

MÉMOIRE DU
Conseil des entreprises privées en santé et mieux-être (CEPSEM)
soumis à
La Commission de révision permanente des programmes

Le 8 décembre 2014

TABLES DES MATIÈRES

Introduction	3
Le CEPSEM, en bref	4
<ol style="list-style-type: none"> 1. Buts du CEPSEM 2. Réalisations jusqu'à présent 	
Améliorer l'efficacité du système de santé financé par l'État	6
Perceptions et actions des Québécois face au privé en santé	7
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sondages Web grand public CROP 2. Sondage 2014 du Commissaire à la santé et au bien-être 3. Les Québécois dépensent plus en soins de santé privés qu'ailleurs 	
<p>Pour une contribution positive du privé au système public dans un contexte d'assainissement des finances publiques</p> <p>Conditions favorables</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développement de véritables partenariats entre systèmes public et privé 2. Adoption du financement à l'activité pour un <i>even level playing field</i> 3. Offre aux consommateurs du libre-choix du fournisseur de services de santé, tout en maintenant le financement de l'État 4. Panier de service recentré sur des priorités en évitant de nouveaux services ou de nouvelles sources de financement. 	9
<p>Programmes à réviser en priorité aux fins d'efficacité organisationnelle et budgétaire</p> <p>Trois exemples</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programme d'aide et soins à domicile 2. Services d'hébergement et de soins de longue durée 3. Services médicaux de première ligne 	12
Encadrement réglementaire	18
Conclusion	19
<p>Annexe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport du sondage CROP 2014 mené pour le CEPSEM - « Perceptions des Québécois à l'égard des soins et services de santé privés » 	

I. INTRODUCTION

Le Conseil des entreprises privées en santé et mieux-être (CEPSEM) est un groupe de chefs d'entreprise de services de santé de types différents, mais qui sont tous préoccupés par les finances publiques et l'avenir du système de santé du Québec.

Dans le cadre des travaux de la Commission de révision permanente des programmes, le CEPSEM souhaite soumettre des idées novatrices ici, mais répandues dans la plupart des pays de L'OCDE, pour contribuer à sauver à court et à long terme notre système de santé, tout en aidant à assainir les finances publiques.

II. LE CEPSEM, EN BREF

Constitué dans le prolongement d'une réflexion lancée en 2011, le CEPSEM regroupe aujourd'hui une trentaine d'entreprises largement diversifiées, de toutes tailles et de multiples secteurs d'activité.

On y retrouve notamment des cliniques médicales, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des ressources intermédiaires, des cliniques chirurgicales, radiologiques, dentaires, de physiothérapie, d'ergothérapie, des établissements privés de réadaptation, des entreprises de soins à domicile, des laboratoires d'analyse, des résidences pour personnes âgées autonomes ou semi-autonomes. En 2014, l'industrie du privé en santé et mieux-être contribue à environ 4 pour cent du produit intérieur brut (PIB) du Québec.

Le CEPSEM est la voix de ces organisations qui s'inscrivent comme partenaires à part entière du système de santé du Québec. Il intervient pour mieux faire connaître et valoir la contribution positive de centaines de ces organisations engagées quotidiennement dans la prestation de services ou le soutien aux organisations publiques du système de santé et de mieux-être du Québec.

1. Buts du CEPSEM

- Créer un rassemblement très large et diversifié d'entreprises et de leaders qui croient dans le rôle positif des entreprises privées et des organismes sans but lucratif (OSBL) dans le bon fonctionnement d'un système de santé juste, accessible, performant et équitable.
- Favoriser l'émergence d'un dialogue constructif et de bonne volonté sur la place légitime du secteur privé en santé et mieux-être.
- Établir la complémentarité du privé en santé et en mieux-être avec le système public.

2. Réalisations jusqu'à présent

Après quelque 10 mois d'existence, le CEPSEM compte déjà à son actif nombre de réalisations :

- Mise en place d'une initiative d'une collectivité d'entreprises privées en santé et mieux-être à partir d'une réflexion lancée en 2011;
- Une trentaine de membres de secteurs divers, de toutes les tailles qui ont en commun de collaborer avec le réseau de la santé et des services sociaux du Québec et croient à la complémentarité du privé à l'égard du système de santé public du Québec;

- Plus de 300 personnes qui ont participé à nos quatre petits déjeuners-conférences; pour une moyenne de quelque 60 personnes par événement;
- Mémoire déposé fin mai 2014 auprès du gouvernement du Québec dans le cadre des consultations pré budgétaires du ministre des Finances pour l'exercice 2014-2015;
- Sondages Web grand public réalisés par CROP sur les perceptions et les actions des Québécois face au privé en santé : 1^{re} édition à l'automne 2012; 2^e édition, à l'automne 2014;
- Préparation d'un microsite Web pour la fin de l'automne 2014;
- Préparation d'un mémoire pour la Commission de révision permanente des programmes.

III. AMÉLIORER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FINANCÉ PAR L'ÉTAT

Tous les pays sans exception qui sont dans le peloton de tête des meilleurs systèmes de santé des pays de l'OCDE combinent les éléments clés suivants :

- un financement public;
- un accès universel aux services;
- une livraison mixte des services : complémentarité d'une gamme étendue de fournisseurs de services, publics, OSBL ou privés.

Tous ces pays ont adopté depuis plus d'une décennie un mode de financement axé sur le patient fondé sur des coûts unitaires complets s'appliquant à tous les fournisseurs de service, qu'ils soient publics ou privés, à but lucratif ou non.¹

Il est grand temps que l'on s'écarte enfin de la pensée aujourd'hui dépassée que seule la livraison publique de services de santé est garante de qualité et d'économie.

Aucune autre société occidentale dont le système est performant n'y croit.

On doit nécessairement apporter des solutions au système de santé actuel du Québec pour résoudre les déséquilibres budgétaires du gouvernement du Québec de façon durable et assurer la pérennité d'un système à financement collectif et accès universel.

Ouvrant en complémentarité avec les organisations du réseau public de la santé et des services sociaux et jouant déjà un rôle essentiel dans la dispensation de services de santé et de mieux-être, les membres du CEPSEM sont convaincus que les entreprises privées et les OSBL en santé font partie des solutions.

¹ Rapport et recommandations, Les solutions émergentes, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Clair), décembre 2000.

IV. PERCEPTIONS ET ACTIONS DES QUÉBÉCOIS FACE AU PRIVÉ EN SANTÉ

1. Sondages Web grand public CROP

Le CEPSEM a mené deux sondages CROP sur les perceptions des Québécois à propos des soins de santé privés et publics au Québec, le dernier ayant été réalisé en septembre 2014.

La première édition de ce sondage Web remonte à l'automne 2012 et ses conclusions nous avaient alors convaincus du bien-fondé de mettre sur pied le CEPSEM.

- 77 % des répondants au sondage de 2012 ont une perception positive du privé en santé : 35 % croient au privé en santé et 42 % ont une opinion favorable d'un système mixte;
- ce sondage révèle également que les répondants s'attendent à une croissance de la participation des organisations privées au système de santé du Québec.

Le deuxième sondage vient confirmer les constats du premier, tant du point de vue de la perception positive du privé en santé que de la faveur accordée à l'établissement de partenariats entre le public et le privé. Ce sondage nous révèle entre autres que :

- plus de 80 % des Québécois ont une opinion positive du privé en santé et 75 % de ceux-ci jugent que la place du privé en santé est justifiée;
- en matière de livraison de certains services, de 68 % à 86 % des Québécois sont favorables au développement de partenariats entre les établissements publics et les entreprises privées ou les OSBL, selon qu'il s'agit de l'aide et de soins à domicile, des soins de longue durée ou de la gestion des hôpitaux et des super-cliniques médicales.

Des questions ajoutées au deuxième sondage ont également permis de constater que :

- 85 % des Québécois pensent que les établissements devraient être financés à l'activité;
- 72 % pensent que le citoyen devrait avoir le choix de son fournisseur de service, public ou privé, s'il est financé par l'État;
- 78 % pensent que le citoyen devrait avoir le droit de souscrire à des assurances privées de santé;
- 73 % pensent que les médecins participants à la RAMQ devraient avoir le droit de travailler au privé une fois que leurs obligations de services au régime public sont remplies.

Voilà un signal important : les Québécois sont prêts au changement et plus que jamais à se prendre en main pour ce qui est de leurs soins de santé et mieux-être.

2. Sondage 2014 du Commissaire à la santé et au bien-être

Rappelons que le sondage² publié au début de 2014 par le Commissaire à la santé et au bien-être démontre que seulement 23 % des Québécois sont satisfaits du fonctionnement de leur système de santé, ce qui représente le taux le plus bas de tous les États et pays sondés par le *Commonwealth Fund*.

3. Les Québécois dépensent plus en soins de santé privés qu'ailleurs

Jacques Nantel, professeur à HEC Montréal, et spécialiste marketing des tendances de consommation au Québec, qui a été conférencier à l'un de nos petits déjeuners, a mis en évidence les faits suivants :

- la part du PIB que les Québécois consacrent à des dépenses publiques de santé est plus élevée que la moyenne des provinces canadiennes et des pays de l'OCDE;
- plus que les citoyens du reste du Canada, les Québécois passent désormais aux actes en matière de consommation des soins et services de santé;
- cela démontre que les Québécois sont fatigués d'attendre que « quelqu'un quelque part » trouve enfin la façon de corriger notre système de santé. Ils prennent de plus en plus la gestion de leur santé en main et recherchent hors du système public la solution à leurs problèmes d'accessibilité.

² *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé* présenté par le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec en janvier 2014 et mettant en perspective les résultats obtenus au Québec par rapport à ceux ressortant de l'enquête internationale sur les politiques de santé du *Commonwealth Fund* de 2013

V. POUR UNE CONTRIBUTION POSITIVE DU PRIVÉ AU SYSTÈME PUBLIC DANS UN CONTEXTE D'ASSAINISSEMENT DES FINANCES PUBLIQUES

CONDITIONS FAVORABLES

1. Développement de véritables partenariats entre systèmes public et privé

RECOMMANDATION 1 : Le CEPSEM recommande l'élaboration d'une politique-cadre établissant où l'État entend miser de façon prudente, mais claire, sur les organisations privées et les OSBL pour la dispensation de services financés en totalité ou en partie par l'État.

Cette politique-cadre préciserait :

- les orientations politiques et opérationnelles majeures pour les différents secteurs;
- les principes directeurs destinés à protéger les valeurs de solidarité, de justice et d'équité dans l'accès aux services, le maintien d'un financement public pour une large gamme de services;
- les grandes lignes des investissements attendus de la part du secteur privé dans différents segments d'activité, qu'il s'agisse
 - des services de première ligne comme les 50 super-cliniques annoncées lors de la campagne électorale; des services à domicile; de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie ou vulnérables;
 - de services de réadaptation; de services médicaux généraux ou spécialisés de deuxième ligne en externe ou en hospitalisation;
 - ou tout autre service très généralement offert dans les autres pays développés de l'OCDE par des fournisseurs de service privés dans le cadre des systèmes de santé performants et d'accès universel.
- des règles du jeu justes et équitables et des mesures objectives de la contribution des différents acteurs.

2. Adoption du financement à l'activité pour un *even level playing field*.

RECOMMANDATION 2 : Les membres du CEPSEM recommandent fortement que le gouvernement implante le plus rapidement possible un mode de financement axé sur le patient, comme le font la quasi-totalité des pays de l'OCDE, et balise la contribution des entreprises privées ou des OSBL dans ce cadre.

Un financement axé sur le patient, doublé d'une livraison de services par des entreprises privées ou des OSBL, permettrait avec le temps de solutionner plusieurs difficultés du système actuel.

- un lien direct est établi entre le patient, les soins prodigués et leur financement;
- les budgets sont alloués en fonction du patient traité et non de l'historique des établissements;
- selon ce qu'on a pu constater ailleurs, le financement axé sur le patient comprend intrinsèquement plusieurs facteurs incitatifs à l'efficience et à la qualité.

3. Principe du libre-choix du fournisseur de services de santé par le citoyen, tout en maintenant le financement de l'État.

RECOMMANDATION 3 : Pour sauver à terme le système de santé et mieux-être du Québec, les membres du CEPSEM recommandent de donner à tous les Québécois la liberté de choix la plus réelle possible de leurs fournisseurs de services, et ce, dans le cadre d'un système à financement public.

Dans les pays où cela est implanté, l'approche est entérinée sans faire d'accroc aux principes d'accessibilité et d'universalité des soins. Une étude réalisée l'an dernier pour le compte de l'OCDE démontre que le choix du dispensateur de services est une des mesures qui a le mieux réussi à réduire le temps d'attente³.

Au Royaume-Uni, le projet pilote de libre-choix de prestataires de certaines interventions sérieuses du début des années 2000 est devenu permanent en 2004. À compter de 2008, il s'est étendu aux chirurgies non urgentes; en 2009, il s'est inscrit comme un droit des patients du système public de la *National Health Service*.⁴

³ Michael Borowitz, Valérie Moran et Luigi Siciliani, « A review of waiting times policies in 13 OECD countries », dans *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, 2013, p. 51

⁴ Zachary Cooper et Julian Le Grand, *Choice, competition and the political left*, cité dans Y. Labrie, *Pour un système de santé universel et efficace, six propositions de réforme*, IEM, 2004, p. 29.

4. Panier de service recentré sur les priorités, tout en évitant de nouveaux services ou de nouvelles sources de financement.

RECOMMANDATION 4 : Le CEPSEM recommande que le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) recentre ses efforts sur les priorités de santé des Québécois, telles que les maladies chroniques et les maladies graves, par exemple.

Les ajouts continuels de services financés par l'État le sont souvent en désorganisant la prestation de services privés. Le CEPSEM recommande que ces ajouts soient exclus par un moratoire clair, sauf s'il y a démonstration d'une nécessité sociale très évidente. Tout ajout devrait être l'occasion d'examiner les vrais coûts unitaires complets de ceux-ci, qu'ils soient offerts par le privé ou le public.

Il faut sortir des ornières qui perpétuent actuellement les inefficacités du système et nous confinent à toujours compenser celles-ci par des hausses budgétaires ou de nouvelles sources de revenus. L'État est au bout de ses ressources sur ce point et il faut éviter que, par de nouvelles tarifications, on ouvre de nouveaux champs de taxation au réseau qui viennent favoriser le maintien du statu quo.

VI. PROGRAMMES À RÉVISER EN PRIORITÉ, AUX FINS D'EFFICIENCE ORGANISATIONNELLE ET BUDGÉTAIRE

TROIS EXEMPLES

1. Programme d'aide et de soins à domicile

En matière d'aide et de soins à domicile, l'idée de base pour nos membres est de parvenir à un continuum de services charpenté autour des valeurs d'accessibilité et de justice sociale. C'est à cette fin que devrait être pensée, selon nous, la complémentarité des initiatives relevant du secteur public (réseau de la santé et des services sociaux) avec celles du secteur privé et communautaire. Nous n'en sommes pas tout à fait là pour le moment au Québec. Pour y arriver, le Québec devra développer une offre de services à domicile plus adéquate qu'elle ne l'est présentement.

La demande pour des services à domicile liés au vieillissement de la population est en croissance rapide. Ces services s'ajoutent à ceux des personnes handicapées qui souhaitent aussi demeurer le plus longtemps possible chez elles dans des conditions de vie décentes.

Au cours des dernières décennies, la politique québécoise en matière de soins à domicile est demeurée principalement structurée autour de l'offre de services. Les acteurs du secteur privé y ont toujours été partie prenante, mais la politique officielle du gouvernement a mis beaucoup de temps à en tenir compte et elle n'est jamais parvenue à définir leur rôle ni à cerner leur importance avec netteté.

Depuis 2004, dans le contexte de la réforme du système de santé et de services sociaux, que l'on a appelé la réforme Couillard, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont désormais autorisés à conclure des ententes d'acquisition de services de soins à domicile portant sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) avec des fournisseurs provenant de tiers secteurs, comme les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD)⁵. Il est à noter toutefois que cette forme de prestation demeure toujours marginale et non véritablement planifiée.

En Ontario, l'État confie à 43 *Community Care Access Centers* (CCAC) la mission de coordonner sur différents territoires la concurrence entre les différents producteurs de services (à ou sans but lucratif) en vue d'être choisis pour dispenser différents services de soins à domicile⁶. Le modèle adopté est dérivé de celui qui a été mis en place au Royaume-Uni. L'État régule un système d'appel d'offres concurrentiel en encadrant les mécanismes de la concurrence.

⁵ *Chez soi : Le premier choix - Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004, p. 25.

⁶ Bergeron-Gaudin, Jetté et Vaillancourt, *La place du tiers secteur dans les services à domicile au Canada : une comparaison interprovinciale*, 2011, Cahiers du LAREPPS, no 11-08, p. 10-12 et 20.

Le modèle ontarien de soins à domicile mise beaucoup sur l'État pour planifier, réguler, financer et acquérir les services. Toutefois, l'Ontario mise très peu sur l'État pour les fournir. Il préfère plutôt en confier la livraison à des fournisseurs du secteur privé et du tiers secteur. Selon l'étude citée, cette façon de faire se traduit par une plus grande flexibilité, permet l'innovation, réduit les délais d'évaluation et augmente le volume d'activités, souvent à moindres coûts.

Dans ce modèle, les services de soins à domicile peuvent être financés par :

- le gouvernement;
- des organismes sans but lucratif qui reçoivent des dons afin de prodiguer de tels services;
- les compagnies d'assurances ou les régimes d'avantages sociaux (p. ex., régime d'assurance-santé privé);
- le contribuable qui couvre lui-même ses frais.

Bon nombre de personnes qui souhaitent continuer à vivre chez elles obtiennent en définitive divers services financés de différentes manières.

À la lumière de l'expérience récente, le CEPSEM est d'avis que :

- L'État aurait avantage à changer son approche actuelle dans ce domaine. Nous croyons qu'il devrait miser sur les entreprises privées et les OSBL pour offrir la plus grande partie de ces services, plutôt que de le faire par un réseau d'établissements et son personnel à des coûts très élevés et une gestion particulièrement complexe.
- Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile, le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique ont fait la preuve qu'il est possible de redonner aux personnes le choix de leur lieu de vie, tout en développant une vaste gamme de prestataires de services de qualité. Nous pouvons aller encore plus loin et faire mieux.
- Les établissements de santé devraient se limiter à l'évaluation des besoins des personnes, la confirmation de leur admissibilité à des niveaux de service et de soutien financier. Sauf dans des cas très spécifiques, la livraison des services (résidences familiales ou pour personnes âgées, ou ressources intermédiaires) devrait être faite entièrement par des entreprises privées ou des OSBL certifiés.
- Dans un contexte où les soins et le maintien à domicile seront de plus en plus importants, une telle mesure s'avère essentielle. Le CEPSEM et ses membres sont prêts à collaborer plus avant sur les modalités réglementaires et autres à déployer pour implanter une telle approche sur un horizon de quelques années.

2. Services d'hébergement et de soins de longue durée

Les soins de longue durée s'adressent en particulier aux personnes très âgées et en sévère perte d'autonomie, mais aussi à des adultes plus jeunes, lourdement handicapés à la suite de déficiences physiques acquises, d'accidents graves ou de maladies, telle la sclérose en plaques.

Malgré la volonté légitime des personnes concernées et de leur famille de demeurer à domicile de même que des autorités publiques de leur permettre d'y parvenir, ces services de soins de longue durée demeurent une nécessité. À l'heure actuelle, aucune société n'est parvenue à trouver de solutions alternatives à une prise en charge structurée de ces clientèles dans des résidences ou centres adaptés permettant d'offrir des services optimisés, tant en termes de coût que de qualité.

La situation au Québec se caractérise présentement par :

- un faible niveau d'aide et de soins à domicile;
- une forte iniquité dans l'accès à ceux-ci;
- des listes d'attente importantes qui varient selon les régions pour des places en soins de longue durée ou en ressources intermédiaires;
- un engorgement quasi continu des urgences des hôpitaux par des personnes âgées.

Dans ce dernier cas, il importe de noter qu'une partie appréciable de ces personnes ne s'y retrouverait pas si les services à domicile ou de soins de longue durée étaient suffisants et si l'offre de services était mieux structurée, plus flexible et mieux adaptée aux différentes clientèles

Cette situation n'est d'ailleurs pas unique au Québec. Elle se retrouve communément dans tous les systèmes de santé ailleurs au Canada, comme le soulignait dernièrement Dr Christopher Simpson⁷, cardiologue à l'hôpital *Kingston General* et président de l'Association médicale canadienne. Selon ce dernier, le problème chronique d'engorgement des hôpitaux est causé par une crise dans les soins aux aînés. Des milliers de Canadiens âgés occupent des lits de soins actifs à 1 000 \$ par jour, même s'ils sont assez bien pour sortir de l'hôpital. Ils n'ont tout simplement nulle part d'autre où aller : il n'y a aucune place en soins de longue durée dans leur région ou bien les services de soutien dont ils auraient besoin pour vivre à la maison sont inexistants. Près de 15 pour cent des lits de soins actifs dans les hôpitaux du Canada sont ainsi occupés.

Au Québec, l'offre de services est présentement contrôlée centralement par le MSSS et son réseau d'établissements qui contingentent les places en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en ressources intermédiaires (RI) ou en places achetées. De plus, l'offre est très largement dispensée par le réseau public, notamment en CHSLD.

⁷ Discours prononcé par le Dr Christopher Simpson, Président de l'Association médicale canadienne au Cercle canadien d'Ottawa, le 18 novembre 2014 sur les soins aux aînés, in CNW Telbec, 18 novembre 2014, 12 h 55

Le MSSS consacre annuellement plus de 3 milliards de dollars aux soins de longue durée. Pourtant, la contribution québécoise de l'adulte hébergé, en principe pour payer le gîte et couvert, est la plus faible au Canada; elle n'a pas de lien avec la valeur réelle de la qualité de son hébergement et il peut en coûter moins cher de vivre en CHSLD qu'à domicile.

Au Québec, 80 % des lits de soins de longue durée sont administrés par le réseau d'État. En Ontario, 80 % de ces soins sont offerts par des entreprises privées et 20 % par des OSBL, presque aucun par le réseau public. Cela est également la règle générale dans la plupart des pays occidentaux.

Selon nous, le cadre de gestion des soins de longue durée doit être revu en profondeur afin de générer des économies importantes, une amélioration de l'équité du programme, et des investissements majeurs par les entreprises privées. Le Gouvernement du Québec n'a pas la capacité financière de moderniser ni d'agrandir son parc de CHSLD, sa politique actuelle d'achat de places sans planification est discriminatoire et une véritable bombe à retardement se prépare en reportant la mise à jour d'une politique de première importance dans une société qui vieillit aussi rapidement que le Québec.

Nous pouvons aisément démontrer par des cas concrets que le coût de l'investissement immobilier dans les CHSLD neufs du privé est de 20 à 30 % moins cher que dans le public, et ce, pour un niveau de qualité immobilière avantageusement comparable et souvent mieux adapté. En optant pour le privé, les coûts d'exploitation, pour un même niveau et qualité de services, peuvent facilement être réduits de 15 %, tout en maintenant un niveau de rentabilité raisonnable pour les entreprises privées qui paient des taxes et des impôts.

Plusieurs pays développés ont changé cette approche et laissent le choix des ressources de soins aux personnes et à leurs familles, l'État se limitant à remplir deux fonctions essentielles : évaluer le niveau de services requis et la capacité de payer de la personne pour ensuite lui octroyer une allocation personnalisée et la laisser libre de choisir la ressource d'hébergement qui lui convient. Bien sûr, l'État se réserve le contrôle de la certification de la qualité des résidences. C'est une approche fondamentalement différente d'un modèle centralisé dans lequel c'est un mandataire du gouvernement qui décide pour les personnes de leur lieu de soins.

Cette façon de procéder est tout à fait possible au Québec :

- les outils d'évaluation des besoins des personnes y sont bien développés;
- les Québécois sont habitués à ce que l'on tienne compte des revenus et des avoirs pour déterminer la contribution de l'adulte hébergé.

Dès lors, il ne manque que la généralisation d'une formule universelle, juste et équitable qui serait applicable à tous les types d'hébergement ainsi que le recentrage du réseau de la santé en fonction de cette approche, plutôt que sur la livraison des services.

Cela aurait l'avantage d'éliminer la plupart des iniquités flagrantes du système actuel et reconnues de tous, y compris du Vérificateur général du Québec⁸. De plus, en laissant le libre choix de la ressource aux personnes hébergées et à leur famille, une dynamique d'amélioration de la qualité et des coûts s'installerait au bénéfice des résidents.

C'est pourquoi nous recommandons une révision complète de l'approche en matière de soins de longue durée. Cette approche maintiendrait le secteur public dans son rôle d'évaluation des besoins des individus et de leur capacité de payer et de contrôleur de la qualité des résidences et des services. Grâce à cette approche, les personnes retrouveraient la liberté de choisir leur lieu d'hébergement et le réseau de la santé se désengagerait complètement sur une période d'environ 10 ans de la gestion de la quasi-totalité des 33 000 lits de soins de longue durée qu'il exploite en les transférant au secteur privé. À terme, ce réaménagement des fonctions devrait permettre de dégager des économies sur une base annuelle de plus de 500 millions de dollars.

Pour le CEPSEM, il importe que le Québec se prépare dès à présent à faire face aux besoins considérables auxquels il aura à répondre de plus en plus en matière de soins et services à domicile et d'hébergement et de soins de longue durée et que soient rapidement mises en place des politiques beaucoup plus équitables, moins coûteuses, permettant une meilleure qualité de services et de soins et que le Québec accorde, à l'instar de ce qui se fait dans les systèmes les plus performants ailleurs, le choix du lieu de résidence aux personnes hébergées et de leur famille.

3. Services médicaux de première ligne

Au Québec, l'accessibilité aux soins de première ligne demeure l'une des pires au Canada. Pourtant, les Québécois dépensent plus, per capita, que la moyenne des Canadiens pour leur système de santé⁹.

Sans préjuger des conclusions à tirer du projet de loi 20¹⁰ déposé fin novembre 2014, il apparaît à première vue que les mesures prévues dans ce projet de loi viendront exercer une influence sur la façon de dispenser des services de médecine familiale et de médecine spécialisée en s'adressant entre autres à ces difficultés.

Les membres du CEPSEM effectuent actuellement une évaluation exhaustive de ce projet de loi et entendent faire valoir ultérieurement leur point de vue sur les mesures proposées et leur portée pour ce qui est de solutionner le déficit d'accessibilité constaté dans le moment en matière de soins de première ligne.

⁸ En 2012, le Vérificateur général du Québec a produit un rapport fouillé sur les services d'hébergement mettant en évidence les multiples lacunes de la situation actuelle et il y fait de nombreuses recommandations pour améliorer la gestion de ceux-ci. Rien n'a été fait depuis.

⁹ Dépenses publiques du Québec en santé par rapport à celles de l'Ontario et de Canada (2009), Centre sur la productivité et la prospérité. HEC Montréal, avril 2013.

¹⁰ *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, présenté à la séance du 28 novembre 2014.

Au terme de cette évaluation, le CEPSEM entend déposer un addendum au présent mémoire qui viendra compléter ses représentations sur notre système de santé et mieux orienter ses recommandations à cet égard.

À titre préliminaire et afin de donner un aperçu de ce qui pourrait être fait afin d'améliorer la dispensation des soins de première ligne, voyons ce qui pourrait être fait dans le cas des 50 super-cliniques médicales proposées, lors de la dernière campagne électorale, par le parti qui forme le gouvernement aujourd'hui à Québec.

Selon nous, la création de telles super-cliniques serait l'occasion de sortir des sentiers battus et de prévoir un modèle fondé sur un partenariat d'affaires aux bases saines et transparentes entre le gouvernement, des entreprises du privé ou des OSBL, notamment de type coopératif, et des médecins.

Il faut sortir du modèle ambigu des cliniques médicales administrées, tant bien que mal, par des médecins et dont la viabilité opérationnelle et financière est conditionnelle à une composante floue de frais administratifs et de revenus d'appoint plus ou moins autorisés par la RAMQ.

Le déploiement de ce réseau de cliniques devrait être fait dans un cadre de gestion prévoyant clairement que :

- les médecins sont rémunérés pour leurs actes professionnels ;
- la clinique, en tant que structure de soutien, est financée séparément, en fonction des investissements réellement consentis aux fins d'équipement ou autres et des services de soutien et de prise en charge réellement rendus, selon des coûts normalisés et complets.

Bien entendu, il s'agit ici de suggestions, et le CEPSEM est tout à fait disposé à collaborer avec les instances concernées pour proposer plus en détail d'autres façons de faire correspondant aux meilleures normes. Mais nous croyons que c'est sur de telles bases qu'il sera possible d'assurer la gestion efficiente et rentable de ces cliniques, la qualité de l'offre globale à la population et la pérennité du nouveau système mis en place.

VII. ENCADREMENT RÉGLEMENTAIRE

Le CEPSEM croit fermement que les entreprises privées et les OSBL ont un rôle essentiel à jouer dans la restructuration des modes de livraison de nombreux services de santé en vue de contribuer à l'assainissement durable des finances publiques du Québec.

Pour ce faire, nous savons que des balises doivent être établies afin de rassurer les citoyens et les parties prenantes du système de santé et de services sociaux du Québec sur les points suivants :

- le financement public ne sera pas remis en question et le rôle joué par les entreprises privées et les OSBL ne viendra pas diminuer, mais au contraire améliorer, l'accès et l'efficacité d'un système de santé d'accès universel;
- la mobilisation des entreprises privées et des OSBL se fera selon des règles transparentes et claires, stables, justes et équitables, et dans l'intérêt public général;
- les modes de financement et de contrôle de la qualité assureront une équité de traitement entre les différents fournisseurs de services (qu'ils soient publics, privés ou OSBL) et le libre choix du fournisseur de services.

Les entreprises et organismes représentés par le CEPSEM ne souhaitent pas obtenir un traitement de faveur ni quelque cadre réglementaire plus ou moins obscur ou flou. Au contraire, les entreprises que nous représentons réclament toutes des règles du jeu claires, transparentes, stables et prévisibles qui sont essentielles à toute organisation privée ou communautaire d'intérêt public.

Nous acceptons d'avance que des règles strictes de reddition de compte s'appliquent à tous les fournisseurs de services.

VIII. CONCLUSION

Face aux défis et difficultés auxquels est confronté le système de santé et de services sociaux du Québec, des décisions stratégiques majeures devront être prises et des gestes courageux devront être posés.

Nous comprenons que le contexte actuel de recherche de l'équilibre budgétaire comporte ses propres nécessités, mais comme l'a souligné le gouvernement à maintes reprises, les compressions que l'on cherche à réaliser actuellement devront être accompagnées de mesures plus structurantes. C'est dans cette dernière veine que s'inscrivent la démarche et les recommandations du CEPSEM.

Pour le CEPSEM, il est impératif que la remise à niveau du système de santé et de services sociaux ait lieu le plus rapidement possible. Il faut aller au-delà des modes traditionnels de livraison de services par un système étatique monopolistique. Il est possible de faire beaucoup mieux et les modèles dont il y a lieu de s'inspirer à cet effet sont nombreux. Il en va du mieux-être des patients, de la situation financière de l'État et des intérêts du Québec à moyen et long terme.

À notre avis, il est impossible de redresser durablement les finances publiques sans des changements profonds dans la livraison des services de santé. Le gouvernement doit resituer les enjeux à cet égard et prendre le leadership de revoir les façons de faire actuelles pour passer à de nouveaux modèles de livraison de service en associant à sa démarche les forces vives du secteur de la santé, tous horizons et secteurs confondus.

Le CEPSEM propose dans ce document des conditions favorables à une contribution complémentaire du privé en santé, une contribution à valeur ajoutée, tant du côté de la demande de services que de leur dispensation. Nous avons aussi priorisé des programmes où notre apport pourrait être bénéfique à l'État et qui peuvent être dispensés par des entreprises privées ou des organismes sans but lucratif, comme cela se fait ailleurs dans de nombreuses sociétés occidentales avancées.

Les entreprises et les OSBL que nous représentons ont non seulement l'expérience voulue en gestion, mais aussi la capacité d'investir de façon très importante dans l'immobilier, les technologies d'information et les équipements améliorant la productivité du système de santé, la qualité et l'accessibilité des services et des soins pour l'ensemble des Québécois.

Le CEPSEM estime pouvoir aider grandement à approfondir les stratégies de déploiement menant à un rôle accru des entreprises privées et des OSBL dans la livraison des services de santé. Ce rôle prendra toute sa dimension particulièrement dans le contexte actuel d'assainissement des finances publiques, de relance des investissements et du plein rétablissement de l'efficacité budgétaire et opérationnelle du système de santé dans sa globalité.

Nous suivons de près les travaux de différentes organisations sur la viabilité du système de santé, dont ceux du *Conference Board*, de l'Institut du Québec, du CIRANO, du Pôle Santé des HEC, et de quelques autres instituts.

À l'instar de l'engagement du ministère des Finances dans des études sur le financement des soins à l'activité, nous soumettons que si le gouvernement souhaitait confier des recherches ou études à l'une ou l'autre de ces organisations, nous serions heureux d'y participer en invitant nos membres à ouvrir leurs livres confidentiellement à des fins d'intérêt public.

Nous espérons ainsi pouvoir soutenir le ministre de la Santé et des Services Sociaux dans sa réorganisation du système public en cernant davantage le rôle et la place stratégique accrues que les entreprises privées devraient jouer dans la livraison de plusieurs services. Nous le répétons, nous sommes des partenaires de ce système public. Nous y croyons et sommes en mesure de contribuer à son efficience et à son avancement.

Les entreprises et OSBL du privé en santé ont un rôle complémentaire essentiel à jouer dans la livraison des services, peu importe le type de restructuration de la gouvernance. Selon les sondages que nous avons menés, les Québécois le conçoivent ainsi et sont prêts à ce que le privé occupe une place encore plus importante au sein du système.

La viabilité à moyen et long terme des systèmes de santé nationaux est aujourd'hui prise en compte par les agences de notation du crédit dans leur appréciation de la qualité des titres de financement émis par les États. Nous pensons que le CEPSEM et ses membres peuvent être des interlocuteurs privilégiés dans la définition et l'articulation d'une nouvelle vision stratégique du système de santé du Québec et contribuer ainsi à mobiliser l'expertise en gestion et les capitaux requis au service des objectifs supérieurs du gouvernement du Québec.

Chose certaine, le changement ne se produira pas de lui-même. Le CEPSEM est prêt à jouer un rôle positif dans la définition d'une nouvelle direction pour la livraison de services de santé au Québec au mieux des intérêts de l'ensemble des Québécois.

Annexe

- Rapport du sondage CROP 2014 mené pour le CEPSEM - « Perceptions des Québécois à l'égard des soins et services de santé privés »