



Mémoire présenté au ministère des Finances

Dans le cadre des consultations pour le budget 2024-2025
du gouvernement du Québec

***Innovier pour améliorer la performance du réseau de la santé
et le parcours de soins de la clientèle***

Janvier 2024

1670, BOUL. LIONEL-BERTRAND
SUITE 200
BOISBRIAND (QUÉBEC) J7H 1N7
COURRIEL : INFO@CEPSEM.CA
TÉLÉPHONE : (514) 868-2505

Table des matières

Innovier pour améliorer la performance du réseau de la santé et le parcours de soins de la clientèle.....	3
Sommaire exécutif et recommandations budgétaires	3
Un chemin déjà tracé avec le secteur privé qui mérite de continuer pour améliorer les services de santé	5
Accompagner les patients pour favoriser la sortie de l'hôpital	6
Recommandation no. 1.....	8
Unir nos forces pour dispenser des soins de qualité	8
Recommandation no. 2.....	9
Des propositions pour faciliter le parcours du vieillissement.....	9
Recommandation no. 3.....	10
Donner la liberté de choisir aux usagers.....	10
Recommandation no. 4.....	10
Témoigner de la qualité des services grâce à une évaluation transparente et publique	10
Recommandation no. 5.....	11
Soutenir les résidences privées pour aînés (RPA) dans le financement des soins	11
Recommandation no. 6.....	12
Recommandation no. 7.....	13
Une nouvelle orientation en soins à domicile à l'origine de trop nombreux bris de services	13
Recommandation no. 8.....	14
Des besoins en infrastructure criants auxquels nous pouvons contribuer.....	15
Recommandation no. 9.....	17
Recommandation no. 10.....	17
Ne pas fragiliser les entreprises dans le secteur des technologies de santé	17
Recommandation no. 11.....	19
Recommandation no. 12.....	19
L'alliance du public et du privé en santé : pour un meilleur accès à des soins de qualité! ...	19
Conclusion.....	20

Innovier pour améliorer la performance du réseau de la santé et le parcours de soins de la clientèle

Sommaire exécutif et recommandations budgétaires

Les propositions contenues dans le mémoire prébudgétaire du Conseil des entreprises privées en santé et mieux-être (CEPSEM), cette année, se veulent complémentaires et en cohérence avec la proposition du ministre de la Santé. Ce dernier désire optimiser les ressources humaines et financières du gouvernement du Québec, tout en visant une meilleure performance permettant d'assurer l'accès et la qualité des soins. Pour ce faire, il a choisi de s'appuyer sur le secteur privé afin de répondre aux nombreux défis du réseau de la santé. Voilà pourquoi nous réitérons notre collaboration afin de rendre plus performants les services offerts à la population, tout en préservant la gratuité des soins. En intégrant le privé dans l'offre de soins tel que le prévoit le projet de loi n° 15, le patient bénéficie ainsi davantage d'une liberté de choisir ses soins, qu'ils proviennent du système public ou privé, et ce, sans qu'il n'ait à déboursier de sa poche.

Parmi les pistes de réflexion proposées par l'Institut du Québec¹, on trouve celle de planifier et de préparer la population à des changements de pratiques importants : réduire les dépenses sans changer les façons de faire imposerait, selon lui, une réduction des services aux citoyens. Sinon, les efforts de ralentissement devront s'accompagner de réflexions sur les pratiques dans le secteur public et sur la manière de financer et d'offrir les services publics. Plusieurs juridictions ont démontré par le passé qu'une plus forte implication du secteur privé dans le réseau de la santé permet de maintenir ses engagements, tout en assurant un contrôle de la qualité et une meilleure efficacité dans la dispensation des services publics. Les chercheurs de l'Institut dédiés à identifier les politiques et actions nécessaires pour améliorer la société québécoise en se basant sur des données probantes, des analyses rigoureuses et les meilleures pratiques nous indiquent que les Québécoises et les Québécois adhèrent à cette proposition. Un sondage mené par Léger en septembre 2023 va d'ailleurs dans le même sens² :

- Les soins de santé donnés par le privé sont plus rapides pour 85 % des répondants et plus efficaces pour 57 % des personnes interrogées.
- La question suivante : « Si les coûts sont assumés par le gouvernement, me faire soigner au privé ou au public ne fait aucune différence pour moi » a recueilli 76 % d'appui.

On peut aisément conclure que, si les coûts sont assumés par le gouvernement, la population québécoise ne voit pas de différence à se faire soigner par le public ou le privé. Ce même sondage soutenait d'ailleurs que la population estime que le gouvernement devrait favoriser l'intégration de soins par des entreprises privées à l'intérieur de la couverture de l'assurance-maladie.

On augmente ainsi les options qui s'offrent aux patients, on rend le réseau plus fluide et on améliore la qualité des soins offerts aux patients.

Recommandation no. 1

Mobiliser les RPA, les ressources intermédiaires, les CHSLD privés et les entreprises de soins à domicile en adoptant des mesures structurantes incitatives à prendre en charge la clientèle NSA et éviter les retours à l'urgence.

¹Institut du Québec. Des idées pour 2024. Décembre 2023. <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2023/12/IDQ-202312-IDEES2024.pdf>

² <https://www.cepsem.ca/wp-content/uploads/2024/01/15261-025-Mouvement-innovation-santé-2023.pdf>

Recommandation no. 2

Contrer l'exode du personnel de la santé vers d'autres secteurs d'emploi ou vers des retraites anticipées en reconnaissant la contribution des employés œuvrant pour des entreprises privées et en respectant la clause de non-sollicitation de part et d'autre entre le réseau public et privé.

Recommandation no. 3

Créer un comité d'experts issus des secteurs public et privé afin d'analyser les outils d'évaluation de l'autonomie de la clientèle utilisés ici et ailleurs dans le monde afin d'évaluer la pertinence de se doter d'un outil commun d'évaluation de la clientèle favorisant la transmission des données des secteurs public et privé pour assurer un continuum de soins plus fluide et l'accès à des données probantes.

Recommandation no. 4

Accroître et bonifier l'offre de services des entreprises œuvrant au sein du système universel de santé. Des services offerts jusqu'alors en milieu hospitalier pourraient, par exemple, être dispensés par des partenaires privés en dehors des établissements ou des services à domicile.

Recommandation no. 5

Instaurer un outil d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, ainsi que des indicateurs de performance témoignant de la qualité et de l'accès aux soins qui seraient utilisés dans l'ensemble des organisations, autant publiques que privées.

Recommandation no. 6

Qu'une directive soit émise par le MSSS afin d'accélérer et simplifier la mise en place des rachats de services en RPA par les CIUSSS-CIUSSS.

Recommandation no. 7

Instaurer un crédit d'impôt sur la masse salariale vouée au personnel de soins et de services d'assistance des résidences privées pour aînés.

Recommandation no. 8

Encourager la collaboration entre les entreprises de soins à domicile privées et le système hospitalier pour répondre efficacement aux besoins des patients et pour améliorer la qualité de vie des patients en offrant des soins personnalisés, favorisant un rétablissement plus rapide et durable.

Recommandation no. 9

Mobiliser les entrepreneurs privés pour construire à moindre coût et plus rapidement des unités afin de répondre d'ici 18 à 24 mois aux besoins de milieux de vie adaptés aux aînés et envisager la location des unités d'hébergement à des promoteurs privés.

Recommandation no. 10

Financer de manière plus équitable les organismes et les entreprises privées pour la construction de nouvelles unités d'hébergement.

Recommandation no. 11

Valoriser les entreprises québécoises du secteur TI santé proposant des solutions innovantes afin d'optimiser les ressources technologiques du réseau de la santé.

Recommandation no. 12

Imposer un pourcentage obligatoire de contenu québécois dans les plateformes technologiques développées dans la foulée de la création de l'agence Santé Québec.

Un chemin déjà tracé avec le secteur privé qui mérite de continuer pour améliorer les services de santé

Certains commentateurs émettent des doutes sur la pertinence du privé en santé, soulignant qu'il n'est pas prouvé que le privé est aussi, sinon plus efficace que le public. Pourtant, le privé est déjà bien présent et les résultats sont probants. D'ailleurs, la population reconnaît largement cette contribution pour réduire l'attente.

- Les Groupes de médecine familiale (GMF) sont un bel exemple d'une institution privée accessible. Les omnipraticiens y côtoient les spécialistes et, ensemble, ils assurent une couverture complète des soins de santé. Ceux qui ont la chance de pouvoir y rencontrer leur médecin pourront témoigner de l'efficacité de ces institutions. La plupart des patients ne sont même pas conscients qu'il s'agit d'une entreprise privée, puisque les soins sont couverts par la RAMQ.
- Les Centres médicaux spécialisés (CMS) sont un autre bel exemple de partenariat entre le privé (CMS) et les hôpitaux publics. En y effectuant majoritairement des chirurgies d'un jour, les CMS ont permis de réduire considérablement les listes d'attente en chirurgie. Cette alliance entre le privé et le public est une autre façon d'améliorer l'accès aux soins couverts.
- Soulignons également la valeur de plus en plus reconnue des pharmacies qui contribuent davantage à l'amélioration de la fluidité du réseau, en offrant les services de première ligne permettant de libérer de manière significative la charge du réseau.
- Les établissements privés d'hébergement collaborent avec les CISSS et CIUSSS pour accélérer la libération de civières du réseau hospitalier, et ce avec un service de soins de qualité pour les usagers.

Ces exemples démontrent bien que le privé en santé a déjà effectué un chemin appréciable dans le réseau de la santé. Il démontre déjà des résultats concrets qui nous permettent d'offrir un spectre de soins toujours plus étendu pour mieux répondre aux besoins des patients. La volonté des acteurs du privé en santé n'est pas de cannibaliser le réseau, mais bien de le soutenir et de le désengorger pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins pour toute la population.

Confrontée à d'importants problèmes d'accès aux procédures urgentes de diagnostic du cancer du sein, la Saskatchewan annonçait aussi qu'elle comptait envoyer des patientes admissibles inscrites sur une liste d'attente urgente dans un établissement médical privé à Calgary. Dans cette province, d'autres mesures ont été mises en place comme la réservation centralisée de l'imagerie mammaire dans toute la Saskatchewan pour des soins continus et un accès plus rapide, ainsi que l'imagerie mammaire en 3D (tomosynthèse) dans les établissements de la *Saskatchewan Health Authority*³. Voilà un bel exemple de collaboration interprovinciale qui pourrait être reproduit dans l'est du pays, comme au Québec et en Ontario.

³ Saskatchewan Health. Saskatchewan Addressing Breast Cancer Diagnostic Wait Times. 29 novembre 2023. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2023/november/29/saskatchewan-addressing-breast-cancer-diagnostic-wait-times#:~:text=The%20Government%20of%20Saskatchewan%20is,service%20levels%20closer%20to%20home.>

J'AIMERAIS ÊTRE
CAPABLE DE RECEVOIR
**DES SERVICES AILLEURS
QU'À L'HÔPITAL** PARCE
QUE C'EST PLUS EFFICACE.



Le 15 novembre 2023, en raison de la pénurie de technologues et du nombre important de postes vacants de radiologues dans le réseau public, on rapportait que la liste en imagerie médicale s'allongeait de manière importante un peu partout au Québec, avec 350 000 requêtes en attente. On a donc appelé en renfort les cliniques privées, un recours qui a même été encouragé par le ministère de la Santé et des Services sociaux⁴.

Les membres du CEPSEM partagent l'avis du Collège des médecins qui a émis ce commentaire « le recours au privé peut être une solution à certains enjeux du réseau, mais il ne doit pas devenir un raccourci payant pour le patient. L'offre publique doit demeurer accessible dans des délais raisonnables »⁵.

Accompagner les patients pour favoriser la sortie de l'hôpital

La crise actuelle dans les urgences est considérée comme la pire depuis plus de 25 ans. Pour alléger le fardeau des services d'urgence et permettre à des patients ne nécessitant pas de soins actifs de sortir des centres hospitaliers, des ressources d'hébergement ou de soins à domicile privés ont proposé leur aide. L'Ontario, qui fait figure exemplaire au chapitre des soins à domicile, a l'habitude de faire appel aux entreprises de soins à domicile pour accélérer les congés à l'urgence. Le réseau négocie alors avec ces entreprises un forfait avec des indicateurs de résultats clairs. Par exemple, si le patient revient à l'urgence et que sa condition ne s'est pas améliorée, une pénalité leur est imposée.

Certaines entreprises implantées ailleurs au pays participent activement à la planification des besoins du réseau public. En Ontario, par exemple, les intervenants publics et privés passent, ensemble, en revue les patients en attente et les dirigent vers les services adaptés à leur condition (SAD, RPA, CHSLD, etc.). Cette table multidisciplinaire et multisectorielle est inspirée des « tumor board » qui permet une revue complète des besoins et du profil du patient.

Quand on observe que près de 14 % des usagers ne requérant plus de soins occupent toujours un lit en centre hospitalier, la logique serait de faire appel au secteur privé pour prendre en charge ces NSA afin de leur permettre de retourner plus rapidement à la maison.

⁴ Boily, D. et al. 350 000 requêtes en attente : des contrats accordés au privé en imagerie médicale. Radio-Canada. 14 novembre 2023. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2025466/imagerie-medicale-hopitaux-prive-attente>

⁵ CMQ.org. Collège des médecins du Québec. 14 novembre 2023. https://twitter.com/CMQ_org/status/1724815251483271223

Ces aînés en fin de soins actifs peuvent occuper pendant des jours des lits d'hôpitaux en attendant d'obtenir une place. Le 15 septembre, *La Presse* révélait que près d'un patient sur quatre hospitalisé dans l'ouest de Montréal était en attente d'hébergement en CHSLD, en santé mentale ou en réadaptation⁶.

L'offre de soins à domicile après une hospitalisation est étendue et l'intensité de soins peut aller jusqu'à l'accompagnement d'un client avec un profil ISO-SMAF 14 ou en fin de vie. Il est aussi possible d'accompagner les patients dès leur sortie de l'hôpital afin de prendre en charge la coordination de l'arrivée à la maison avec l'adaptation du domicile et la coordination des services professionnels nécessaires :

- Soins au chevet, à domicile ou à l'hôpital
- Soins personnels
- Entretien ménager
- Achats, préparation des repas et rangement
- Accompagnement
- Sorties extérieures
- Lecture et divertissement
- Répit pour les proches aidants
- Visites de surveillance
- Administration de médicaments
- Changement de pansements
- Thérapie intraveineuse
- Gestion de la douleur et des symptômes
- Gestion et traitement des maladies chroniques
- Soins ventilatoires
- Soins aux blessés graves

Les candidats, qui profitent de cette sortie accélérée pouvant bénéficier d'un accompagnement de 16 semaines, correspondent au profil suivant :

- Déficience cognitive légère à modérée
- 2 (ou plus) affections handicapantes nécessitant des soins
- Vit souvent seul ou bénéficie d'un soutien informel précaire
- Besoin d'aide pour les activités habituelles de la vie quotidienne telles qu'aller à la banque, la préparation des repas, faire l'épicerie et la gestion des médicaments
- Besoin d'aide pour s'habiller et/ou se laver
- La marche est généralement assistée par un déambulateur ou un fauteuil roulant
- Nécessite une assistance pour le transfert ou des modifications environnementales pour aider au transfert (siège de toilette surélevé, barres d'appui, etc.) En cas de transfert à 2 personnes, on s'attend à ce qu'avec les soins de réadaptation, 1 personne seulement serait nécessaire
- Nécessite de l'aide pour aller aux toilettes et peut être incontinent


⁶ Girard Bossé, A. Un patient hospitalisé sur quatre n'a plus besoin de soins. *La Presse*. 15 septembre 2023.
<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-09-15/ciuss-de-l-ouest-de-l-ile-de-montreal/un-patient-hospitalise-sur-quatre-n-a-plus-besoin-de-soins.php>


- Peut avoir besoin de soutien pour l'alimentation (stimulation alimentaire, être nourri, sonde gastrique, régimes modifiés)
- La douleur et/ou la dépression limite la participation aux activités

Recommandation no. 1

Mobiliser les RPA, les ressources intermédiaires, les CHSLD privés et les entreprises de soins à domicile en adoptant des mesures structurantes incitatives à prendre en charge la clientèle NSA et éviter les retours à l'urgence.

**SI LES COÛTS SONT ASSUMÉS
PAR LE GOUVERNEMENT, ME
FAIRE SOIGNER AU PRIVÉ OU
AU PUBLIC NE FAIT AUCUNE
DIFFÉRENCE POUR MOI.**






76%
EN ACCORD

Unir nos forces pour dispenser des soins de qualité

Nous sommes d'avis que les entreprises en santé et les établissements publics ont les mêmes aspirations : offrir des soins de qualité à la population et leur permettre d'être soignés selon leurs besoins. Une réelle alliance entre le public et le privé peut permettre de répondre encore mieux aux besoins de la population.

Voilà pourquoi la présence des établissements et des prestataires privés dans le réseau des établissements territoriaux qui sera créé dans les prochains mois avec la création de l'agence Santé Québec est plus pertinente que jamais. Rappelons que Santé Québec peut également conclure des ententes entre des établissements hospitaliers et des cabinets privés de professionnels, des laboratoires ou des centres médicaux spécialisés afin de leur confier la prestation de certains services médicaux spécialisés et ainsi améliorer l'accessibilité à ces services.



Selon un sondage web a été réalisé auprès de 1048 Québécois, âgés de 18 ans et plus. Les données ont été collectées du 22 au 26 septembre 2023 par Léger.

Les entreprises en santé et les établissements publics sont confrontés aux mêmes enjeux reliés à la pénurie de la main-d'œuvre. En s'alliant, des stratégies concertées pourraient contrer l'exode du personnel vers d'autres secteurs d'emplois. Des retraités de la fonction publique désirent poursuivre à mi-temps leur carrière et les organisations communautaires ou privées représentent des lieux d'accueil adéquat pour conserver cette expertise à mi-temps. Lorsqu'une entente est conclue avec le réseau de la santé, une clause de non-sollicitation des employés est imposée et respectée. Toutefois, quand les CISSS et les CIUSSS déploient des efforts énormes pour solliciter les employés des entreprises privées qui dispensent des services publics, cette façon de faire indispose celles-ci.

Le nombre de personnes en attente d'un premier service de soins à domicile réunit plus de 20 000 personnes⁷. Pour répondre à cette demande, on se doit de mobiliser toutes les compétences et la

⁷Québec. Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux. 12 janvier 2023.
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQzTIzOTc5NDZjNmZlIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDk3NS1iZjZlLWFmIjRiZTFhNzk5MjI9>

bienvieillance des travailleurs de la santé, peu importe pour qui ces gens travaillent. Une offre de service en provenance de plusieurs dispensateurs de soins (communautaires, privés et publics) augmente la prestation de soins dans le réseau public. D'autant plus que selon les plus récentes données disponibles en date du 18 novembre 2023, 51 494 employés du réseau de la santé sont absents⁸. C'est au-delà de 15 % des effectifs qui sont absents.

Recommandation no. 2

Contre l'exode du personnel de la santé vers d'autres secteurs d'emploi ou vers des retraites anticipées en reconnaissant la contribution des employés œuvrant pour des entreprises privées et en respectant la clause de non-sollicitation de part et d'autre entre le réseau public et privé.

Des propositions pour faciliter le parcours du vieillissement

Les interventions de nombreuses organisations communautaires, publiques ou privées peuvent se succéder au cours des années. Les trajectoires de services cliniques sont des éléments souvent sous-estimés dans le réseau de la santé, mais d'une grande importance pour le patient, particulièrement dans un contexte de vieillissement de la population.

En utilisant les mêmes données de gestion, l'alliance entre le privé et le public en serait facilitée. Prenons simplement l'évaluation de la clientèle âgée. Comment expliquer cette multitude d'outils d'évaluation ?

Pour évaluer le degré d'autonomie d'une personne âgée, le processus et les outils d'évaluation varient en fonction du service d'hébergement ou à domicile. En utilisant un tronc commun d'information concernant l'usager, la transition d'un milieu à l'autre pour les personnes en perte d'autonomie serait facilitée et ne nécessiterait pas une nouvelle évaluation à chaque déménagement, économisant ainsi des ressources humaines précieuses. De plus, l'outil privilégié pour évaluer la clientèle devrait être simple à utiliser, tout en étant fondé sur les meilleures pratiques et les données probantes. Des mesures de résultats, des protocoles d'évaluation et des indicateurs de qualité ne doivent pas être occultés par la simplicité de l'outil choisi. Enfin, les professionnels pouvant évaluer la clientèle devraient se trouver autant dans le réseau public que le réseau privé.

D'ailleurs, dans le rapport « Le devoir de faire autrement »⁹, la commissaire à la santé et au bien-être recommandait d'adopter un système d'évaluation des résultats en fonction d'une norme internationale reconnue pour soutenir la prise de décision (clinique, organisationnelle, gouvernance) et suggérait le :

- Déploiement de ce système d'évaluation dans tout le réseau de soutien à l'autonomie des personnes âgées, en commençant par les milieux d'hébergement;
- Déploiement par les CISSS/CIUSSS du système d'évaluation dans toutes les installations et ressources d'hébergement de leur territoire;
- Implantation du système d'évaluation dans tous les milieux d'hébergement et planification d'une évaluation périodique de tous les résidents.

⁸Idem

⁹Commissaire à la santé et au bien-être. Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19. Janvier 2022. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE_Resume_exec_rapport_final.pdf

Recommandation no. 3

Créer un comité d'experts issus des secteurs public et privé afin d'analyser les outils d'évaluation de l'autonomie de la clientèle utilisés ici et ailleurs dans le monde afin d'évaluer la pertinence de se doter d'un outil commun d'évaluation de la clientèle favorisant la transmission des données des secteurs public et privé pour assurer un continuum de soins plus fluide et l'accès à des données probantes.

Donner la liberté de choisir aux usagers

Nous soulignons notre appui à l'intention de la ministre Bélanger qui désire verser des allocations directes aux aînés pour qu'ils puissent se procurer les services de façon autonome auprès du fournisseur de leur choix.

La ministre responsable des Aînés, Sonia Bélanger, déclarait dans *La Presse* qu'on « ne peut pas mettre tout notre argent vers les CHSLD » pour soutenir le vieillissement de la population au Québec. Mme Bélanger prévoit verser éventuellement des allocations directes aux aînés pour pouvoir acheter des services de façon autonome. Elle veut aussi « revoir le modèle des ressources intermédiaires », soit des établissements qui accueillent des aînés en perte modérée d'autonomie. « Il faut bouger sur différents plans », dit la ministre.¹⁰

Cette avenue recueillera assurément l'adhésion de la population comme en témoigne un sondage Léger que nous avons commandé en septembre 2023¹¹. Cette consultation nous a appris que 85 % des répondants croient que les soins de santé donnés par le privé sont plus rapides. De plus, 74 % des répondants aimeraient être capables de recevoir des services ailleurs qu'à l'hôpital parce que c'est plus efficace.

En clair, ce que les Québécois demandent, c'est que les services soient accessibles, peu importe qui les dispense.

La capacité du réseau serait accrue si on accordait une plus grande place au privé. Cela permettrait un accès rapide aux soins, au bénéfice des patients, en plus de désengorger le système public, et ce, à moindre coût et manière plus efficiente.

Recommandation no. 4

Accroître et bonifier l'offre de services des entreprises œuvrant au sein du système universel de santé. Des services offerts jusqu'alors en milieu hospitalier pourraient, par exemple, être dispensés par des partenaires privés en dehors des établissements ou des services à domicile.

Témoigner de la qualité des services grâce à une évaluation transparente et publique

Pour évaluer la performance du réseau de la santé, globalement, nous suggérons d'introduire des mesures de la performance qui seraient les mêmes pour les organisations privées, communautaires et publiques.

Nous évoquons depuis plusieurs années la possibilité d'augmenter la présence du privé. Comme les organismes communautaires, les coopératives, les organisations privés ne sont pas évalués selon les mêmes critères que le public, il nous manque actuellement de données pour faire une comparaison adéquate. En

¹⁰ Lacoursière, A. Le pire est à venir. *La Presse*. 2 octobre 2023. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/attente-pour-des-places-en-chsld/c-est-long-a-mort/2023-10-02/hebergement-pour-aines/le-pire-est-a-venir.php>

¹¹ AJOUTER LA RÉFÉRENCE AU SONDAGE

évaluant tous les dispensateurs de soins selon les mêmes critères que le public, nous pourrions désormais avoir un portrait juste de la performance du privé par rapport à celui du public.

Pour ce faire, et afin que l'évaluation soit pertinente pour favoriser la mesure du public et du privé, nous croyons nécessaire d'établir une liste commune de critères d'évaluation de la qualité des soins. Ces critères doivent être les mêmes autant pour le public que dans le privé. Dans les autres provinces canadiennes, les partenaires privés sont évalués sur ces éléments :

- Temps entre la demande et le premier service (et/ou le premier contact)
- Satisfaction de la clientèle
- Satisfaction de l'employé
- Durée du service (en mois/année par client/famille)
- Nombre de visites manquées

Idéalement, l'évaluation à l'aide de ces critères, devrait se faire par un tiers indépendant afin d'assurer la pertinence de cette évaluation exempte de biais.

Recommandation no. 5

Instaurer un outil d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, ainsi que des indicateurs de performance témoignant de la qualité et de l'accès aux soins qui serait utilisé dans l'ensemble des organisations, autant publiques que privées.

Soutenir les résidences privées pour aînés (RPA) dans le financement des soins

Des centaines de RPA se sont vues forcées de fermer au cours des dernières années, uniquement pour l'an dernier, il s'agit de plus de 2500 unités qui ont fermé. La majorité d'entre elles offraient des services de soins et/ou d'assistance à leurs résidents. De même, plusieurs autres RPA ont été contraintes de réduire leur offre de services en soins, voire même de les arrêter complètement. Peu de nouvelles RPA se lancent dans les soins et services d'assistance et celles qui en font encore aujourd'hui sont également à risques si les règles actuelles de sous-financement des services de santé persistent. Les RPA sont un maillon important et essentiel pour soutenir le réseau de la santé, notamment en palliant à l'incapacité du réseau de répondre aux besoins grandissants de la population vieillissante souhaitant demeurer à domicile.

Plus important encore, la présence d'unités de soins dans les résidences fait en sorte que les résidents sont parfois privés du niveau de soins auxquels ils ont besoin et auraient droit. Ceux-ci se retrouvent alors en dépassement de soins, soit parce que la RPA n'a pas le personnel ou le plateau technique pour répondre à tous les besoins de ces résidents ou en raison de l'incapacité de payer des résidents. Comment expliquer que cette clientèle n'ait pas accès à des services équitables? Il s'agit pourtant d'une priorité gouvernementale d'offrir des services à la maison afin de maintenir les aînés à domicile, selon leur souhait, plutôt qu'en CHSLD ou en centre hospitalier.

Comment pouvons-nous expliquer que les budgets mis à la disposition des CISSS/CIUSSS pour procéder à l'achat de services dans les RPA sont peu utilisés alors que les besoins en soutien à domicile de la clientèle en RPA sont criants ?

Recommandation no. 6

Qu'une directive soit émise par le MSSS afin d'accélérer et simplifier la mise en place des rachats de services en RPA par les CISSS/CIUSSS.

En 2018, il y avait près de 2 300 résidences privées pour aînés (RPA), actuellement ce nombre atteint 1 529. La vague de fermeture qui sévit depuis 5 ans affecte principalement les petites RPA, selon le MSSS, les grandes RPA de 50 unités et plus ont vu leur nombre augmenter durant la même période. Ces établissements offrent actuellement une option qui est privilégiée par près de 16 % des Québécois âgés de 75 ans et plus.

Les RPA jouent un rôle indispensable dans la vie de plusieurs aînés au Québec. Ceux-ci ont choisi d'y habiter pour y trouver la sécurité et un sens de la communauté. Lorsque la condition d'un résident se dégrade, plusieurs RPA bénéficient d'unités de soins permettant aux résidents qui vivent des problèmes de santé légers d'obtenir des soins en résidence, ce qui réduit l'achalandage dans le réseau de santé. De plus, un aîné qui reçoit des soins dans sa résidence évite un déracinement qui est parfois très dommageable à cet âge.

Le CEPSEM est préoccupé par la situation vécue par les résidents, le personnel et les propriétaires de RPA qui subissent les conséquences d'une crise de financement sans précédent. De nombreuses résidences ferment leurs portes, faute de moyens.

La solution proposée par le milieu est celle d'instaurer un crédit d'impôt sur la masse salariale vouée au personnel de la santé dans les RPA. Il s'agit d'une solution qui est simple à instaurer et qui aiderait l'ensemble des établissements offrant des services de santé qu'ils soient petits ou grands. Ainsi, les salaires visés seraient ceux du personnel infirmier, auxiliaire ou des préposés œuvrant dans les résidences qui accueillent des personnes en légère perte d'autonomie et qui offrent des services de soins et d'assistance à domicile (catégorie 3) et les RPA spécialisées en soins s'adressant à une clientèle en perte d'autonomie (physique et/ou cognitive) devant être prise en charge et nécessitant des soins et services quotidiens (catégorie 4).

L'idée d'un crédit d'impôt sur la masse salariale n'est pas nouvelle, il est utilisé dans l'industrie du multimédia (CTMM) qui offre un crédit de 37,5 % pour les dépenses liées à la main-d'œuvre admissible¹². Lors de la dernière évaluation des impacts du crédit d'impôt, les conclusions étaient positives à l'effet qu'il avait eu un impact déterminant sur le développement de l'emploi dans ce secteur et que les retombées fiscales étaient positives pour le Québec.

Le CEPSEM croit que l'instauration d'une telle mesure donnerait suffisamment d'air aux RPA du Québec pour réduire considérablement le nombre de fermetures et permettre au réseau de contribuer à l'offre de logement et aux services nécessaires au bien-être de nos aînés. On assurerait également une meilleure rétention du personnel soignant dans ces milieux de vie. Les gestionnaires de RPA souhaiteraient pouvoir suivre les hausses du réseau, mais n'ont pas les moyens de le faire. Un crédit d'impôt sur la masse salariale permettrait d'offrir des salaires comparables au réseau public ou du moins de s'en approcher en termes de conditions salariales.

¹² Revenu Québec. Crédit d'impôt pour des titres multimédias. 12 janvier 2023.

<https://www.revenuquebec.ca/fr/entreprises/impots/impot-des-societes/credits-dimpot-des-societes/credits-auxquels-une-societe-peut-avoir-droit/credit-dimpot-pour-des-titres-multimedias/>

Recommandation no. 7

Instaurer un crédit d'impôt sur la masse salariale vouée au personnel de soins et de services d'assistance des résidences privées pour aînés.

Une nouvelle orientation en soins à domicile à l'origine de trop nombreux bris de services

Une recherche réalisée pour le compte de la commissaire à la santé et au bien-être nous confirme que face au tsunami gris qui s'annonce, pour maintenir le niveau actuel de services, le gouvernement devra recruter 13 700 infirmières et 45 600 travailleurs offrant des soins personnels et de l'aide à la vie quotidienne. C'est sans compter les places en CHSLD ou en maison des aînés : il faudra en ajouter 42 500, et ce, d'ici 2040¹³.

Au cours des prochaines années, la pression s'intensifiera encore plus avec le vieillissement des proches aidants. Entre 2014 et 2030, la population âgée du Canada passera de 6 millions à plus de 9,5 millions de personnes et les projections indiquent que le nombre de membres proches aidants disponibles pour fournir des soins à leurs êtres chers diminuera de 30 %, selon le récent livre blanc du Centre canadien d'excellence pour les proches aidants¹⁴. Actuellement, 1 adulte sur 3 est proche aidant au Québec. Parmi ces 2,3 millions de personnes, 49 % ont un travail à temps plein en plus d'être proche aidant¹⁵.

Les proches aidants fournissent des soins équivalents à ceux fournis par 2,8 millions de fournisseurs de soins rémunérés à plein temps chaque année. Cela permet d'économiser des milliards de dollars en ressources de soins de santé^{16,17} et de pouvoir réattribuer ces sommes ailleurs. Ces économies permettent également aux bénéficiaires de soins de vivre chez eux plutôt que dans des milieux de vie plus coûteux¹⁸.

Devant ce constat, la demande pour les soins à domicile ne peut que s'intensifier. Comment expliquer alors l'orientation qui a été prise par les établissements dans la gestion des soins à domicile ? Depuis le 1^{er} octobre 2023, une nouvelle approche soulève des inquiétudes.¹⁹ Des entreprises de soins à domicile se voient imposer de « prêter » leurs employés aux CISSS et aux CIUSSS qui les gèrent comme de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Pourtant, les entreprises de soins à domicile se distinguent des agences de placement par leur gestion intégrée des soins. Elles offrent une prise en charge complète, stable et non sporadique de l'usager, contrairement aux agences de placement.

¹³ Chaire de recherche Jacques-Parizeau. Projection du soutien à l'autonomie au Québec jusqu'en 2040. 15 novembre 2023.

https://www.hec.ca/salle_de_presse/communiqués/2023/chaire-recherche-jacques-parizeau-projection-soutien-autonomie-au-quebec-jusqu-en-2040.html

¹⁴ Centre canadien d'excellence pour les aidants. Prendre soin : Comment améliorer le paysage de la prestation de soins au Canada. Novembre 2022. https://canadiancaregiving.org/wp-content/uploads/2022/11/CCEA_Prendre-soin.pdf

¹⁵ Appui proches aidants. 1 adulte sur 3 au Québec est proche aidant. 29 mars 2023. <https://www.lappui.org/fr/actualite/1-adulte-sur-3-au-quebec-est-proche-aidant/#:~:text=34%20%25%20des%20adultes%20qu%27%20A9b%27%20A9cois%27%20B7es%20ont%20proches%20aidant%27%20B7es&text=En%20effet%20%20elle%20identifie%20qu,au%20moins%201h%20par%20semaine>

¹⁶ Fast, Janet et al. "Family Day Imagery Neglects Family Caregivers' Care Work; It Needs to Be Valued." *The Conversation*. 20 février 2022. <https://theconversation.com/family-day-imagery-neglects-family-caregivers-care-work-it-needs-to-be-valued-175801>

¹⁷ Fast, Janet et al. "Making Caregivers' Contributions Visible, Valuable and Sustainable. In: Meeting, ACFC, Ed."

¹⁸ Samir Sinha et al., "Why Canada Needs to Better Care for its Employed Caregivers," (Toronto, 2018),

<https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5d9de40b6f82867f0a4729e1/1570628621053/workin-gcaregivers.pdf>

¹⁹ Lévesque, F. Vive inquiétude pour les soins à domicile. *La Presse*. 2 novembre 2023.

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-11-02/abolition-des-agences-de-placement-privées/vive-inquietude-pour-les-soins-a-domicile.php>

Cette nouvelle politique contrevient à l'objectif gouvernemental de promouvoir la collaboration entre le public et privé. Plus important, encore, elle réduit l'accès aux soins à domicile qui est pourtant le choix privilégié des aînés.

Depuis les changements apportés le 1er octobre 2023, dans une seule région, près de 10 employés ont démissionné et n'ont pas accepté de revenir à l'emploi du CISSS, malgré l'amélioration de leurs conditions salariales. C'est donc une perte nette pour le réseau, mais surtout pour les proches aidants et les aidés. Compte tenu des besoins croissants, on ne peut pas se priver de ces professionnels expérimentés. Certains employés ne veulent pas retourner dans le système public puisqu'ils ont pris leur retraite et désirent simplement faire une différence dans la vie des bénéficiaires qu'ils visitent sur une base continue. L'âge de ces travailleurs se situe majoritairement entre 55 et 70 ans. C'est une expertise dont on ne peut se priver.

La commissaire à la santé et au bien-être estime que le nombre de Québécois ayant besoin d'aide à domicile pour réaliser des activités de la vie quotidienne est entre 400 000 et 530 000.

En raison du fort volume et de l'envergure des services rendus, les entreprises de SAD utilisent des outils technologiques permettant une optimisation des routes et du pairage et une gestion des dossiers des patients qui permet de suivre le parcours de soins dans son ensemble.

Un constat important de la Commissaire à la santé et au bien-être mérite qu'on s'y attarde et nous fait craindre des bris de services importants dans les soins à domicile si la décision de traiter les entreprises de soins à domicile comme des agences de placement demeure.

Dans les CLSC, les heures passées directement avec les personnes à domicile varient de 25 % à 32 %²⁰. En ce qui concerne les entreprises privées de SAD, c'est près de 100 % du temps qui est passé à la maison en assistance directe au patient. Ces entreprises se sont dotées d'outils informatiques permettant d'optimiser les déplacements, de gagner en efficacité et en partage des renseignements cliniques. Certaines utilisent même l'intelligence artificielle pour favoriser le pairage, etc.

Le coût d'une heure de soins dispensée par une préposée aux bénéficiaires du réseau public est 130,15 \$ (contre seulement 45 \$ de l'heure dans certaines grandes entreprises privées), puisqu'il faut trois employées au public pour réaliser l'équivalent d'une employée au privé, sachant qu'une préposée ne passe que 25 % à 32 %²¹ de son temps au chevet de l'utilisateur.

Recommandation no. 8

Encourager la collaboration entre les entreprises de soins à domicile privées et le système hospitalier pour répondre efficacement aux besoins des patients et pour améliorer la qualité de vie des patients en offrant des soins personnalisés, favorisant un rétablissement plus rapide et durable.

Du côté de la Colombie-Britannique qui a choisi de ne plus faire affaire avec les entreprises de soins à domicile, on remarque que la situation ne s'est pas améliorée, bien au contraire. L'accès aux services de santé et d'aide à domicile, notamment des heures de soins limitées, les listes d'attente pour les services à

²⁰ Commissaire à la santé et au bien-être. Bien vieillir chez soi – Tome 1. 28 mars 2023.

<https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-1-comprendre-lecosysteme.html>

²¹ Idem

domicile et des horaires incohérents demeurent les problèmes les plus fréquemment signalés par les personnes âgées auprès de l'Office of the Seniors Advocates²².

Un rapport récent, au titre évocateur, *We must do Better*²³, nous apprend qu'en Colombie-Britannique, le choix d'internaliser les services à domicile n'a pas eu les résultats escomptés puisqu'alors que les fonds alloués à l'aide à domicile ont augmenté de 42 % au cours des cinq dernières années, le nombre d'heures dispensées n'a augmenté que de 5 % et la province ne parvient pas à répondre à la demande croissante, faute de partenaires encore en affaires.

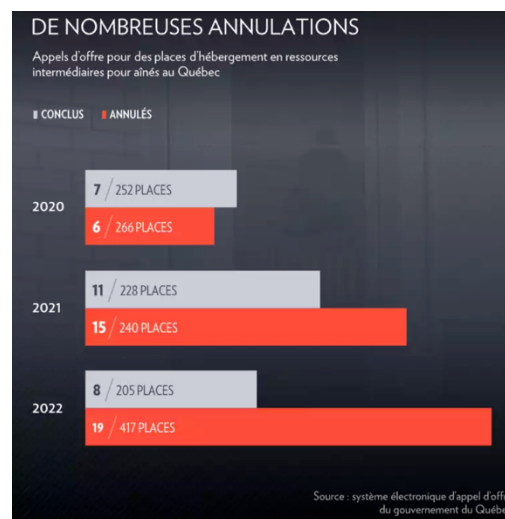
A contrario, le bilan ontarien est fort enviable alors que dans cette province, on a choisi de préqualifier les entreprises, les évaluer et les soutenir dans la dispensation des services. Grâce au secteur privé, les 107 fournisseurs ontariens dispensent 59 millions d'heures de soins à plus de 730 000 patients.

Des besoins en infrastructure criants auxquels nous pouvons contribuer

La population de 85 ans et plus, principalement utilisatrice des CHSLD, augmentera de 50 % d'ici 2030 et va tripler d'ici 2045²⁴, ce qui nécessitera une expansion rapide des infrastructures. Les projections indiquent la nécessité d'ajouter jusqu'à 30 000 lits d'ici 2030.

*Si rien ne change, ce sont 3000 nouvelles places d'hébergement que la province devra ajouter chaque année d'ici 2050, selon le professeur à la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Philippe Voyer.*²⁵

Du côté des ressources intermédiaires, entre 2020 et 2022, 40 des 66 appels d'offres pour créer des places dans des ressources intermédiaires pour personnes âgées ont été annulés, constate-t-on en épluchant le site du système électronique d'appels d'offres du gouvernement. En tout, ce sont 923 places qui n'ont ainsi pas pu être ajoutées au parc immobilier.²⁶ L'année dernière, seulement 184 nouvelles places se sont ajoutées au parc d'hébergement de longue durée, confirmait le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en octobre dernier²⁷.



²²Office of the seniors advocate of British Columbia. Annual Report 2022-2023. Août 2023.

https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2023/08/OSA-Annual-Report-2022_23-final.pdf

²³Office of the seniors advocate of British Columbia. *We must do better: Home support services for BC seniors*. Février 2023.

<https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2023/02/OSA-HOME-SUPPORT-REPORT-2023-ONLINE.pdf>

²⁴Fortin, P. Prévoir l'ouragan démographique. *L'actualité*. mai juin 2020. <https://lactualite.com/lactualite-affaires/prevoir-louragan-demographique/>

²⁵Lacoursière, A. Le pire est à venir. *La Presse*. 2 octobre 2023. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/attente-pour-des-places-en-chsld/c-est-long-a-mort/2023-10-02/hebergement-pour-aines/le-pire-est-a-venir.php>

²⁶Lacoursière, A. Le pire est à venir. *La Presse*. 3 octobre 2023. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-10-03/ressources-intermediaires/les-nouvelles-constructions-a-l-arret-presque-complet.php>

²⁷Lacoursière, A. Les nouvelles constructions à l'arrêt « presque complet ». *La Presse*. 3 octobre 2023.

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/attente-pour-des-places-en-chsld/c-est-long-a-mort/2023-10-02/hebergement-pour-aines/le-pire-est-a-venir.php>

En analysant les contrats de construction conclus, le prix par lit se situe souvent au-delà d'un million de dollars pour les maisons des aînés. Ces montants nous semblent inexplicables puisque les membres du CEPSEM construisent actuellement des unités d'hébergement comparables, de grande qualité, qui tiennent compte des pratiques cliniques actuelles à 40 % ou 50 % du prix payé, par la Société québécoise des infrastructures (SQI), pour les Maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA). D'autres réussissent à bâtir des unités de grande qualité, qui respectent les meilleurs standards cliniques pour 25 % à 30 % du million requis pour construire une seule unité dans les maisons des aînés. En plus des économies pouvant être réalisées, une nouvelle construction pourrait se réaliser en l'espace d'une période de 18 mois, avec la flexibilité du partenaire privé.

Les coûts par lit pour les projets de maisons des aînés

# projet	Description	Nb Lit	Prix par lit estimé	Prix par lit réel
SCT				
544	Longueuil (2)	72	599 722,76 \$	854 166,67 \$
520	Baie-Comeau (2)	48	863 723,30 \$	1 204 166,67 \$
524	Granby (2)	48	758 062,50 \$	1 056 250,00 \$
540	Carignan (2)	96	639 468,75 \$	904 166,67 \$
513	Saint-Hilarion (2)	48	748 125,00 \$	1 052 083,33 \$
543	Salaberry-de-Valleyfield (2)	96	703 504,17 \$	997 916,67 \$
525	Coaticook (2)	48	735 979,10 \$	1 031 250,00 \$
539	Trois-Rivières (2)	96	667 711,77 \$	977 083,33 \$
547	Dorval (2)	72	660 695,56 \$	900 000,00 \$
572	Sainte-Elisabeth (ancien CHSLD)	42	1 183 857,00 \$	1 783 333,33 \$
549	Gatineau-Masson-Angers	72	688 141,35 \$	941 666,67 \$
		Moyenne	721 038,94 \$	1 021 544,72 \$
439	Maniwaki (ancien CHSLD)	100	889 783,60 \$	1 124 000,00 \$
602	Lac-Mégantic (ancien CHSLD)	99	674 956,65 \$	1 089 898,99 \$
578	Montréal (ancien CHSLD Jeanne-Le-Ber)	288	492 881,94 \$	936 457,33 \$
571	Montréal (ancien CHSLD Denis-Benjamin-Viger)	192	549 854,17 \$	1 144 270,83 \$
445	Chandler (ancien CHSLD Rocher-Percé agrandissement 51 et réaménagement 48)	51	989 176,47 \$	1 176 470,59 \$
576	Montréal (ancien CHSLD Nicolet)	240	-	111 250,00 \$
580	St-Charles-Borromée (ancien CHSLD Parphila-Ferland et Saint-Eusèbe)	288	-	955 208,33 \$
		Total	1996	Moyenne
			621 601,46 \$	1 042 527,82 \$

Québec accuse un retard important en termes d'investissements en infrastructures en hébergements des aînés. En plus, le degré de vétusté des installations existantes est très avancé puisque 33 % des CHSLD ont été bâtis il y a plus de 40 ans et souffrent d'un déficit d'entretien important.

Le président de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) expliquait récemment à un journaliste qu'avec l'inflation et l'augmentation des prix des terrains et des coûts de construction, la rétribution prévue par le gouvernement pour les ressources intermédiaires (RI) ne suffisait plus. La somme la plus élevée que peut recevoir une RI du gouvernement est de 202 000 \$ par place par année. Ce qui « sous-estime grandement la valeur réelle d'une chambre ». Selon lui, il est actuellement « impossible de bâtir en bas de 300 000 \$ la porte ». Pour les propriétaires de ces ressources

d'hébergement, si les nouvelles constructions de RI sont au point mort, « ce n'est pas faute de propriétaires intéressés, mais bien faute de financement conséquent »²⁸.

Une voie à explorer est celle qui a été analysée dans le Rapport d'Accuracy²⁹, publié en novembre 2019, qui montre que le modèle traditionnel coûte 39 % de plus que le modèle locatif (construction, opération et financement) :

- Coûts de construction 59 % moins élevés en locatif
- Coûts de financement sont similaires d'un modèle à l'autre
- Coûts d'opération 12 % moins élevés en locatif

Ainsi, une transition vers la location pourrait entraîner des économies supplémentaires pour le MSSS de 21 %, et ce, malgré le loyer à payer au propriétaire locateur.

Recommandation no. 9

Mobiliser les entrepreneurs privés pour construire à moindre coût et plus rapidement des unités afin de répondre d'ici 18 à 24 mois aux besoins de milieux de vie adaptés aux aînés et envisager la location des unités d'hébergement à des promoteurs privés.

Recommandation no. 10

Financer de manière plus équitable les organismes et les entreprises privées pour la construction de nouvelles unités d'hébergement.

Ne pas fragiliser les entreprises dans le secteur des technologies de santé

Autrefois connu sous le nom de Dossier clinique informatisé, le dossier de santé numérique devait être implanté dans tout le réseau en 2014. Un moratoire, de nombreux changements et 10 ans plus tard, un contrat vient d'être accordé à un géant américain, Epic Systems, pour l'implantation du DSN. L'attribution du contrat à cette entreprise américaine suscite certaines préoccupations.

Dans un premier temps, on peut se questionner sur la décision d'investir 3 à 6 milliards \$ de l'avoir des Québécoises et des Québécois dans un géant américain et que ces sommes importantes traversent directement la frontière vers les États-Unis. Les retombées pour les entreprises informatiques d'ici seront nulles. Pire encore, les 230 entreprises qui soutiennent le réseau de la santé n'auront d'autres choix que de faire des affaires à l'étranger si elles veulent survivre et préserver leurs emplois.

Déjà, les effets se font sentir. Certains projets informatiques portés par des entreprises québécoises sont arrêtés ou ralentis. Pourtant, l'histoire d'Epic nous a démontré qu'on pourrait prendre de nombreuses années à livrer si l'on se fie aux expériences ailleurs dans le monde. À cet échéancier prolongé s'ajoutera sans doute un dépassement budgétaire³⁰. De l'aveu même du ministre de l'Économie, tous les grands projets

²⁸ Lacoursière, A. Les nouvelles constructions à l'arrêt « presque complet ». La Presse. 3 octobre 2023.

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-10-03/ressources-intermediaires/les-nouvelles-constructions-a-l-arret-presque-complet.php>

²⁹ Accuracy International. Mediforce : rapport final. 21 novembre 2019

³⁰ Hoeksma, J. Speculation of national Epic deal with NHS England. Digital Health. 7 octobre 2021.

<https://www.digitalhealth.net/2021/10/speculation-of-epic-deal-with-nhs-england/>

connaîtront un dépassement budgétaire puisque l'« on vit dans une période inflationniste³¹ ». Le bilan des projets informatiques pilotés par le ministère est peu enviable. Pensons simplement à la plateforme Rendez-vous santé Québec qui a été mise en place pour compétitionner les services privés de rendez-vous médicaux et qui a été critiqué par les médecins, en plus de ne pas respecter le budget et l'échéancier prévus^{32, 33, 34}. Les autres projets informatiques avec les entreprises d'ici sont aussi peu enviables puisque plusieurs ont été annulés ou reportés par le ministère de la Santé pour donner la priorité au développement du DSN.

Le contrat attribué à Epic Systems préoccupe plusieurs entreprises et employés spécialisés en informatique établis au Québec. La recette employée par l'entreprise américaine du Wisconsin a d'ailleurs fait l'objet d'un article de fond dans une récente édition de Forbes³⁵. La dirigeante d'Epic Systems se targuait de ne pas avoir perdu un seul client au cours des dix dernières années, ce qui signifie que les entreprises québécoises — dont plusieurs sont soutenues par des investisseurs québécois comme Investissement Québec — n'auront d'autres choix que de regarder au-delà des frontières du Québec si elles désirent croître. La réputation de ce géant américain est connue ; elle n'a pas l'habitude de partager la glace avec d'autres joueurs. Elle s'infiltré et s'immisce dans chaque interstice d'une organisation de santé.

Les tentacules d'Epic sont réputés pour leur portée limitée, ce qui est en grande partie voulu. Aux États-Unis, on a constaté qu'il est extrêmement facile pour un hôpital, par exemple, de partager les dossiers d'un patient cancéreux avec une clinique de chimiothérapie extérieure, tant que les deux établissements utilisent le logiciel d'Epic. Si la clinique de chimiothérapie utilise le logiciel d'un concurrent d'Epic, elle ne sera probablement pas en mesure d'accéder aux dossiers du patient. Tout comme si la clinique souhaite expérimenter une application tierce moins chère, elle risque d'avoir du mal à le faire. Epic ne travaille avec les applications de santé qu'au cas par cas. Par conséquent, il sera important pour le gouvernement du Québec de préserver les entreprises québécoises. Actuellement, plus de 200 fournisseurs technologiques locaux soutiennent le réseau de la santé sur une base quotidienne. Qu'advient-il d'eux une fois qu'Epic aura occupé le marché ?

Le fait d'attribuer un contrat de si grande importance à un joueur étranger va à l'encontre de la vision du ministère de l'Économie et de l'Innovation³⁶. La position de ce ministère à l'égard des marchés publics est claire :

Au Québec, les contrats octroyés par des organisations publiques représentent des milliards de dollars chaque année. Qu'il s'agisse de ministères, d'organismes publics, de sociétés d'État ou de municipalités, ces derniers achètent des biens et des services aux entreprises pour répondre à leurs besoins et remplir leur mission auprès de la population.

³¹ La Presse canadienne. Pour Pierre Fitzgibbon, tout projet connaîtra désormais un dépassement de coûts. Radio-Canada. 18 mai 2023. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1980666/quebec-projets-depassements-couts-fitzgibbon>

³² Ducas, I. D'importants ratés pour Rendez-vous santé Québec. La Presse. 22 octobre 2018. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201810/21/01-5201144-dimportants-rates-pour-rendez-vous-sante-quebec.php>

³³ Bellerose, P. Encore des millions \$ pour Rendez vous santé Québec. Journal de Québec. 18 octobre 2019. <https://www.journaldequebec.com/2019/10/18/encore-des-millions--pour-rendez-vous-sante-quebec>

³⁴ Gagnon, M-A. « Votre Santé » : la CAQ promet une nouvelle plateforme de prise de rendez-vous. Journal de Québec. 2 septembre 2022 <https://www.journaldequebec.com/2022/09/02/votre-sante-la-caq-promet-une-nouvelle-plateforme-de-prise-de-rendez-vous>

³⁵ Jennings, K. The Billionaire Who Controls Your Medical Records. Forbes. 8 août 2021. <https://www.forbes.com/sites/katiejennings/2021/04/08/billionaire-judy-faulkner-epic-systems/?sh=4ee096dd575a>

³⁶ Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie. S'informer/Marchés publics. 12 janvier 2023. <https://www.economie.gouv.qc.ca/objectifs/informer/marches-publics>

Ces types de contrats constituent les « marchés publics ». L'accès à ceux-ci équivaut à un fort potentiel de développement pour les entreprises québécoises, et ce, dans une multitude de secteurs d'activité³⁷.

Recommandation no. 11

Valoriser les entreprises québécoises du secteur TI santé proposant des solutions innovantes afin d'optimiser les ressources technologiques du réseau de la santé.

Recommandation no. 12

Imposer un pourcentage obligatoire de contenu québécois dans les plateformes technologiques développées dans la foulée de la création de l'agence Santé Québec.

L'alliance du public et du privé en santé : pour un meilleur accès à des soins de qualité!

Les membres du CEPSEM collaborent sur une base quotidienne avec le réseau de la santé. Pour eux, l'accessibilité et l'amélioration des services offerts aux patients passent par l'innovation.

Le réseau de la santé est aux prises avec de multiples défis, l'objectif du CEPSEM avec notre proposition est de réitérer notre engagement envers l'amélioration du réseau public de la santé grâce à la collaboration entre nos organisations et le réseau.

Nous considérons que nos objectifs communs s'alignent pleinement et que les propositions que nous avons soumises nous permettraient d'améliorer considérablement l'offre de soins et de services à la population. Pour ce faire de nombreuses entreprises québécoises ont développé ou ont intégré l'innovation dans leurs façons de faire. Elles ne souhaitent qu'en faire bénéficier davantage le réseau public.

³⁷ Idem

Conclusion

Devant l'ampleur du travail à accomplir pour redresser le réseau, libérer les urgences, offrir un plus large spectre de soins, réduire les listes d'attente et prévenir les blessures ou autres problèmes de santé, il est temps de reconnaître les limites du réseau public et élaborer une réelle alliance avec les entreprises en santé. Les entreprises en santé ont la capacité de soutenir l'atteinte de ces objectifs et d'améliorer continuellement la portée des soins par l'intégration d'innovations basées sur les dernières technologies.

Compte tenu de l'engagement du gouvernement du Québec dans la santé et le mieux-être des citoyens, nous sommes d'avis que les bénéfices à tirer de la collaboration entre le secteur privé et le secteur public sont incontournables. Ce qui doit maintenant être fait afin de permettre cette alliance : financer les projets de collaboration entre le réseau et les entreprises pour faire avancer les soins et l'hébergement à l'extérieur des urgences et offrir la possibilité à tous les citoyens de se faire soigner à l'endroit qu'ils souhaitent. Le privé en santé a la capacité d'offrir les soins dans les temps adéquats, afin d'assurer le bien-être des patients.

Nous sommes donc d'avis qu'une réflexion mutuelle avec les acteurs du privé autour de la table, incluant des membres du CEPSEM, assurera l'atteinte des objectifs identifiés par tous les acteurs.