; Lambert, T. (17 décembre 2024). « Alberta health authority rejected \$240k proposal to resolve orthopedic surgery disruption, documents show », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-orthopedic-surgery-doctor-dispute-1.7411614>.

91 Syndicat canadien de la fonction publique (2023). « La couleur de la privatisation : un rapport du SCFP sur les répercussions des services privatisés et à but lucratif sur les travailleuses et travailleurs autochtones, noirs et racisés, et leurs communautés ». https://cupe.ca/sites/default/files/colour_of_privatization_report_fr.pdf.

92 Institut canadien d'information sur la santé (2021). « Les foyers de soins de longue durée au Canada : combien y en a-t-il et qui en sont les propriétaires? » <https://www.cihi.ca/fr/les-foyers-de-soins-de-longue-duree-au-canada-combien-y-en-a-t-il-et-qui-en-sont-les-proprietaires>. Remarque : La même source nous apprend que cette proportion public-privé varie en fait grandement d'une province et d'un territoire à l'autre. Par exemple, 88 % des centres de soins de longue durée sont publics au Québec, alors que cette proportion est de seulement 16 % en Ontario.

le plus important fournisseur privé de soins de longue durée au pays, est propriétaire et gestionnaire de 122 foyers, qui ont engendré des revenus de 1,46 milliard de dollars au cours de l'année fiscale 2024⁹³. Leurs états financiers affichent une augmentation de leur chiffre d'affaires et des dividendes versés à leurs actionnaires d'année en année. En 2024, la société a conclu une entente avec Revera afin d'acquérir neuf de ses foyers de soins de longue durée, un autre indice de sa croissance constante et rapide⁹⁴.

Le deuxième plus important fournisseur de soins de longue durée au pays, Revera, appartient à l'Office d'investissement des régimes de pensions du secteur public, une société d'État et l'un des plus grands fonds de pension du secteur public au Canada, dont les actifs s'élèvent à 170 milliards de dollars⁹⁵. Revera jouit d'un financement public considérable, de subventions à la construction et d'ententes de partenariat public-privé conclues avec certaines provinces, comme le détaille le rapport du SCFP publié en 2023⁹⁶.

La pandémie de COVID-19 a mis au jour les graves conséquences de la privatisation des soins de longue durée. Le contraste entre les conditions des centres gérés par le secteur public et celles des foyers gérés par le privé était saisissant. Sur presque tous les plans, les établissements publics présentaient un meilleur portrait que ceux du secteur privé : taux de mortalité, d'infection et d'hospitalisation inférieurs, niveaux de dotation plus élevés, meilleures mesures de protection des résident(e)s et du personnel, et nombre de plaintes vérifiées inférieur⁹⁷. L'écart entre les établissements publics et privés au pays pour les taux de mortalité attribuée à la COVID-19 est alarmant : près de 80 % des décès sont survenus dans les foyers privés de soins de longue durée à but lucratif⁹⁸. En Ontario, on comptait quatre fois plus d'infections à la COVID-19 et de morts associées dans ces foyers que dans les centres de soins de longue durée du secteur public exploités par des municipalités, et deux fois plus que dans les foyers sans but lucratif⁹⁹. Globalement, une personne résidant dans un foyer privé de soins de longue durée était 60 % plus susceptible d'être infectée par la COVID-19, et 45 % plus susceptible d'en mourir, que dans une résidence sans but lucratif¹⁰⁰.

93 Extencicare Inc. (27 février 2025). « Extencicare announces 2024 fourth quarter and full year results and dividend increase ». <https://www.globenewswire.com/news-release/2025/02/27/3034389/0/en/Extencicare-Announces-2024-Fourth-Quarter-and-Full-Year-Results-and-Dividend-Increase.html>.

94 *Ibid.*

95 Anderson, J. (11 octobre 2021). « Reforming long-term care starts with Revera », *Toronto Star*. <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2021/10/11/reforming-long-term-care-starts-with-revera.html>.

96 Syndicat canadien de la fonction publique (2023). « La couleur de la privatisation : un rapport du SCFP sur les répercussions des services privatisés et à but lucratif sur les travailleuses et travailleurs autochtones, noirs et racisés, et leurs communautés ». https://cupe.ca/sites/default/files/colour_of_privatization_report_fr.pdf.

97 Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée (30 avril 2021). « Rapport final ». <https://files.ontario.ca/mltc-ltcc-final-report-fr-2021-05-25.pdf>.

98 Institut canadien d'information sur la santé (juin 2020). « Analyse éclair – La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : Où se situe le Canada par rapport aux autres pays? » *ICIS*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>; McGregor, M., Harrington, C. (17 août 2020). « COVID-19 and long-term care facilities: Does ownership matter? » *CMAJ*, 192 (33): E961-E962. <https://www.cmaj.ca/content/192/33/E961>; *ICIS* (2020).

99 Oved, M. C., Kennedy, B., Wallace, K., Tubb, E., Bailey, A. (8 mai 2020). « For-profit nursing homes have four times as many COVID-19 deaths as city-run homes, Star analysis finds », *Toronto Star*. https://www.durhamregion.com/news/for-profit-nursing-homes-have-four-times-as-many-covid-19-deaths-as-city-run/article_3b8dc7a1-cfb9-5d7b-93a5-16901349fb18.html.

100 *Ibid.*

Au pire de la crise, certain(e)s résident(e)s ont même subi de la violence et de l'intimidation, ont reçu une médication inappropriée et ont parfois été laissé(e) dans un lit souillé pendant des heures, voire des jours¹⁰¹. Les conditions dans les foyers privés de soins de longue durée en Saskatchewan étaient à ce point déplorables que la régie de la santé de la province en a repris la direction en 2022 à la suite de la publication d'un rapport révélant l'échec d'Extendicare à contenir une éclosion mortelle de la maladie¹⁰². Les fautes du secteur privé des soins de longue durée ne se limitent pas au nombre de morts et d'infections causées par la COVID-19; dans les cas les plus horribles, des résident(e)s sont mort(e)s de faim et de déshydratation en raison du manque de personnel¹⁰³. De plus, la plupart des membres du personnel ont été atteints par la COVID-19 en raison du manque de protection adéquate contre la maladie, ce qui a accentué davantage la pénurie de personnel. Au Canada, plus de 9 650 travailleuses et travailleurs des soins de longue durée ont contracté la COVID-19, ce qui représente plus de 10 % de tous les cas au pays¹⁰⁴. Le 25 mai 2020, on rapportait la mort de neuf de ces travailleuses et travailleurs en raison de la COVID-19; les vagues subséquentes ont probablement ajouté d'autres décès à ce nombre¹⁰⁵.

La pénurie de personnel touche l'ensemble des établissements de soins de longue durée; cependant, les niveaux de dotation des foyers privés sont plus bas que ceux du public, diminuant ainsi la qualité des soins offerts. Selon une étude menée en 2016 sur les soins de longue durée dans plusieurs pays, « de nombreuses études démontrent que le financement public des soins dispensés dans des établissements à but lucratif mène à des soins de qualité inférieure à ceux dispensés dans des établissements publics ou sans but lucratif¹⁰⁶ ». Cette conclusion est largement attribuable aux faibles ratios personnel-patient(e)s; en effet, une hausse des effectifs augmente le temps consacré à divers soins, dont ceux liés à l'alimentation, aux problèmes d'incontinence, à l'activité physique et à la socialisation¹⁰⁷.

Pat Armstrong, une experte de longue date des systèmes de soins de longue durée au Canada, a maintes fois décrié ces tendances du secteur privé. Elle explique que les entreprises à but lucratif, ayant tout intérêt à réduire leur coût de main-d'œuvre, embauchent le moins de personnes possible pour soigner les résident(e)s¹⁰⁸. Une bonne partie de leur personnel est composé d'employé(e)s occasionnel(le)s ou à temps partiel. En réalité, les entreprises de soins de longue durée à but lucratif remettent la majorité de leurs revenus

101 Mialkowski, C. J. J. (30 mai 2020). « OP Laser-JTFC observations long term care facilities in Ontario ». <https://s3.documentcloud.org/documents/6928480/OP-LASER-JTFC-Observations-in-LTCF-in-On.pdf>.

102 Saskatchewan Health Authority (12 octobre 2022). « SHA formally assumes responsibility of five Sask.-based Extendicare long-term care homes ». <https://www.saskhealthauthority.ca/news-events/news/sha-formally-assumes-responsibility-five-sask-based-extendicare-long-term-care-homes>.

103 *Ibid.*

104 ICIS (2020).

105 *Ibid.* Notons que l'ICIS a publié le nombre de travailleuses et travailleurs de la santé morts de la COVID-19 après y avoir été exposés en date du 14 janvier 2022, mais sans spécifier combien travaillaient dans le secteur des soins de longue durée.

106 Ronald, L. A. et al. (19 avril 2016). « Observational evidence of for-profit delivery and inferior nursing home care: When is there enough evidence for policy change? » *PLoS Med*, 13(4):e1001995. Paragr. 1. Les auteur(e)s de cet article ont calculé que si tous les établissements de soins de longue durée du Canada étaient publics ou sans but lucratif, les résident(e)s profiteraient de 42 000 heures de soins de plus par année.

107 *Ibid.*

108 Armstrong, P. et al. (avril 2020). « Re-imagining long-term residential care in the COVID-19 crisis », *Centre canadien de politiques alternatives*. <https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2020/04/Reimagining%20residential%20care%20COVID%20crisis.pdf>.

à leurs actionnaires et investisseurs, sans garder assez pour payer adéquatement leurs employé(e)s. Par conséquent, elles emploient un nombre insuffisant de personnes qui, en outre, ont moins d'expérience et sont moins formées que leurs homologues du système public. Comme si ça ne suffisait pas, ces entreprises s'opposent habituellement à la syndicalisation et refusent d'offrir un régime de retraite et des avantages sociaux à leurs employé(e)s. Comme pour les infirmières et infirmiers et les préposé(e)s aux services de soutien à la personne qui travaillent en milieu hospitalier, l'amélioration des conditions de travail et des protections possibles grâce aux syndicats réduit le roulement du personnel et améliore la qualité des soins.

Malgré les avantages incontestables des soins de longue durée publics et les atrocités observées dans le système privé à but lucratif durant la pandémie de COVID-19, les gouvernements provinciaux et fédéral refusent de limiter le recours au secteur privé à but lucratif. Pat Armstrong ajoute que la pandémie a accéléré la recherche de profits au sein du système de santé, plutôt que d'encourager le retour des fonds publics au système public pour répondre aux besoins de main-d'œuvre et combler ses autres lacunes¹⁰⁹. Cette recherche de profits s'applique aussi à la multiplication des foyers de soins de longue durée à but lucratif. Quelques mois après le début de la pandémie, alors que les foyers gérés par Extendicare, Sienna et Chartwell en Ontario affichaient un nombre démesuré de cas de COVID-19 et de morts attribuables à la maladie, on apprenait que ces sociétés avaient remis plus de 1,5 milliard de dollars en dividendes à leurs actionnaires au cours de la dernière décennie, dont des centaines de millions payés en rémunération aux cadres et en rachat d'actions¹¹⁰. Au pire de la crise et par la suite, ces sociétés ont simplement continué à accumuler les profits sans chercher à fondamentalement améliorer la qualité de leurs soins. Extendicare, par exemple, a atteint des revenus de 1,2 milliard de dollars au cours de son exercice de 2021 et acheté des foyers à ses concurrents¹¹¹.

Malgré l'indignation du public, les enquêtes provinciales et les poursuites judiciaires intentées par les familles des résident(e)s de foyers privés qui ont été infecté(e)s par le virus ou en sont mort(e)s, des gouvernements provinciaux continuent d'accorder des permis à ces entreprises. Par exemple, le gouvernement de l'Ontario délivre encore de nouveaux permis aux propriétaires qui avaient pourtant le pire bilan de mortalité durant la pandémie. En effet, à la Orchard Villa, une résidence de soins de longue durée gérée par Southbridge Care Homes à Pickering, en Ontario, 206 des 233 résident(e)s ont été atteint(e)s de la COVID-19, et plus de 70 en ont perdu la vie¹¹². Néanmoins, en juin 2023, le gouvernement de Doug Ford

109 Armstrong, P., Armstrong, H. (2023). <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10957960231194053>; Armstrong, P., Armstrong, H. (11 août 2023). « How privatization infects the Canadian health care system », *New Labor Forum*, 32(3), 42-49. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10957960231194053>. Paragr. 17.

110 Chown, M., Wallace, K., Kennedy, B. (16 mai 2020). « For-profit nursing homes have had far worse COVID-19 outcomes than public facilities — and three of the largest paid out \$1.5 billion to shareholders », *Toronto Star*. https://www.thestar.com/business/for-profit-nursing-homes-have-had-far-worse-covid-19-outcomes-than-public-facilities-and/article_ced9239d-7c43-5805-8e92-6add7ee33d87.html.

111 Roy, I. (13 mars 2023). « The private deals remaking long-term care », *The Local*. <https://thelocal.to/long-term-care-extendicare-revera-private-care>.

112 Calls, K. (14 février 2024). « Daughter of man who died at Pickering's Orchard Villa, Ontario Health Coalition take legal action against province ». *DurhamRegion.com*. https://www.durhamregion.com/news/daughter-of-man-who-died-at-pickerings-orchard-villa-ontario-health-coalition-take-legal-action/article_213492bd-9644-5011-b6ac-bdb119c6d098.html.

a décidé de renouveler le permis de Southbridge pour 30 ans, ce qui a soulevé la colère des familles ayant perdu un être cher, et entraîné une contestation judiciaire par la Coalition ontarienne de la santé¹¹³.

Les partenariats public-privé et la sous-traitance

Les gouvernements provinciaux se sont également appuyés sur les partenariats public-privé (PPP) et la sous-traitance, ce qui a permis à de grandes sociétés de réaliser d'importants profits tant dans les soins de longue durée que dans l'entièreté du secteur de la santé¹¹⁴. Les hôpitaux et les foyers de soins se sont peu à peu tournés vers la sous-traitance pour assurer une multitude de services : nettoyage, entretien, administration, blanchisserie, sécurité et alimentation. Ce sont cependant les gestionnaires d'hôpitaux et établissements privés qui défendent le plus énergiquement la sous-traitance afin de réduire les dépenses salariales et donc d'augmenter les profits. Ces mêmes acteurs sont d'ailleurs nombreux à conclure de nouveaux PPP avec les gouvernements provinciaux, ce qui permet au secteur privé d'exercer un contrôle considérable sur les actifs et services publics.

Le SCFP a déjà exposé les failles des PPP dans les infrastructures hospitalières. Par exemple, le coût du projet en PPP d'un hôpital de Brampton, en Ontario, a atteint plus de 2 milliards de dollars, pour un budget initial de 350 millions¹¹⁵. L'hôpital devait répondre aux besoins causés par la forte croissance démographique, mais sa capacité sera moindre que l'établissement qu'il a remplacé¹¹⁶. En dépit de ces projets désastreux, on continue à conclure des contrats de construction d'hôpitaux en PPP, comme le gigantesque projet d'agrandissement du QEII Halifax Infirmary, en Nouvelle-Écosse, une entente de 7,4 milliards signée en février 2025¹¹⁷. En Ontario, le gouvernement a accordé un contrat de 14 milliards de dollars pour l'Hôpital Peter Gilgan de Mississauga¹¹⁸. Depuis 2023, on a annoncé ou accordé plus de 31,1 milliards de dollars en PPP et en financement d'immobilisations au Canada.

Dans d'autres provinces, il a été impossible de démontrer le rapport qualité-prix de potentiels projets en PPP. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'on a annulé, en avril 2025, le volet en PPP du projet de redéveloppement du Red Deer Regional Hospital, en Alberta¹¹⁹.

Les soins de longue durée n'échappent pas non plus aux PPP. Les contrats signés entre Shannex et le Nouveau-Brunswick illustrent d'ailleurs une tendance inquiétante des gouvernements à délaïsser le financement et la prestation des soins de longue durée par

113 En mars 2025, la demande de révision judiciaire déposée par la coalition a été rejetée.

114 Dans un modèle en PPP, un gouvernement ou une autre instance publique conclut un contrat à long terme avec un consortium d'entreprises privées mandatées de concevoir, construire, financer, exploiter, entretenir et/ou posséder une installation publique.

115 Coalition ontarienne de la santé (24 janvier 2020). « Ontario Health Coalition Backgrounder Brampton Hospital Crisis Warnings and Broken Promises ». <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/Backgrounder-on-Brampton-hospital.pdf>.

116 *Ibid.*

117 Bousquet, T. (19 février 2025). « \$7.4 billion deal for new Halifax hospital signed », *Halifax Examiner*. <https://www.halifaxexaminer.ca/health/7-4-billion-deal-for-new-halifax-hospital-signed/>.

118 Gouvernement de l'Ontario (1^{er} mai 2025). « Ontario Breaks Ground on The Peter Gilgan Mississauga Hospital ». <https://news.ontario.ca/en/release/1006103/ontario-breaks-ground-on-peter-gilgan-mississauga-hospital>.

119 Hall, J. (1^{er} mai 2025). « Red Deer hospital project not paused, gov't says, despite doctor's social media claim », *Red Deer Advocate*. <https://rdnewsnow.com/2025/05/01/red-deer-hospital-project-continuing-despite-social-media-claim/>.

le public pour aller vers un modèle où les nouvelles résidences seraient majoritairement gérées par des grandes entreprises. La chercheuse et professeure d'économie à la retraite Joan McFarland, de Fredericton, a découvert qu'il devient presque impossible pour une communauté de conserver le contrôle de l'exploitation des foyers vétustes puisque le gouvernement semble désormais compter sur les PPP¹²⁰. Il n'aide pas les conseils d'administration des OSBL à maintenir ce contrôle, mais les abandonne plutôt à leur sort; ils doivent tout élaborer, construire et financer eux-mêmes.

Une grande société comme Shannex est bien plus susceptible de gagner un appel d'offres, et ce n'est pas un hasard si, depuis 2008, le gouvernement du Nouveau-Brunswick leur a accordé 14 projets pilotes pour des foyers de soins¹²¹. Joan McFarland croit que le gouvernement a opté pour un modèle en PPP pour éviter d'avoir à inscrire certaines dépenses dans les comptes publics. En transférant la facture aux entreprises, les dépenses en infrastructure du gouvernement paraissent plus raisonnables. Pourtant, les PPP sont loin d'être une aubaine pour l'État. En plus des frais d'emprunts plus élevés pour le secteur privé, les coûts en réparations et en rénovations se sont avérés exorbitants pour le Nouveau-Brunswick. Malheureusement, rien n'indique que le gouvernement de Susan Holt envisage de faire volte-face et d'abandonner son programme actuel de PPP dans le secteur des soins de longue durée.

En général, les provinces continuent de donner le feu vert aux projets en PPP pour des infrastructures de santé, si bien que les grandes entreprises possèdent et gèrent de plus en plus d'installations de soins de longue durée. À mesure que les intérêts privés s'immiscent dans le système de santé, les manœuvres de privatisation s'intensifient. L'emprise toujours plus grande des entreprises sur le secteur des soins de longue durée est une forme de privatisation sauvage que les gouvernements ont décidé de laisser proliférer, reléguant les épisodes de négligence extrême de la pandémie aux oubliettes.

Depuis des années, les membres du SCFP militent en faveur de normes nationales obligatoires pour les soins de longue durée : 4,1 heures minimum de soins directs aux résident(e)s, au moins 70 % d'emplois permanents à temps plein, et intégration complète au système de santé public. En 2023, le gouvernement fédéral a lancé des consultations pour l'élaboration d'une loi sur les soins de longue durée sécuritaires et de normes nationales; il avait promis de déposer une proposition avant la fin de 2024¹²². Malheureusement, cette promesse est restée lettre morte et les mesures prises n'ont pas suffi à transformer le secteur.

La sous-traitance des services d'analyses en laboratoire a fourni d'autres preuves que la privatisation est plus dispendieuse pour les contribuables comparativement aux mêmes services fournis par le système public. Partout au Canada, LifeLabs et Dynacare dominent

120 McFarland, J. (2025).

121 Joan McFarland rappelle que Shannex se voyait accorder de nouveaux contrats jusqu'à l'éclatement du scandale public sur le processus d'appel d'offres du gouvernement. À partir de 2022, d'autres soumissionnaires ont commencé à obtenir des contrats.

122 En août 2024, le gouvernement a publié un document de travail sur ces consultations. Il contenait certaines propositions de normes nationales, mais en l'absence de mécanismes d'application concrets, ça ressemblait plus à une liste de principes. Par exemple, on n'y trouvait aucune mention des ratios de personnel, comme le SCFP en avait fait la demande.

ce secteur. En 2022, le gouvernement de l'Alberta a accéléré l'externalisation des services de laboratoires communautaires vers un fournisseur privé, DynaLife, qui promettait des économies et une plus grande efficacité. Ce contrat n'a été que de courte durée : quelques mois plus tard, Dynalife déclarait son insolvabilité. Le gouvernement a alors décaissé près de 100 millions de dollars pour le rapatriement des services au sein du système public sous le nom d'Alberta Precision Laboratories¹²³.

Réintégrer dans le système de santé public ces services actuellement sous-traités à fort prix permettrait d'en garantir la gouvernance en faveur de l'intérêt public et non de l'enrichissement d'entreprises privées.

Les soins virtuels et l'intelligence artificielle

La montée de l'intelligence artificielle (IA) transforme rapidement le secteur de la santé, suscitant à la fois de nouvelles possibilités et des défis de taille pour nos membres. Bien que l'IA ait le potentiel d'améliorer la prestation de services publics et d'appuyer les travailleuses et travailleurs dans leurs fonctions, elle pose aussi des risques pour la sécurité d'emploi, les droits au travail et le respect de la vie privée des patient(e)s. Ces nouvelles technologies doivent être intégrées avec prudence afin de s'assurer qu'elles complètent, sans remplacer, le travail essentiel de nos membres. Le SCFP s'engage à faire en sorte que toute utilisation de l'IA dans le secteur de la santé soit transparente et juste, et améliore la qualité des soins et des conditions de travail, sans mener à la perte d'emplois, au renforcement de la surveillance ou à l'érosion des droits de ses membres.

Depuis la pandémie de COVID-19, le recours aux soins virtuels et à l'intelligence artificielle a augmenté de manière exponentielle et présente une tendance inquiétante vers la privatisation des soins de santé. Les services virtuels sont un autre exemple où les gouvernements délaissent la prestation de soins dans le système public pour se tourner vers les solutions proposées par les entreprises.

Depuis plusieurs années, le plus grand nom sur la scène canadienne des soins virtuels est Maple, une entreprise cofondée par l'urgentologue torontois Brett Belchetz en 2015. Maple met en communication les patient(e)s avec des médecins ou infirmières et infirmiers praticiens. Avant la pandémie, les soins virtuels n'étaient pas considérés comme des soins médicalement nécessaires, même si une certaine clientèle payait volontiers pour des services de soins primaires qui leur évitaient de sortir pour obtenir une prescription ou résoudre un cas bénin. Toutefois, les frais prélevés par Maple pour les consultations virtuelles suscitent des inquiétudes quant à un potentiel contournement de la *Loi canadienne sur la santé*¹²⁴.

De façon similaire, la plateforme d'IA AlayaCare, utilisée dans le secteur des soins communautaires et à domicile, a été mise en place en Ontario et au Manitoba pour la gestion des horaires et de la facturation, et pour créer des bases de données sur les soins

123 Dryden, J. (18 août 2023). « DynaLife to be transitioned back to Alberta Precision Labs, AHS says », *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/dynalife-alberta-health-services-alberta-precision-labs-1.6940595>.

124 Goodyear, S. (15 mars 2023). « Maple CEO defends company at centre of debate over private health care », *CBC*. <https://www.cbc.ca/radio/asithappens/maple-health-ceo-private-health-care-1.6777485>.

aux patient(e)s. La sous-traitance de services à des entreprises comme AlayaCare accroît la commercialisation de la santé au Canada¹²⁵. Les provinces et le pays investissent dans l'IA sous couvert de modernisation. Cependant, les acteurs du secteur privé ont recours à l'IA pour consolider leur position dans le système de santé : analyse des données de patient(e)s dans une visée lucrative, rationalisation de leurs processus et bonification de leurs offres de services. Or, cette optimisation intensive des dépenses et des profits se fera au détriment des conditions de travail et de la qualité des soins.

Les membres du SCFP doivent militer pour obtenir des mesures législatives qui les protègent et se servir de la négociation collective pour aborder les risques posés par l'IA. Il s'agit notamment de négocier des clauses qui imposent aux employeurs de mener des études d'impact, obligent la consultation du syndicat, assurent la protection des données et de la vie privée des membres et préviennent l'utilisation de l'IA de manière discriminatoire ou à des fins disciplinaires. Le SCFP continuera de défendre le droit à la vie privée de ses membres et de lutter pour un avenir où la technologie répond aux besoins des travailleuses et travailleurs et de la population, et non aux intérêts privés.

125

Annexe : Grands projets de privatisation de la santé des gouvernements provinciaux (2023-2025)

L'application de la *Loi canadienne sur la santé*

La protection et l'essor du système de santé public dépendent des efforts du gouvernement fédéral à appliquer la *Loi canadienne sur la santé* et à se prémunir contre les services privés à but lucratif. L'accès aux soins doit être fondé sur les besoins médicaux des gens et non sur leurs moyens financiers. La *Loi* prévoit que les soins de santé doivent être gérés par le système public et fournis sans surfacturation ou frais modérateurs (frais imposés aux usagères et usagers). Pourtant, partout au pays, les gouvernements provinciaux soutiennent l'ouverture de cliniques privées de chirurgie ou de médecine spécialisée à but lucratif, et on assiste donc à l'apparition d'un système de santé à deux vitesses.

Les principes protégés par la *Loi canadienne sur la santé* sont dangereusement fragilisés, non pas par des attaques directes, mais par des décennies de négligence, de sous-financement chronique et de laisser-aller de la part du fédéral. Lors de l'entrée en vigueur du régime d'assurance maladie, les gouvernements fédéral et provinciaux devaient assumer chacun 50 % des coûts. Mais au fil du temps, la contribution du fédéral s'est amenuisée et se situe maintenant entre 21 et 29 %, selon les derniers accords avec les provinces¹²⁶.

Même si, selon la *Loi*, les soins de santé privés ne sont pas illégaux en soi, elle énonce tout de même que l'ensemble des Canadien(ne)s doivent avoir accès gratuitement et dans un délai raisonnable aux soins de santé médicalement nécessaires, aux frais du système public. Le gouvernement fédéral peut garantir la conformité à ce principe en amputant, dollar pour dollar, les paiements de transfert versés aux provinces qui tolèrent les frais modérateurs pour des services essentiels.

Les données du plus récent rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* dépeignent bien la hausse problématique de la surfacturation et des frais modérateurs, de même que les mesures du fédéral pour imposer des pénalités.

¹²⁶ Syndicat canadien de la fonction publique (7 octobre 2024). « Assurer l'égalité des soins pour tout le monde », *SCFP*. <https://scfp.ca/assurer-legalite-des-soins-pour-tout-le-monde>.

Tableau : Surfacturation provinciale et pénalités fédérales

Exercice financier ^{127, 129}	Provinces ayant droit aux déductions	Total des déductions (CAD)	Motif principal justifiant les déductions
2023-2024	N.-É., N.-B., Qc, Man., Sask., Alb., C.-B.	79,4 M\$	Frais imposés aux patient(e)s pour des services diagnostiques et chirurgicaux.
2022-2023	C.-B., Alb., Sask., Man., Qc, N.-B., N.-É.	82,5 M\$	Frais imposés aux patient(e)s pour des services diagnostiques médicalement nécessaires. Remboursement de plus de 8,5 M\$ versés à la C.-B. pour l'élimination de frais imposés aux patient(e)s pour des services diagnostiques médicalement nécessaires.
2021-2022	C.-B., N.-B., Ont., T.-N.-L.	13,3 M\$	Surfacturation, frais modérateurs, services d'avortement.
2020-2021	C.-B., N.-B., Ont., T.-N.-L.	13,9 M\$	Surfacturation, frais modérateurs.
2019-2020	C.-B., N.-B., T.-N.-L.	17,0 M\$	Frais modérateurs, services d'avortement.

Le recul historique du financement fédéral en santé a ouvert la voie à une influence accrue des intérêts privés. Pour simplement maintenir nos services actuels, le gouvernement fédéral doit majorer sa contribution d'au moins 5,2 % par année, et la totalité devrait être utilisée pour soutenir le système de santé public¹³⁰. Les décennies de gel et de coupes dans les transferts fédéraux ont mené au sous-financement des systèmes de santé provinciaux et territoriaux, qui peinent maintenant à répondre aux besoins d'une population croissante et vieillissante. Résultats : pénuries de personnel, délais d'attente déraisonnables et déclin généralisé de la qualité des soins. Dans l'espoir de pallier ces difficultés, certains gouvernements provinciaux se tournent de plus en plus vers le privé en injectant des fonds publics dans des cliniques et services à but lucratif.

Seulement, la privatisation du système de santé érode les principes d'universalité et d'accessibilité des soins consacrés par la *Loi canadienne sur la santé*. En plus d'être trop coûteuses, les installations privées appauvrissent la qualité des soins et débauchent le

127 Santé Canada (13 juin 2025). « Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2023-2024 », gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/loi-canadienne-sante-rapport-annuel-2023-2024.html>.

128 Santé Canada (15 février 2024). « Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2022-2023 », gouvernement du Canada, 15 février 2024, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/loi-canadienne-sur-la-sante-rapport-annuel-2022-2023.html>.

129 Santé Canada (2023). « Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2021-2022 », gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/loi-canadienne-sur-la-sante-rapport-annuel-2021-2022.html>.

130 Syndicat canadien de la fonction publique (7 octobre 2024). « Assurer l'égalité des soins pour tout le monde », SCFP. <https://scfp.ca/assurer-legalite-des-soins-pour-tout-le-monde>.

personnel du système public déjà fragilisé. Le sous-financement et la privatisation forment un cercle vicieux qui menace la pérennité du système de santé public canadien et favorise l'apparition d'un système à deux vitesses où l'accès aux soins est déterminé par les moyens financiers plutôt que par les besoins médicaux.

Avec la campagne du SCFP *Des solutions publiques en santé*, les membres luttent contre l'éclosion de cliniques privées à but lucratif¹³¹. La privatisation crée un système où les riches achètent leur place en haut de la liste d'attente et abandonnent les autres à leur sort. Le gouvernement fédéral doit prendre ses responsabilités. Il lui incombe de financer adéquatement notre système public et d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé* afin de protéger la population canadienne contre la surfacturation et les frais modérateurs. Il lui revient également d'établir de nouvelles normes nationales pour garantir l'uniformité des services et de la qualité des soins offerts entre les provinces et territoires, en plus de s'assurer que les fonds publics restent dans le système public.

131 Syndicat canadien de la fonction publique (2025). « Des solutions publiques en santé », SCFP. <https://scfp.ca/des-solutions-publiques-en-sante>.

Conclusion

Partout au pays, le constat est le même : l'octroi de fonds publics aux cliniques à but lucratif, aux agences de placement privées et aux établissements privés coûte plus cher aux gouvernements, réduit l'accès aux soins de santé et augmente les temps d'attente. La privatisation a détourné un grand nombre de professionnel(le)s du système public, miné les soins de longue durée, et créé un système à deux vitesses où les personnes bien nanties reçoivent de meilleurs soins. L'imposition de frais illégaux opère selon une logique qui privilégie le profit au détriment des patient(e)s et érode les principes d'universalité, d'accessibilité et d'équité qui font la marque du système de santé canadien. Le remettre sur pied exige du gouvernement fédéral qu'il mette fin à sa négligence et assure le respect de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les membres du SCFP montrent la voie à suivre. En collaborant avec leurs communautés, leurs sections locales et les coalitions de la santé des provinces, les membres ont levé le voile sur des pratiques de facturation illégale, remis en question le financement public des fournisseurs privés, et organisé des actions collectives pour défendre les soins de santé publics. Le SCFP 5430, qui représente les travailleuses et travailleurs du Regina Pioneer Village, a récemment remporté une victoire importante : il a empêché la Régie de la santé de la Saskatchewan de sous-traiter les soins de longue durée¹³². Il a réussi ce tour de force en invoquant une clause de la convention collective qui impose à l'employeur de prouver la rentabilité de la sous-traitance et de consulter le syndicat sur le sujet avant d'aller de l'avant. Résultat : la Régie a abandonné son plan de faire appel à des entreprises privées pour combler les effectifs en soins de longue durée, optant plutôt pour une solution entièrement publique.

Les campagnes du SCFP ont montré que la solidarité des communautés et des travailleuses et travailleurs permet de gagner la lutte contre la privatisation. Rétablir et consolider un système de santé public n'est pas seulement possible. C'est la façon la plus efficace et la plus équitable de fournir des soins à l'ensemble des Canadien(ne)s.

132 Syndicat canadien de la fonction publique (18 octobre 2024). « Le personnel de la santé de la Saskatchewan réussit à contrer un projet provincial de privatisation », *SCFP*. <https://scfp.ca/le-personnel-de-la-sante-de-la-saskatchewan-reussit-contrer-un-projet-provincial-de-privatisation>.

Annonces de privatisation par catégorie et par province

	PPP et financement d'immobilisations	Prestation de services	Soins aux personnes âgées	Agences de placement	Technologies de l'information	Recherche et développement	Services-conseils	Total
Ont.	22,6 G\$	1,5 G\$	3,6 G\$			155 M\$		27,8 G\$
N.-É.	7,5 G\$	199 M\$	1,1 G\$	126 M\$	415 M\$		1 M\$	9,4 G\$
Qc	1,1 G\$	7,9 G\$		277 M\$				9,3 G\$
C.-B.	10,8 M\$	1,6 G\$	959 M\$	228 M\$	5 M\$		28 M\$	2,8 G\$
Alb.	2 M\$	946 M\$		202 M\$				1,2 G\$
Man.		338 M\$		141 M\$			0,5 M\$	480 M\$
T.-N.-L.		22 M\$	83 M\$	258 M\$	5 M\$			369 M\$
Sask.		53 M\$	40 M\$	85 M\$			29 M\$	208 M\$
N.-B.				117 M\$				117 M\$
Î.-P.-É.		91 M\$		10 M\$			6 M\$	107 M\$
Total	31,1 G\$	12,7 G\$	5,8 G\$	1,4 G\$	424,8 M\$	155 M\$	66 M\$	51,7 G\$

Remarque : L'addition des totaux pourrait ne pas donner la somme inscrite, car les chiffres ont été arrondis.

Annexe : Grands projets de privatisation en santé des gouvernements provinciaux

Depuis 2023, les gouvernements provinciaux redirigent de plus en plus de fonds publics vers les entreprises privées pour qu'elles fournissent des services de santé essentiels. La présente annexe consigne les grands projets de privatisation, d'après des renseignements publics provenant des budgets gouvernementaux, de rapports du vérificateur général, des coalitions de la santé, de recherches universitaires, d'enquêtes journalistiques et d'autres sources de confiance.

Colombie-Britannique (toutes dépenses en 2023-2024)		
Catégorie	Somme	Remarques
Soins aux personnes âgées	959 M\$	Inclut le financement aux établissements privés de soins de longue durée, aux résidences pour personnes âgées et aux fournisseurs de soins à domicile en 2023-2024.
Services-conseils	31 M\$	Sous-traitance par les autorités sanitaires provinciales.
Services alimentaires	87 M\$	Répartition floue entre la main-d'œuvre et l'approvisionnement.
Analyses en laboratoire	277 M\$	Majorité écrasante octroyée à un seul fournisseur (LifeLabs).
Fournisseurs religieux	1,2 G\$	Paiements des autorités sanitaires provinciales à Providence Health Care.
Agences de placement	228 M\$	Agences qui offrent des services d'infirmières et infirmiers volants, en plus d'autres services.
Dépenses totales (incluent des éléments ne figurant pas dans ce tableau)	2,8 G\$	Total des paiements à des fournisseurs de biens et services durant l'exercice 2023-2024.
Changements législatifs		Création de GoHealth BC (service public d'infirmières et infirmiers volants), couverture publique des traitements de FIV (offerts en partie par des cliniques privées) à partir de 2025.

Alberta		
Catégorie	Somme	Remarques
Cliniques à but lucratif	56 M\$	Paiements à des « établissements chirurgicaux à charte » dans le cadre de l'Alberta Surgical Initiative durant l'exercice 2023-2024.
Agences de placement	202 M\$	Dépenses pour les infirmières et infirmiers d'agences entre avril 2023 et septembre 2024.
Fournisseurs religieux	846 M\$	Financement à Covenant Health durant l'exercice 2023-2024.
Changements législatifs		Restructuration des services de santé de l'Alberta (annoncée en 2023); nouveau modèle de financement des hôpitaux « basé sur les activités » (2025); la <i>Health Statutes Amendment Act</i> , (projet de loi 55) ouvrant la porte à la privatisation (2025); abandon de la couverture des examens partiels de la vue pour les enfants et les personnes âgées (2025); rapatriement des services de laboratoire d'une valeur de 97 millions de dollars peu après l'échec de la privatisation (2023).
Saskatchewan		
Catégorie	Somme	Remarques
Services-conseils (fonds dépensés)	29 M\$	99 % octroyés à Deloitte durant l'exercice 2023-2024.
Cliniques à but lucratif (fonds dépensés)	16 M\$	Paiements octroyés à Surgical Centres Inc. durant l'exercice 2023-2024.
Cliniques à but lucratif (fonds alloués)	12 M\$	Déplacements de résident(e)s à l'extérieur de la province pour recevoir des soins dans des cliniques à but lucratif à Calgary. Financement initial annoncé en 2023, reconduit en 2025.
Analyses en laboratoire (fonds dépensés)	9 M\$	Paiements à LifeLabs durant l'exercice 2023-2024.
Soins aux personnes âgées (fonds affectés)	40 M\$	À des fournisseurs privés de soins de longue durée, inscrits au budget de 2024.
Agences de placement (fonds dépensés)	59 M\$	Dépenses pour des infirmiers et infirmières d'agence durant l'année civile 2023.

Manitoba		
Catégorie	Somme	Remarques
Sous-traitance	15 M\$	Dépenses de l'Office régional de la santé de Winnipeg pour la sous-traitance d'activités de base en 2023-2024.
Cliniques à but lucratif (fonds alloués)	20 M\$	Valeur des contrats signés avec quatre cliniques entre 2023 et 2025.
Analyses en laboratoire (fonds dépensés)	45 M\$	Paiements pour des services à 23 laboratoires Dynacare durant l'exercice 2023-2024.
Analyses en laboratoire (fonds alloués)	212 M\$	Valeur d'un contrat de cinq ans avec Dynacare annoncé en 2025.
Agences de placement (dépenses sur 2 ans)	141 M\$	Dépenses estimées pour des infirmières et infirmiers d'agence durant les exercices 2023-2024 (75 millions de dollars) et 2024-2025 (66 millions de dollars).
Changements législatifs	Le NPD a battu le Parti progressiste-conservateur en octobre 2023; adoption de restrictions sur les contrats avec les infirmières et infirmiers volants à la fin de 2024.	
Ontario		
Catégorie	Somme	Remarques
Cliniques à but lucratif (fonds annoncés)	650 M\$	Fonds affectés annoncés entre 2023 et 2025; 560 millions de dollars annoncés entre mai et juillet 2025.
PPP (fonds alloués)	22,6 G\$	Valeur estimée de sept contrats d'infrastructure de soins de santé attribués entre 2023 et 2025.
Analyses en laboratoire (fonds dépensés)	629 M\$	Paiements à des laboratoires privés durant l'exercice 2023-2024 (dont 95 % octroyés à Dynacare et LifeLabs).
Soins aux personnes âgées (fonds dépensés)	3,6 G\$	Paiements à des fournisseurs de soins aux personnes âgées durant l'exercice 2023-2024.
Sciences de la vie	160 M\$	Fonds alloués ou affectés à des entreprises privées du secteur des sciences de la vie (ex. recherche et développement et fabrication de vaccins) entre 2023 et 2025.

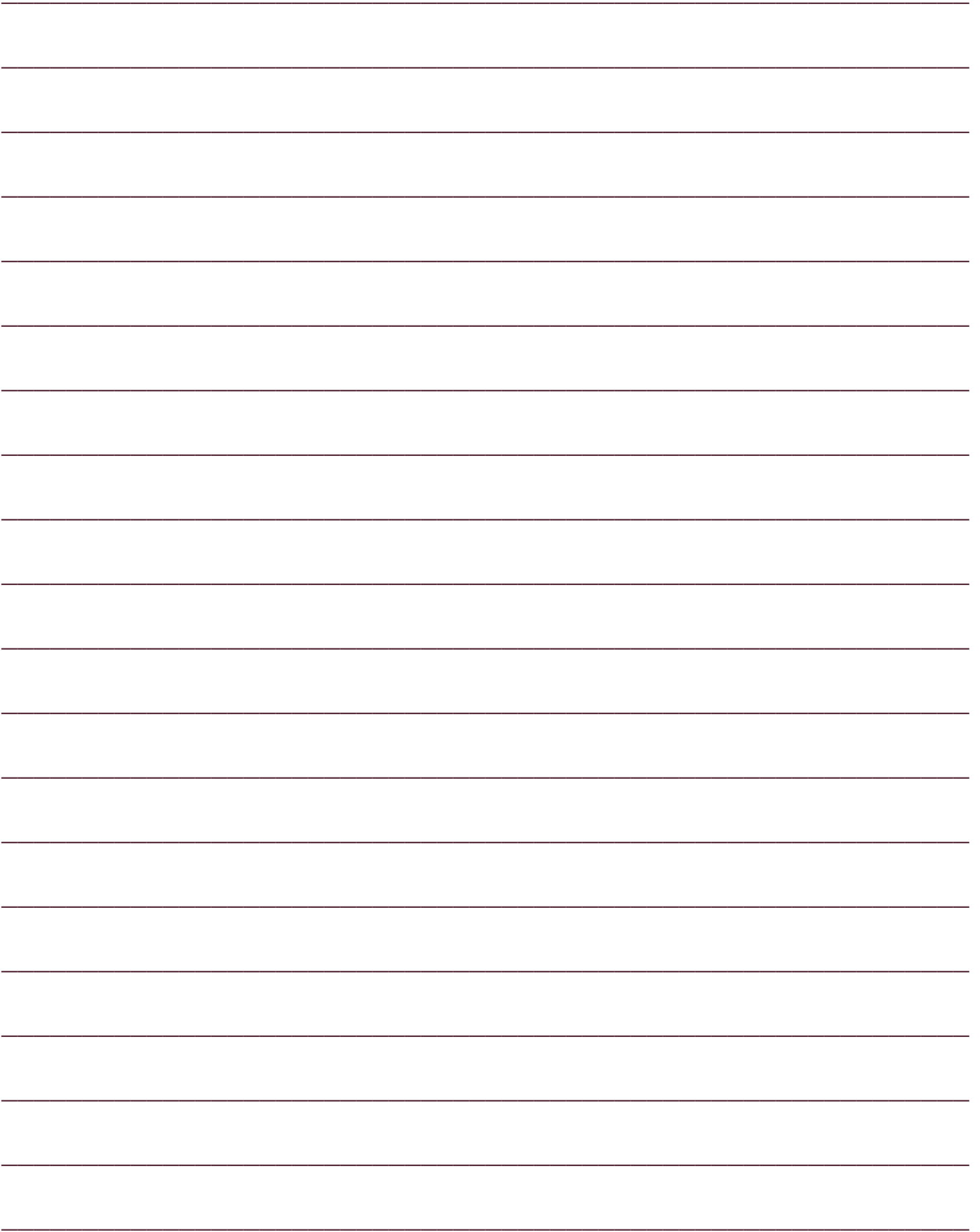
Dépenses totales (incluant des éléments ne figurant pas dans ce tableau)	22,6 G\$	Alloués à des entreprises entre 2023 et 2025 (principalement dans le cadre de PPP).
Total de fonds affectés (incluant des éléments ne figurant pas dans ce tableau)	726 M\$	Fonds annoncés entre 2023 et 2025, surtout pour des cliniques à but lucratif.
Total des dépenses (incluant des éléments ne figurant pas dans ce tableau)	4,4 G\$	Paiements à des fournisseurs de soins privés durant l'exercice 2023-2024.
Changements législatifs	Nouveau cadre pour les établissements en santé indépendants à but lucratif dans la <i>Loi de 2023 concernant votre santé</i> ; fusion des réseaux locaux d'intégration des services de santé et développement des soins à domicile privés dans la <i>Loi de 2023 sur la prestation commode de soins à domicile</i> ; abrogation de la loi 124 (2024).	
Québec		
Catégorie	Somme	Remarques
Ensemble des dépenses pour les soins de santé privés (2023-2024)	6 G\$	Calcul fait par la Confédération des syndicats nationaux (CSN).
Agences de placement (2023-2024)	277 M\$	Dépenses totales pour les infirmières et infirmiers d'agence, calculées par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. Il s'agit de la somme des montants déclarés par seulement six autorités sanitaires : le total réel est donc beaucoup plus haut. La CSN estime qu'il pourrait s'élever à 6 milliards.
Dépenses du ministère de la Santé pour la prestation de services privés (2024-2025)	1,2 G\$	Transferts à des établissements privés pour des services à la population en 2024-2025, estimés dans le budget des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Financement octroyé à des fournisseurs privés de soins de longue durée (2024-2025)	1,1 G\$	Transferts à 71 centres privés de soins de longue durée. Entente initiale de 1,1 milliard de dollars, à laquelle s'ajoute une aide d'urgence de 10 millions de dollars octroyée en avril 2025. Pourrait être en partie incluse dans les estimations du ministère de la Santé ci-dessus et ci-dessous.
Prestation de programmes du ministère de la Santé par des fournisseurs privés (2025-2026)	763 M\$	Fonds affectés à des entreprises privées dans le cadre de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux durant l'exercice 2025-2026.
Fonds retenus du transfert canadien en matière de santé	78 M\$	Total des fonds déduits du TCS en 2023 et 2024 en raison de frais facturés pour des services médicalement nécessaires.
Changements législatifs		Restructuration de l'administration des soins de santé dans le cadre de la <i>Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace</i> (2023); obligation pour les médecins de travailler dans le système public pour au moins cinq ans dans le cadre de la <i>Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux</i> (2025) – en réaction à un nombre record de retraits du régime public.
Nouveau-Brunswick		
Catégorie	Somme	Remarques
Agences de placement (2023-2024)	117 M\$	Total des dépenses d'Horizon (23 millions de dollars entre avril et août 2023) et de Vitalité (94,2 millions de dollars entre avril 2022 et février 2023) pour les infirmières et infirmiers volants durant l'exercice.
Changements législatifs		Le Parti libéral a défait le Parti progressiste-conservateur en 2024; adoption d'une loi qui annule les contrats des infirmières et infirmiers volants en 2025.

Île-du-Prince-Édouard		
Catégorie	Somme	Remarques
Services-conseils (fonds dépensés)	6 M\$	Contrat sans appel d'offres signé avec KPMG en 2024.
Cliniques à but lucratif (fonds affectés)	4 M\$	Affectés à la couverture d'IRM dans une clinique à l'extérieur de la province (à Moncton), annoncés en 2025.
Soins aux personnes âgées (fonds affectés)	74 M\$	Affectés à des établissements privés et des programmes de soins autogérés, annoncés entre 2023 et 2025.
Agences de placement (fonds dépensés)	10 M\$	8,8 millions de dollars pour les infirmières et infirmiers volants en 2023-2024, et 1,3 million pour le personnel de gestion en 2024-2025.
Soins virtuels (fonds dépensés)	4 M\$	Paiements à Maple durant l'exercice 2023-2024.
Nouvelle-Écosse		
Catégorie	Somme	Remarques
PPP (fonds alloués)	7,5 G\$	Octroyés au Queen Elizabeth II Health Sciences Centre et à l'hôpital régional de Yarmouth en 2025.
Infrastructures numériques (fonds alloués)	365 M\$	Contrat de 10 ans avec Oracle Cerner pour la création d'un système de dossiers médicaux numériques, annoncé en 2023.
Contrats à fournisseur unique ou sans appel d'offres (fonds alloués)	1,4 G\$	Valeur de cinq ententes d'importance signées entre 2023 et 2025.
Agences de placement (fonds dépensés)	126 M\$	Dépenses pour les infirmiers et infirmières d'agences durant l'exercice 2023-2024.
Terre-Neuve-et-Labrador		
Catégorie	Somme	Remarques
Soins aux personnes âgées (fonds dépensés)	84 M\$	Subventions aux résidences durant l'exercice 2023-2024.
Agences de placement (fonds dépensés sur 2,25 ans)	258 M\$	Dépenses pour les infirmières et infirmiers d'agences entre 2023 et mars 2025.
Soins virtuels (fonds alloués)	22 M\$	Contrat de deux ans avec Teladoc, annoncé en 2023.

Remarques sur l'annexe

1. Les listes contenues dans l'annexe ne sont pas exhaustives. Les montants réels du financement aux fournisseurs privés sont considérablement plus élevés.
2. Les « fonds dépensés » ont déjà été payés. Les « fonds alloués » seront versés à une entité donnée. Les « fonds affectés » concernent un financement annoncé, dont les destinataires restent à déterminer.
3. Le financement examiné concerne les fonds versés à des entités à but lucratif, à quelques exceptions près (comme le financement d'organisations religieuses sans but lucratif qui peuvent restreindre l'accès à des services essentiels). Autrement, le financement d'organismes sans but lucratif n'a pas été examiné.
4. De nombreuses provinces ont annoncé la mise à disposition d'importantes sommes d'argent pour les fournisseurs publics et privés, mais la répartition entre les deux n'était pas accessible. L'annexe porte sur le financement affecté principalement, voire exclusivement, aux fournisseurs privés.
5. L'annexe compile les données sur les dépenses et les annonces à partir d'informations accessibles au public. Pour obtenir des renseignements plus précis, il est possible d'adresser des demandes d'accès à l'information aux entités gouvernementales concernées. En raison de contraintes logistiques et de temps, cela n'a pas été possible dans le cadre du présent rapport.
6. Les finances ne sont pas consignées, annoncées ou divulguées de la même manière dans toutes les provinces. Certaines provinces fournissent des renseignements plus amples et plus précis que d'autres, ce qui explique les différences de longueur des sections.
7. L'examen des « fonds dépensés » s'est largement appuyé sur les calendriers de paiement pour l'exercice 2023-2024. Au moment de rédiger le présent rapport, les données de l'exercice 2024-2025 n'étaient pas accessibles.
8. Les provinces dont les aperçus indiquent un montant « total » pour les fonds dépensés, alloués et affectés présentaient un nombre particulièrement élevé de données qui n'ont pas été prises en compte dans les constats retenus.
9. La plupart des provinces ne divulguent les montants de contrats ou de paiements qu'à partir d'une certaine valeur (10 000 \$ au Manitoba ou 120 000 \$ en Ontario, par exemple). Le montant réel du financement aux fournisseurs privés est donc plus élevé que les données accessibles.
10. Cette annexe ne représente aucunement une liste exhaustive des contrats, paiements et annonces. Par exemple, l'examen des calendriers de paiements s'est concentré sur les paiements de taille importante ou faits à des entreprises notables.
11. Dans certaines provinces, la place du secteur privé à but lucratif en santé est simplement moins marquée. Ailleurs, comme au Nouveau-Brunswick, les fournisseurs privés et à but lucratif occupent une place prépondérante.
12. Des recoupements entre les données ou les montants associés à chaque catégorie peuvent subsister, mais nous avons veillé à les réduire le plus possible.





SCFP