

MÉMOIRE

Projet de loi n°15 : *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

Envoyé à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale

23 mai 2023

Association des établissements privés conventionnés - santé services sociaux

1076, rue De Bleury, bureau 200

Montréal (Québec) H2Z 1N2

514 499-3630

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction du mémoire de l'AEPC sur le projet de loi 15, les personnes suivantes :

Monsieur Jean Nadon, président du conseil d'administration – AEPC

Madame Annick Lavoie, directrice générale – AEPC

Madame Julie-Alexandra Langué Dubé, directrice – Qualité, excellence et culture – AEPC

Madame Delia Maria Ore Riveros, directrice – Finances et performance

Monsieur Hugo Brossoit, directeur – Gestion et développement des ressources humaines

Monsieur Guy Therrien, conseiller aux communications – AEPC

Les dirigeants de l'AEPC

Les nombreux collaborateurs externes membres de l'AEPC qui ont été consultés et qui ont contribué par leur réflexion à la rédaction du mémoire.

Table des matières

Résumé exécutif.....	1
À propos de l'AEPC	2
Les établissements privés conventionnés	2
Un budget clinique dédié uniquement aux soins	2
Des soins et des services centrés sur la personne.....	3
Commentaires sur le projet de loi no. 15	5
1. Volet ressources humaines et financières	5
1.1 Intégration des EPC dans les 4 grandes accréditations du RSSS	5
1.2 Imposition d'un système d'exploitation RH et de paie par Santé Québec	6
1.3 Responsabilité PMO régionale des CISSS/CIUSSS	6
1.4 Recommandations et pistes de solution.....	7
2. Volet clinique et de qualité.....	7
2.1 Gouvernance clinique des établissements privés	7
2.2 Responsabilité territoriale des établissements de Santé Québec	9
2.3 Place des EPC dans la distribution des effectifs médicaux.....	10
2.4 Recommandations et pistes de solution.....	11
Recommandations et pistes de solution	12

Résumé exécutif

L'Association des établissements privés conventions (ci-après AEPC) constate avec intérêt que le projet de Loi 15 intègre beaucoup des valeurs et des approches qui ont fait le succès du modèle privé conventionné depuis maintenant 65 ans. La gestion de proximité du modèle privé conventionné est reconnue et a fait ses preuves, tout comme le conventionnement qui a été adopté comme le modèle privilégié pour le Québec à la suite de la pandémie de la COVID-19.

La disposition prévoyant que les PDG d'établissements publics doivent intégrer la gestion de proximité à leur mandat nous réjouit et contribuera, nous l'espérons, à concevoir un réseau plus humain et plus flexible dans sa capacité de répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'alourdissement des clientèles dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée.

Si les établissements privés conventionnés (ci-après EPC) se sont un peu mieux sorti des conséquences de la pandémie, cette dernière a néanmoins mis en lumière les limites et vulnérabilités existantes dans le réseau de la santé et des services sociaux, et la nécessité de modifier nos façons de faire.

Comme partenaire du réseau de la santé et des services sociaux, les EPC ont à cœur d'améliorer l'expérience patient, en plus d'offrir des milieux de travail qui font la fierté des employés.

Le modèle privé conventionné est comme une horloge dont toutes les pièces sont importantes et ont toutes une place particulière dans l'ensemble de l'œuvre. En éliminer ou en modifier certaines aura un impact significatif sur l'ensemble.

C'est ainsi que les impacts du projet de loi no. 15 sur la gouvernance du réseau de santé et de services sociaux, les ressources humaines, les relations de travail et l'organisation des soins et de l'hébergement ne sont pas à négliger.

Si nous constatons avec intérêt l'écoute et l'ouverture du ministre de la Santé à améliorer la réforme proposée, les établissements privés conventionnés se montrent néanmoins inquiets sur plusieurs des éléments proposés dans celles-ci.

Notre mémoire se concentre donc sur trois volets, soit les ressources humaines et financières, ainsi que le volet clinique, rejoignant ainsi les enjeux et préoccupations soulevée à l'occasion des différentes consultations qui ont été menées au cours des dernières semaines parmi les membres de l'AEPC. Toujours en mode solutions, nous souhaitons que les propositions soumises dans ce mémoire soient reçues favorablement.

À propos de l'AEPC

L'Association des établissements privés conventionnés

L'Association des établissements privés conventionnés (ci-après l'AEPC) regroupe 28 propriétaires-gestionnaires qui représentent 59 établissements et installations — 57 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et deux hôpitaux de réadaptation, incluant une unité de soins palliatifs — répartis dans 11 régions du Québec.

La mission de l'AEPC est de promouvoir l'excellence des soins et des services de proximité offerts par nos membres, de soutenir la place de l'entreprise privée conventionnée dans le domaine de la santé et des services sociaux, et de mettre en valeur les intérêts de nos membres et leur contribution essentielle.

L'AEPC est un partenaire incontournable de services d'excellence adaptés aux personnes en grande perte d'autonomie ou ayant des besoins spécifiques¹.

Comme association, l'AEPC participe à plusieurs rencontres de conseils d'administration, tables de concertation nationales et comités de travail lui permettant de représenter les membres et de faire avancer leurs dossiers auprès des instances décisionnels.

Les établissements privés conventionnés

Les établissements privés conventionnés (ci-après les EPC) de notre réseau détiennent un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et répondent collectivement aux besoins quotidiens d'environ 7 000 personnes, soit près de 18 % de la clientèle hébergée dans l'ensemble du réseau de la santé du Québec. Ils offrent les mêmes conditions de travail et la même rémunération à leurs employés que celles offertes dans les établissements publics du réseau de la santé. Le modèle de gestion des EPC est un hybride entre le public et le privé.

Les propriétaires-gestionnaires des EPC sont majoritairement des familles qui en sont à la 2^e ou 3^e génération à la barre de l'établissement ou des communautés religieuses. Ce regroupement, à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux (ci-après RSSS), existe depuis plus de 65 ans. Ils offrent des soins et des services de qualité supérieure dans des environnements sécuritaires et agréables. Les EPC sont des experts en soins et services de longue durée avec hébergement et en réadaptation physique de qualité. La base du budget des EPC comprend une composante clinique et une autre pour le fonctionnement.

Un budget clinique dédié uniquement aux soins

La portion clinique constitue 55 % du budget annuel d'un EPC. Ce budget est intégralement dédié aux soins et aux services directs offerts aux résidents et est entièrement à but non lucratif. Ce qui inclut les dépenses salariales calculées en heures/soins du personnel des soins infirmiers et d'assistance, ainsi que la rémunération pour les services professionnels spécialisés (nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.).

À cet égard, les budgets nécessaires à la dispensation des services cliniques et professionnels sont déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en fonction d'un budget d'heures cliniques travaillées approuvées et qui proviennent en totalité de fonds publics. Tout dépassement des heures cliniques autorisées est à la charge du propriétaire-gestionnaire de

l'établissement. D'un autre côté, s'il y a une économie d'heures cliniques, les sommes doivent être retournées en totalité au MSSS.

La philosophie derrière ce principe qui veut que tous les moyens soient mis en place pour assurer une qualité supérieure de soins et des services offerts aux résidents et qu'aucun profit ne soit réalisé au détriment des résidents est l'une des clés du succès des EPC.

La composante de fonctionnement constitue l'autre partie du budget EPC. Elle sert à payer les dépenses non salariales des services cliniques et les dépenses salariales et non salariales des services tels que l'alimentation, l'entretien ménager, la maintenance la buanderie, l'administration incluant le personnel-cadre. La gestion et l'optimisation de cette composante permettent au propriétaire-gestionnaire de générer des surplus pour assurer la pérennité de l'établissement. Une structure administrative minimale, légère et optimisée en fonction des besoins et des services requis permet de créer une gestion de proximité favorisant une prise de décision rapide grâce à la plus grande accessibilité du propriétaire-gestionnaire.

Grâce aux deux composantes de son budget de gestion, les EPC offrent ainsi une formule de partenariat unique, performante et développée au Québec. Qui plus est, les propriétaire-gestionnaire sont soumis à une reddition de compte qui est très rigoureuse permettant d'assurer une saine gestion des ressources de l'État.

La pandémie a durement frappé les milieux d'hébergement pour les personnes âgées. Néanmoins, les EPC se sont démarqués positivement par leur gestion de proximité, leur agilité et la détermination de leur personnel engagé qui ont contribué à limiter l'impact des éclosions sur les résidents.

Des soins et des services centrés sur la personne

Les EPC privilégient une approche empreinte de respect et de dignité, d'environnements empathiques où le résident, dont la vulnérabilité est très grande, n'est pas qu'un numéro, mais plutôt une personne à part entière avec une histoire de vie et des rêves.

Les employés œuvrant dans les EPC membres de l'AEPC sont triés sur le volet et une attention particulière est portée sur leurs compétences relationnelles. Ainsi, les CHSLD étant des milieux de travail uniques et marqués par l'humanité¹ des milieux de vie, le savoir-être des employés est primordial.

Les EPC membres de l'AEPC entendent continuer d'être les ambassadeurs et le catalyseur de l'excellence, des pratiques probantes et de la qualité des services offerts par les établissements dans les soins de longue durée et de réadaptation. Une excellence qui est reconnue, notamment

¹ « La philosophie de l'humanité appliquée aux soins des personnes âgées, atteintes ou non de troubles psychiques, repose sur une approche relationnelle. Le patient est une personne qui peut faire ses propres choix. L'attention, l'écoute, l'émotion sont des valeurs fondamentales dans la rencontre du soignant avec la personne âgée. Peu importe le temps, le soignant doit s'adapter à chaque patient, l'aider à faire face à ses défaillances, à maximiser leur bien-être, à les accompagner. Il s'agit de réhabiliter les personnes âgées dans ce qu'elles possèdent de typiquement humain, à favoriser leur estime de soi.»

<https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=humanitude-definition-formation-cette-methode>

par Agrément Canada, alors que beaucoup d'EPC obtiennent leur agrément avec mention ou mention d'honneur, ou sont récipiendaire de Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

Rappelons que les programmes d'Agrément Canada évaluent des établissements en se fondant sur les normes élaborées par leur société affiliée, l'Organisation de normes en santé (HSO). Cette dernière propose plus de 100 normes personnalisables sur la santé afin d'améliorer les soins de santé et les services sociaux dans le monde. Ces normes HSO sont axées sur l'offre de la meilleure qualité possible pour les patients et leurs familles et couvrent un large spectre de services de santé. Elles sont conçues conjointement avec les cliniciens, les responsables des politiques et les patients et leurs familles afin de s'assurer qu'elles permettent l'offre de services de santé efficaces et d'une valeur globale.

Commentaires sur le projet de loi no. 15

1. Volet ressources humaines et financières

Trois enjeux seront abordés dans cette section, soit l'intégration des EPC dans les 4 grandes accréditations du RSSS sous L'Agence Santé Québec, la possibilité pour Santé Québec d'imposer un système d'exploitation RH et de paie, ainsi que la responsabilité pour la planification de la main-d'œuvre (ci-après PMO) régionale des CIUSSS/CIUSSS.

La pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé n'est pas un facteur nouveau, mais s'est accentuée avec la pandémie. Bien que nous sommes d'avis que les emplois en CHSLD sont stimulants et valorisants, la pression que crée le taux de vieillissement de la population entraîne inévitablement d'énormes besoins en personnel. Le bassin de candidats est limité et contrairement aux CIUSSS/CIUSSS, les EPC ne peuvent faire du déplacement de personnel en raison de leur mission unique. Une situation que risque d'accentuer le projet de loi sous sa forme actuelle.

1.1 Intégration des EPC dans les 4 grandes accréditations du RSSS

Malgré la crainte d'assister à un exode des employés des EPC vers les établissements du réseau public, ainsi que les difficultés potentielles d'application des conventions collectives locales, l'AEPC se montre favorable au projet de loi no. 15 dans la mesure où les établissements qu'elle représente sont en mesure de rejoindre les établissements publics dans son application.

Dans un contexte de manque de main-d'œuvre, les EPC se montrent en faveur de rejoindre les établissements publics sous la bannière d'employeur unique de l'Agence Santé Québec afin d'y appliquer les mêmes conventions collectives. Leurs employés pourront alors profiter d'une ancienneté commune comme l'ensemble du réseau public, évitant du coup de nuire à leurs efforts de recrutement de personnel à moyen et long terme. De nouveaux employés qui voudront rejoindre nos établissements pourront alors conserver leurs portes ouvertes vers d'autres missions du réseau et conserver un sentiment de liberté comme il sera offert aux employés des établissements publics.

Les consultations effectuées auprès de nos membres font néanmoins ressortir certaines craintes, dont notamment celle touchant la pérennité à moyen et long terme du modèle privé conventionné qui opère au Québec depuis 65 ans qui serait remise en question si le personnel des EPC sont exclus du principe d'ancienneté commune. Parmi les autres enjeux soulevés par nos membres, citons :

- La pénurie de main-d'œuvre est tellement grande que les CIUSSS/CIUSSS pourraient être tenter de vouloir « piger » directement des employés actuels des EPC. En concurrence avec les établissements publics, les EPC court le risque de perdre de l'attraction en matière de recrutement et de rétention. Reconnaissons d'ailleurs que comme seul employeur dans le réseau, Santé Québec pourrait affecter la gestion de proximité des EPC en limitant leur autonomie comme établissement.

- Cohérence du projet de loi avec le processus de conventionnement des établissements privés. Pourquoi investir autant dans le conventionnement des établissements pour ensuite les « éloigner » du réseau. Les EPC offrent des services d'hébergement et de soins aux personnes âgées qui sont publics mais gérés par le privé. Comme établissements, les EPC font partie du RSSS.
- Avec quatre grandes accréditations syndicales, il y a des craintes d'avoir des conventions locales qui sont très mal adaptées à la réalité sur le terrain et de perdre une certaine autonomie et flexibilité dans la gestion de personnel, ce qui est une des grandes forces des ÉPC.
- Flou quant à la place des établissements privés conventionnés dans l'organigramme du RSSS. Un sujet pourtant primordial car il nous permet d'identifier nos partenaires, nos voies d'accès aux services et ressources dans le réseau, ainsi que la meilleure stratégie à déployer pour obtenir une qualité de service dans les opérations des EPC.

1.2 Imposition d'un système d'exploitation RH et de paie par Santé Québec

L'AEPC se montre favorable à l'idée d'avoir le même système d'exploitation RH et finances que le reste du réseau pour éviter de s'isoler et bénéficier des mises à jour au même titre que le reste du réseau. En l'absence d'intégration des systèmes RH et finances, les EPC devront utiliser une interface informatique pour recueillir les données de la paie provenant de Santé Québec. La question se pose à savoir si le coût de cette application sera pris en charge entièrement par cette dernière.

Évidemment, le changement devrait se faire en considérant les coûts potentiels du changement versus les coûts importants demandés par les firmes de RH/paies actuelles.

Considérant les avantages pour le MSSS que les EPC fonctionnent avec le même système de paie, surtout dans l'éventualité où nous avons une ancienneté commune, il serait logique que le MSSS assume une partie des frais dans les phases de transition et d'implantation.

1.3 Responsabilité PMO régionale des CISSS/CIUSSS

L'AEPC souhaiterait que les responsabilités de planification de main-d'œuvre (ci-après PMO) de chaque CISSS/CIUSSS se traduisent par un rôle plus « actif » de cette responsabilité. La création de tables PMO régionales avec des acteurs clés incluant les établissements de santé publics et privés ainsi que les établissements d'enseignement qui considéreraient les besoins des établissements de la région dans le recrutement. Qu'une meilleure planification et répartition des ressources soit faite versus le « recrutement au maximum » qui prévaut actuellement avec les centres intégrés. Nous souhaitons également que des programmes comme le programme SASI ou les bourses AEP-PAB surviennent soient réintroduits avant de se retrouver en situation de crise. Les EPC se sont battus pendant des années afin d'avoir les mêmes conditions que le réseau, nous devrions avoir accès aux mêmes programmes et qu'ils nous incluent dans les processus de PMO régionales de façon plus importante qu'auparavant.

1.4 Recommandations et pistes de solution

- Inclure les établissements privés conventionnés sous la bannière d'employeur unique de l'Agence Santé Québec afin de maintenir leur capacité d'attraction et leur proximité avec le réseau.
- Favoriser une transition des ÉPC vers une utilisation du programme d'exploitation RH utilisé dans le réseau avec une contribution financière pour le bénéfice mutuel des parties.
- Déterminer une responsabilité active avec des exigences de résultats pour les CISSS/CIUSSS dans la planification de main d'œuvre régionale, avec une reddition de compte sur les actions réalisées et des tables réunissant les établissements de santé et d'éducation de la région, pour s'assurer que chaque établissement possède les ressources pour fournir le service auquel la population s'attend à recevoir.
- Définir la fréquence de rapports financiers à fournir par les établissements et, si l'implantation d'un système de gestion intégré (SGI) couvrant les ressources humaines, finances et ressources matérielles est nécessaire, s'assurer que les établissements reçoivent un financement en conséquence. Dans le cas où l'installation d'un SGI ne serait pas prévue, un financement pour couvrir le coût de l'utilisation d'une interface serait néanmoins nécessaire.
- Créer une composante informatique distincte dans le financement que reçoit les établissements, afin de tenir compte des coûts croissants des dépenses informatiques et d'isoler ces coûts de l'ensemble des dépenses.

2. Volet clinique et de qualité

Trois enjeux seront abordés dans cette section, soit la gouvernance clinique des établissements privés, la responsabilité territoriale des établissements de Santé Québec, ainsi que la place des EPC dans la distribution des effectifs médicaux.

2.1 Gouvernance clinique des établissements privés

2.1.1 Obligation des établissements privés de nommer un directeur des soins infirmiers ou un responsable des soins infirmiers (pour les établissements exemptés par le MSSS)

Les articles 301 et 304 du projet de loi 15 indiquent que les établissements privés qui exploitent un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation doivent nommer un directeur des soins infirmiers ou, s'ils en sont exemptés par le MSSS, un responsable des soins infirmiers.

Le directeur des soins infirmiers ou le responsable des soins infirmiers est ainsi sous l'autorité immédiate du plus haut dirigeant de l'établissement. Il en est de même pour les établissements publics. Les rôles et responsabilités du directeur des soins infirmiers ou du responsable des soins infirmiers, présentés aux articles 302 et 303 dans les établissements privés sont similaires à ceux des directeurs des soins infirmiers des établissements publics tel que décrit aux articles 251, 252 et 253.

Étant donné que la très grande majorité des établissements privés conventionnés membres de l'AEPC, et ce même les plus petits établissements, ont dans leur structure de gestion des postes de direction de soins infirmiers, l'AEPC est favorable à ce que cette mesure se retrouve dans le projet de loi.

2.1.2 Obligation des établissements privés à nommer un responsable de la qualité des services cliniques

Le projet de loi no. 15 prévoit, à l'article 300, qu'un établissement privé doit nommer un responsable de la qualité des services. Ce responsable doit notamment surveiller et contrôler la qualité des services cliniques offerts aux usagers et veiller à la détection en temps utile des situations anormales.

Il est important de noter que, dans le projet de loi, cette responsabilité n'est pas attribuée aux établissements publics. Par ailleurs, les établissements publics ont dans le projet de loi une obligation de nommer des directeurs des services multidisciplinaires des services de santé (articles 264-265) et des directeurs des services multidisciplinaires des services sociaux (articles 273-274). Ces directeurs ont une responsabilité de surveiller et de contrôler la qualité des actes du personnel visé aux paragraphes 3° 4° du premier alinéa de l'article 154, soit tout professionnel qui n'est pas un médecin ou une infirmière. À noter qu'il est indiqué dans la fiche technique portant sur la gouvernance clinique que les milieux privés nomment également ces directeurs.

Il est précisé à l'article 305 que le directeur des soins infirmiers dans les établissements privés peut également jouer le rôle du responsable de la qualité des services cliniques.

Plusieurs milieux privés conventionnés ont un directeur ou responsable de la qualité des soins et des services en plus d'un directeur des soins infirmiers. Cette personne travaille en collaboration avec la direction des soins infirmiers. D'autres milieux, plus petits ou ayant un nombre plus restreint de missions, sont en mesure d'attribuer cette tâche au directeur des soins infirmiers.

Nous jugeons que pour certains établissements privés conventionnés, cette responsabilité ne peut qu'être exercée que par la DSI considérant la taille de l'établissement ou encore en fonction de l'offre de service à couvrir. La formulation actuelle du projet de loi permet cette flexibilité.

Une autre suggestion serait de clarifier, tout comme pour la nomination d'un directeur des soins infirmiers ou un responsable des soins infirmiers quels seraient les critères pour la nomination d'un responsable de la qualité des services cliniques qui ne seraient pas le directeur des soins infirmiers.

2.2 Responsabilité territoriale des établissements de Santé Québec

La responsabilité territoriale des établissements de santé publique est présentée dans le projet de loi à l'aide de plusieurs articles. L'article 345 introduit ainsi la notion en indiquant que l'établissement de Santé Québec serait responsable des réseaux locaux de services (ci-après RLS) de santé et de services sociaux de la région.

L'article 346 quant à lui vient préciser que le président-directeur général (ci-après PDG) de l'établissement territorial mettrait en réseau les autres établissements publics ainsi que les autres personnes ou regroupement en mesure de fournir des services à la population dans le but de collectivement assurer de manière continue l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés, et surspécialisés pour satisfaire les besoins de la population. Cet article précise que les établissements privés forment un tel réseau.

Finalement, l'article 347 présente l'obligation des établissements territoriaux de mettre en place et de définir les mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers et de conclure des ententes avec les intervenants formant le réseau.

Présentement, la responsabilité populationnelle n'est pas abordée dans la loi. C'est ainsi que le partenariat et la collaboration entre les centres intégrés et les établissements privés conventionnés dépendent de l'interprétation du mandat que donne chacun des CISSS ou CIUSSS. La grande majorité des centres intégrés ont peu de ressources dédiées pour la coordination de l'offre en réseau.

Les précisions apportées dans le projet de loi sont ainsi les bienvenues, mais pour l'AEPC ces obligations n'indiquent pas comment, concrètement, la responsabilité territoriale des établissements de Santé Québec s'actualisera.

Dans sa lecture actuelle, il serait possible qu'il n'y ait aucun changement aux façons de faire de plusieurs établissements publics. Des précisions concernant ce qui est attendu des établissements territoriaux, mais également des établissements privés seraient à privilégier. Surtout dans une optique où davantage de projets avec des établissements privés sont annoncés.

Un des exemples flagrants est le partage des ressources qui ont une portée territoriale. Le projet de loi ou les règlements structurants sous-jacents devraient encadrer les modalités de partage des ressources humaines et financières, afin que chaque établissement puisse bénéficier d'un partage équitable des ressources tout en exerçant son autonomie décisionnelle. Les lignes directrices structurantes devraient donc encourager la mise en place de mécanismes de collaboration facilitant le réel partenariat entre les établissements et intervenants du réseau territorial.

La mise en place de corridors de services (par exemple : accès aux services d'imagerie, de formation et aux services spécialisés, etc.) correspondant aux trajectoires de soins et de services

de la clientèle est une piste à mettre de l'avant pour structurer le travail collaboratif de l'ensemble des partenaires du réseau.

De tels mécanismes d'accès, pour qu'ils soient adaptés, doivent être élaborés avec les partenaires privés conventionnés. Il ne faut pas oublier que les établissements privés conventionnés ont également une expertise à offrir aux établissements publics. La création de corridors et la signature d'ententes de services qui mettent à profit l'expertise et les ressources de chacun seraient bénéfiques pour la clientèle de territoire.

2.3 Place des EPC dans la distribution des effectifs médicaux

Plusieurs articles du projet de loi 15 viennent structurer le fonctionnement d'un département territorial de médecine familiale. On parle ici des articles 372 à 385. C'est ainsi que les départements régionaux de médecine générale (ci-après DRMG) deviendraient des départements territoriaux de médecine familiale. Le département serait dirigé par un comité de direction. Les articles 384 et 385 viennent préciser la composition de ce comité. Il est indiqué que les règles de composition du comité de direction doivent prévoir une représentation équitable des parties du territoire du département et des différents milieux de pratique médicale. Par ailleurs, il n'est pas explicitement indiqué que les établissements privés conventionnés seront invités à la table.

Alors que plusieurs milieux publics et privés vivent une pénurie de médecins de famille importante, ne pas siéger aux départements responsables de la planification de la main d'œuvre médicale dans un territoire rendrait la situation des établissements privés conventionnés fort précaire. Il est donc requis, pour s'assurer que les besoins des milieux privés conventionnés soient également pris en compte dans les décisions, de leur faire une place au sein du comité directeur.

Les consultations effectuées dans le cadre de ce mémoire, plusieurs EPC ont déploré le fait que malgré leur présence aux rencontres des DRMG, ils disposent de peu de leviers pour recueillir les médecins requis. Il serait pertinent de mettre en place des mécanismes facilitant l'identification de situations prioritaires et la mise en place de corridors de services médicaux de première ligne territoriale pour éviter les enjeux de couverture médicale qui nuisent à l'ensemble du réseau territorial.

2.4 Recommandations et pistes de solution

- Que les établissements privés reçoivent le financement requis pour assurer la dotation des postes de directeur des soins infirmiers ou responsable des soins infirmiers.
- Clarifier les critères de nomination d'un responsable de la qualité des services cliniques dans le cas où cette fonction ne serait pas occupée par la personne responsable des soins infirmiers, comme cela a été fait pour la nomination d'un directeur ou un responsable des soins infirmiers.
- Encadrer les modalités de partage des ressources humaines et financières, afin que chaque établissement privé puisse bénéficier d'un partage équitable des ressources tout en exerçant son autonomie décisionnelle. Les lignes directrices structurantes devraient encourager la mise en place de mécanismes de collaboration (par exemple la signature entente de services, l'accès aux services spécialisée, la mise en place de corridors de services correspondant aux trajectoires de soins et de services etc.) facilitant le partenariat entre les établissements du réseau territorial.
- Intégrer les EPC au comité de direction des départements territoriaux de médecine familiale et s'assurer qu'ils puissent participer à la prise de décision, afin d'assurer une représentation équitable des parties du territoire du département et des différents milieux de pratique médicale.
- Créer une composante informatique dans le financement que reçoivent les établissements, afin de tenir compte des coûts croissants des dépenses informatiques et d'isoler ces coûts de l'ensemble des dépenses.

Recommandations et pistes de solution

1. Inclure les établissements privés conventionnés sous la bannière d'employeur unique de l'Agence Santé Québec afin de maintenir leur capacité d'attraction et leur proximité avec le réseau.
2. Favoriser une transition des ÉPC vers une utilisation du programme d'exploitation RH utilisé dans le réseau avec une contribution financière pour le bénéfice mutuel des parties.
3. Déterminer une responsabilité active avec des exigences de résultats pour les CISSS/CIUSSS dans la planification de la main d'œuvre régionale, avec une reddition de compte sur les actions réalisées et des tables réunissant les établissements de santé et d'éducation de la région, pour s'assurer que chaque établissement possède les ressources pour fournir le service auquel la population s'attend à recevoir.
4. Définir la fréquence de rapports financiers à fournir par les établissements, et si l'implantation d'un système de gestion intégré (SGI) couvrant les ressources humaines, finances et ressources matérielles est nécessaire, s'assurer que les établissements reçoivent un financement en conséquence. Dans le cas où l'installation d'un SGI ne serait pas prévue, un financement pour couvrir le coût de l'utilisation d'une interface serait néanmoins nécessaire.
5. Créer une composante informatique distincte dans le financement que reçoivent les établissements, afin de tenir compte des coûts croissants des dépenses informatiques et d'isoler ces coûts de l'ensemble des dépenses.
6. Que les établissements privés reçoivent le financement requis pour assurer la dotation des postes de directeur des soins infirmiers ou responsable des soins infirmiers.
7. Clarifier les critères de nomination d'un responsable de la qualité des services cliniques dans le cas où cette fonction ne serait pas occupée par la personne responsable des soins infirmiers, comme cela a été fait pour la nomination d'un directeur ou un responsable des soins infirmiers.
8. Encadrer les modalités de partage des ressources humaines et financières, afin que chaque établissement privé puisse bénéficier d'un partage équitable des ressources tout en exerçant son autonomie décisionnelle. Les lignes directrices structurantes devraient encourager la mise en place de mécanismes de collaboration (par exemple la signature entente de services, l'accès aux services spécialisée, la mise en place de corridors de services correspondant aux trajectoires de soins et de services etc.) facilitant le partenariat entre les établissements du réseau territorial.
9. Intégrer les EPC au comité de direction des départements territoriaux de médecine familiale et s'assurer qu'ils puissent participer à la prise de décision, afin d'assurer une représentation équitable des parties du territoire du département et des différents milieux de pratique médicale.