



**fccq** | Fédération des chambres  
de commerce du Québec



**Mémoire portant sur le projet de loi n° 10,  
Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau  
de la santé et des services sociaux,  
notamment par l'abolition des agences régionales**

**Présenté à la Commission parlementaire  
de la santé et des services sociaux**

**20 Octobre 2014**

## PRÉSENTATION DE LA FCCQ

La Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ) est une fervente protectrice des intérêts de ses membres au chapitre des politiques publiques et favorise ainsi un environnement d'affaires innovant et concurrentiel. La FCCQ regroupe près de 140 chambres de commerce et 1 100 membres corporatifs. Fondée en 1909, la FCCQ représente plus de 60 000 entreprises et 150 000 gens d'affaires exerçant leurs activités dans tous les secteurs de l'économie, dont le secteur de la santé, et sur l'ensemble du territoire. Plus important réseau de gens d'affaires et d'entreprises du Québec, la FCCQ est à la fois une fédération de chambres de commerce et une chambre de commerce provinciale. Ses membres, qu'ils soient chambres ou entreprises, poursuivent tous le même but : favoriser un environnement d'affaires innovant et concurrentiel.

La FCCQ s'emploie à promouvoir la liberté d'entreprendre, s'inspirant de l'initiative et de la créativité, afin de contribuer à la richesse collective du Québec. C'est dans cet esprit qu'elle présente ses commentaires au regard du projet de loi à l'étude. Pour ce faire, nous nous sommes assurés de faire appel à nos membres pour enrichir nos prises de position, que nous vous communiquons dans ce mémoire.

## LE PROJET DE LOI N° 10 : UN PREMIER PAS INCONTOURNABLE ET ATTENDU !

En mars 2011, la FCCQ se présentait devant la Commission de la santé et des services sociaux pour émettre ses commentaires au regard du projet de loi n° 27 alors à l'étude et qui s'intitulait *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*. Nos recommandations de l'époque concernant les mêmes sujets dont traite le présent projet de loi invitaient le législateur à alléger considérablement la structure administrative du réseau de la santé et des services sociaux. On soulignait alors les zones d'améliorations souhaitées :

- Clarification des rôles des différentes instances : ministérielle, régionale et locale
- Clarification des rôles des conseils d'administration des établissements
- Révision de la composition et du mode de nomination des membres des conseils d'administration
- Révision en profondeur de la structure régionale
- Amélioration de la reddition de comptes et de l'information de gestion

Aujourd'hui, en octobre 2014 avec la présentation de son projet de loi n° 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales*, on constate que le gouvernement nous a entendus et que ce projet de loi n° 10 à l'étude répond à beaucoup de nos attentes.

1. Il modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques.
2. Il prévoit la création, pour chaque région socio-sanitaire, d'un établissement régional issu de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux, et de l'ensemble des établissements publics de la région, sauf pour la région de Montréal, où le nombre d'établissements régionaux prévu est de cinq, auxquels s'ajoutent quatre établissements suprarégionaux.
3. Il instaure une nouvelle gouvernance pour les établissements régionaux et supra-régionaux, notamment en précisant la composition de leur conseil d'administration, dont les membres, en majorité indépendants, seront nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. On ose croire que le ministre saisira alors l'occasion d'inviter davantage d'entrepreneurs à siéger aux conseils d'administration, insufflant ainsi davantage d'entrepreneuriat dans la gestion.
4. Le projet de loi accorde de nouveaux pouvoirs au ministre à l'égard des établissements régionaux et suprarégionaux, notamment le pouvoir de prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de leur direction.

En somme, le projet de loi n° 10 exerce certes une centralisation certaine, mais il a le grand avantage de **clarifier et simplifier les lignes d'autorité et de responsabiliser** les acteurs de chaque palier.

Ainsi, le projet de loi met un terme à une « structurite » installée par sédimentation au fil des années. Au terme de son implantation, chacun des acteurs devrait être bien campé dans son rôle :

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se concentrant sur les orientations du système de santé, la définition des services, l'établissement des modes de financement axés sur les résultats (le financement suit le patient), le contrôle de la qualité et, enfin, l'information du public sur la performance du système.
- Les centres régionaux de santé se chargeant de la production du service au meilleur coût en s'assurant de la livraison des services requis dans l'ensemble de leur territoire. Il conviendrait alors et il serait tout à fait approprié que ce niveau puisse faire appel à divers types d'organisation pour une livraison optimale : une entité publique, une entreprise privée, une coopérative, un OSBL.

Tout comme le ministre, nous osons croire que cette réorganisation produira à terme une amélioration de l'accès et de la qualité des soins puis permettra d'accroître l'efficacité et l'efficacités du réseau. C'est le but de l'exercice, qui s'inscrit dans la démarche gouvernementale de révision de ses programmes.

Toutefois, à cette étape-ci, les économies annoncées de quelque 200 millions de dollars, quoique significatives, ne seront pas suffisantes pour juguler les pressions à la hausse des coûts du réseau de la santé, lesquelles sont fonction d'un ensemble de facteurs tels que le vieillissement de la population, sa croissance, le prix des services publics de même que l'amélioration et la bonification des services, dont l'augmentation du nombre de médecins et l'adoption de nouvelles technologies.

Si on veut améliorer véritablement l'accessibilité tout en contrôlant le rythme des dépenses, **il faut faire différemment ce que nous avons fait jusqu'à ce jour, sinon nous aurons les mêmes résultats : des dépenses en croissance vertigineuse et une accessibilité précaire aux services.**

#### DES DONNÉES QUI DONNENT LE VERTIGE ET QUI COMMANDENT DE CHANGER

En matière de dépenses de santé, les données suivantes donnent le vertige :

- Les dépenses publiques en santé au Québec représentent plus de 31 milliards de dollars en 2013, soit 8,5 % du produit intérieur brut.
- Au cours de la dernière décennie, la croissance annuelle moyenne des dépenses publiques de santé et de services sociaux au Québec fut de 5,8 %, soit près de trois fois le taux de croissance économique.
- Pour offrir des services de santé à une personne de 45 à 64 ans, il en coûtait, en 2010, en moyenne 2 597 \$ par année. Pour les personnes de 75 à 84 ans, le coût est cinq fois plus élevé (13 012 \$).
- En 2013-2014, 49 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec sont accaparées par la santé et les services sociaux. Les autres missions de l'État sont pratiquement asphyxiées.
- Les dépenses publiques de santé devraient doubler d'ici 2030 et accaparer 65 % des revenus globaux du gouvernement du Québec, selon un rapport récent du CIRANO.

## UN ACCÈS PROBLÉMATIQUE

Au Québec, comme dans les autres provinces canadiennes, l'accès aux principaux services de santé est universel et gratuit. Une fois qu'une personne est entrée dans le système de santé, les services offerts sont de grande qualité. Le problème, c'est justement d'y avoir accès.

Quelques données l'illustrent bien :

- 28 % des Québécois n'ont pas de médecins de famille (contre 9 % en Ontario)<sup>1</sup>.
- Le délai moyen d'attente pour les patients sur civière dans les hôpitaux du Québec est de 17 ½ heures, par rapport à une cible de 12 heures. Dans plusieurs hôpitaux, cette attente peut dépasser 48 heures<sup>2</sup>.
- Au Québec, 61 % des médecins mentionnent, dans le cadre d'une enquête internationale, que leurs patients ont souvent de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés (contre 38 % au Canada et moins de 10 % aux Pays-Bas et en Suisse)<sup>3</sup>.
- Selon la même enquête, 85 % des médecins québécois affirment que leurs patients doivent souvent attendre longtemps avant de voir un spécialiste (contre 73 % au Canada et moins de 25 % aux Pays-Bas et en Suisse).

## L'AJOUT D'ARGENT N'AMÉLIORE RIEN

Même en payant toujours plus, les services rendus et le nombre d'actes médicaux diminuent au lieu d'augmenter. Des chercheurs<sup>4</sup> ont calculé que, entre 1998 et 2008, les dépenses publiques en santé par habitant au Québec ont augmenté de 2,7 % par année alors que :

- le nombre de médecins par habitant a diminué de 1,9 %;
- le nombre de nuitées d'hospitalisation (normalisé) par 100 000 habitants a baissé de 2 %;
- le nombre de chirurgies par 1 000 habitants a diminué de 1 %.

Si rien n'est fait, les délais d'attente vont s'allonger parce que les coûts de santé augmentent considérablement à l'âge avancé. En 2010, les dépenses de santé étaient en moyenne de 2 597 \$ pour les personnes de 45 à 64 ans et de 13 012 \$ pour les personnes de 75 à 84 ans. Or, la population du Québec vieillit de manière accélérée. Nous aboutissons à un cul-de-sac : oui, notre régime de santé est universel et gratuit, mais il n'est plus en mesure de répondre aux besoins.

<sup>1</sup> Fortin, Pierre, Luc Godbout, Philip Merrigan et Marc Van Audenrode. Dans *Le Québec économique*, 2011.

<sup>2</sup> Castonguay, Johanne et Claude Montmarquette. Dans *Le Québec économique*, 2011.

<sup>3</sup> Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund, 2012.

<sup>4</sup> Castonguay, Johanne et Claude Montmarquette. Dans *Le Québec économique*, 2011.

**APRÈS LE PROJET DE LOI N° 10, UN DEUXIÈME PAS EST TOUT AUSSI INCONTOURNABLE :  
UNE RÉVISION EN PROFONDEUR DES FAÇONS DE FAIRE !**

**1. Éviter le repli sur soi**

Le réseau public de santé déborde de partout. Les délais d'attente s'allongent. Le personnel s'épuise prématurément, souffre d'une grave démotivation et part hâtivement à la retraite. Et pourtant, on s'entête à vouloir tout maintenir dans le secteur public, à faire la chasse à la moindre contribution du secteur privé. Somme toute, le réseau public se replie sur lui-même !

Loin de se replier sur lui-même, le secteur public de santé se doit d'envisager de manière pragmatique et sereine des alliances avec le secteur privé. Ce dernier ne peut pas tout régler. Ce n'est nullement la prétention. Mais il peut apporter une contribution significative pour faciliter l'accès au système public de santé sans menacer d'aucune manière les principes d'universalité.

La FCCQ a déployé beaucoup d'énergie à la suite de l'appel lancé par les porte-parole du gouvernement pour lui faire des propositions visant à redresser les finances publiques en proposant des gains d'efficacité ou de productivité au sein du réseau de la santé et de services sociaux. Pour la FCCQ, il importe que le réseau mette de l'avant une orientation ferme de **susciter l'innovation dans la prestation de services publics et de faire jouer la concurrence avec le secteur privé et l'émulation au bénéfice des contribuables et des usagers.**

Déjà le secteur privé fait ses preuves de pertinence dans la prestation de services de santé de qualité puisqu'il y œuvre quotidiennement en offrant 70 000 places en résidences pour personnes âgées, 7 000 places en CHSLD privés conventionnées et 10 000 places en ressources intermédiaires ainsi que des centaines de cabinets de médecine préventive et de santé du travail. Travaillent en privé des ressources humaines formées selon les mêmes critères de qualité, dont 8 000 infirmières, 1 900 pharmaciens, 2 600 psychologues, 2 500 physiothérapeutes, 800 ergothérapeutes, 4 000 dentistes, 1 200 chiropraticiens, 1 700 nutritionnistes.

**2. Faire jouer la concurrence au bénéfice des contribuables et des usagers de services publics**

Un service financé publiquement peut être produit et rendu par une entité du secteur public, comme un hôpital, ou par une entreprise ou organisme du secteur privé (ex. : une clinique médicale).

Le vieillissement de l'effectif dans les réseaux de la santé, avec les départs à la retraite attendus, ouvre des occasions uniques de transformer les modes de fourniture des services publics. Au gouvernement de les saisir.

La FCCQ préconise de distinguer entre les fonctions de financement, de contrôle de la qualité et les fonctions de production des services publics :

- Rôle du MSSS : définir les services et établir des modes de financement axés sur les résultats (financement suit le patient), contrôler la qualité, informer le public.

- Rôle du producteur : produire le service au meilleur coût et innover dans les méthodes. Le producteur d'un service public, ou d'une composante fonctionnelle d'un service, peut être une entité publique, une entreprise privée, une coopérative, un OSBL.

Cette distinction entre le rôle du ministère et ceux des producteurs de services n'a rien de nouveau. L'accent qui est actuellement mis sur le statut juridique du producteur (entité publique vs entreprise privée à but lucratif vs OSBL) fait partie de la rhétorique défensive des producteurs actuels des services publics.

### **3. Ouvrir les livres, faire les calculs**

Une participation accrue de l'entreprise privée à la production et à la prestation de services publics pourrait possiblement permettre des économies par rapport à la production en régie. Plusieurs études sectorielles pointent dans cette direction. Mais nous ne présumons de rien; nous disons simplement qu'il faut se poser la question et faire les calculs au cas par cas. Pour vérifier la possibilité d'économies découlant de la mise en concurrence, il faut comparer les coûts de production en régie et en sous-traitance sur la même base. La disparité des systèmes comptables, de même que la réticence des parties prenantes à dévoiler leurs véritables coûts, rend cet exercice ardu, comme l'illustre le cas de sous-traitance par l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal de certaines interventions à la clinique RocklandMD. Il est impératif que le MSSS ouvre ses livres afin que l'entreprise privée puisse explorer le potentiel de fournir certains services publics, ou des composantes de ces services, et ce, à meilleur coût. Conséquemment, l'instauration d'une véritable culture et structure d'évaluation et de révision des programmes propre au réseau de santé et de services sociaux est à faire.

Dans le secteur de la santé, le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients recommande une série de réformes qui permettront entre autres d'avoir une meilleure idée du coût unitaire des épisodes de soins<sup>5</sup>. Cette révision du financement mettra assurément en évidence des gestes générateurs de coûts inutiles tels que les phénomènes de « sur-diagnostic » et de « sur-médication ». Il s'agit là d'une réforme visant des objectifs plus globaux mais qui, en même temps, facilitera la comparaison des coûts unitaires. La FCCQ souhaite que le MSSS y donne suite dans les meilleurs délais.

### **4. Une stratégie pour maintenir le panier de services publics**

Notre hypothèse est que les entreprises peuvent imaginer et proposer des moyens plus efficaces pour fournir les services publics, au bénéfice des contribuables et des usagers. Si cette hypothèse se confirme, la sous-traitance concurrentielle doit être vue comme une stratégie pour aider le gouvernement et la collectivité à maintenir le panier de services désiré par la population.

### **5. Positif pour le développement économique**

En même temps, du point de vue du développement économique, notre espoir est que certaines entreprises puissent profiter des marchés publics pour prendre de l'expansion et devenir des joueurs à l'échelle internationale, comme cela a été le cas dans les secteurs de l'informatique et du génie-conseil.

---

<sup>5</sup> Thompson, Wendy et al., *Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients*, févr. 2014.

## 6. Fonctions susceptibles de faire l'objet d'une sous-traitance concurrentielle

Les fonctions et services publics suivants sont pourraient être fournis par le secteur privé.

### ► Fonctions auxiliaires dans les réseaux de la santé

Dès 2001, le rapport Clair a recommandé le recours à la sous-traitance concurrentielle pour des fonctions auxiliaires dans les établissements du réseau de la santé, comme la logistique, l'entretien ménager, les services informatiques et la gestion du parc immobilier. Une décennie plus tard, les choses ont peu évolué.

### ► Chirurgies d'un jour

Il y a eu quelques expériences à ce jour, notamment la clinique RocklandMD et l'Institut de l'œil des Laurentides. L'ampleur de ces expériences est bien en deçà de ce que proposait le PLQ, entres autres, dans les années 2000.

### ► Hébergement et soins de longue durée

En Ontario, toutes les résidences pour personnes âgées sont privées (OSBL ou avec but lucratif). Tout le champ de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie représente un domaine où le secteur privé devrait être largement mis à contribution. Le gouvernement pourrait recourir aux PPP pour la construction de tout nouveau CHSLD.

C'est notamment le cas des services à offrir aux personnes en perte d'autonomie. Le ministre entend privilégier les services offerts par le secteur public ou par les organismes sans but lucratif qui seront largement subventionnés par l'État. La Fédération ne conteste pas que le secteur public et à but non lucratif aient leur place dans la prestation de services aux personnes âgées. Elle est cependant en désaccord avec les velléités de marginalisation du secteur privé dans ce domaine.

Dans l'état des finances publiques, il est quasiment impensable que le gouvernement réponde seul aux besoins générés par la perte d'autonomie d'une population qui vieillit à un rythme accéléré. Le gouvernement a tout avantage à s'appuyer sur un réseau d'entreprises privées soumis à des normes de qualité fixées par l'État et à des contrôles adéquats.

Le secteur privé :

- prend à sa charge des investissements de plusieurs milliards de dollars dans la construction, l'agrandissement ou l'aménagement de résidences;
- embauche et gère les milliers de personnes affectées aux soins aux personnes âgées;
- peut accueillir des personnes et ménages de diverses conditions économiques, ce qui permet de réduire les coûts sociaux parce que les ménages plus fortunés vont payer davantage.



## CONCLUSIONS

Tout cela libère le gouvernement de charges financières et administratives considérables. Il s'agit d'une contribution majeure et complémentaire à celle du réseau public. Comme société, nous n'avons pas les moyens d'exclure cette collaboration. Il faut au contraire la solliciter tout en garantissant un accès universel aux services de santé.

Comprenons-nous bien, la FCCQ adhère pleinement à l'universalité des services. Elle juge très important que tous les citoyens obtiennent des services de santé de qualité.

On croit souvent que le recours au secteur privé dans le système de santé n'est pas compatible avec la gratuité du service ou que le développement du système privé se fait au détriment du service public. Il n'en est rien. Dans la majorité des pays développés, le secteur privé est un pourvoyeur de services de santé, dans un système qui préserve un financement public.

Loin de nuire au service public, les entreprises privées en santé visent à améliorer l'accès, réduire les délais, désengorger les salles d'urgence et permettre aux établissements de jouer pleinement leur rôle.

C'est dans cet esprit que la FCCQ et ses membres offrent leur collaboration tant pour la mise en place des réformes projetées par le projet de loi que pour l'exploration des pistes de collaboration entre les organismes publics et l'entreprise privée comme fournisseur de services à des coûts compétitifs.

---