

**Gouvernance du réseau de la santé et
des services sociaux**

**Ministère de la Santé et
des Services sociaux**

Le 23 septembre 2014



SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales permettra d'assurer à la population des services encore plus intégrés et un parcours optimal de soins et services en plus de générer des économies récurrentes. Il est à noter que la proposition ne vise pas les établissements privés (dont les établissements privés conventionnés).

Le projet de loi permet l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques, ce qui entraîne l'abolition des agences de la santé et des services sociaux, et la création, à l'exception de la région de Montréal, d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) par région. Ainsi, le nombre d'établissements publics au Québec passera de 182 à 28, qui auront des missions pleinement intégrées et qui seront rattachés administrativement directement au MSSS.

Concernant la quasi-totalité des acquisitions, tant en valeur qu'en quantité, le projet de loi ne prévoit aucun changement puisque l'ensemble des installations du réseau de la santé et des services sociaux continuent d'exercer leurs missions dans les localités où elles sont présentement situées. De plus, les régions sociosanitaires, pour lesquelles de nouveaux centres intégrés de santé et de services sociaux sont créés, demeurent les mêmes.

Ces dernières années, environ 45 % des acquisitions totales se sont faites par l'intermédiaire de groupes d'approvisionnement en commun; elles ne seront donc pas affectées par le projet de loi. Des impacts secondaires, voire tertiaires, pourraient être occasionnés par d'éventuels choix d'uniformisation de systèmes administratifs par les nouveaux établissements régionaux dans le cadre de leurs responsabilités. Ces impacts proviendraient d'une diminution du coût unitaire des fournitures et services achetés. On pourrait estimer une éventuelle économie annuelle d'environ 27 M\$ en dépenses pour la province.

De plus, nous considérons qu'il y aura peu d'impacts sur l'emploi. Certaines PME devraient par ailleurs devoir s'ajuster puisqu'il se pourrait que certaines acquisitions doivent désormais être obligatoirement faites par appel d'offres public.

1. DÉFINITION DU PROBLÈME

Un accès accru aux services de santé et aux services sociaux pour la population constitue une priorité gouvernementale. Il est donc essentiel de mettre de l'avant une proposition dont l'objectif premier est un projet clinique qui vise l'amélioration des services et des soins à la population, notamment en matière d'accès et de parcours de services, et la révision du fonctionnement du réseau.

Malgré tous les efforts déployés au cours des dernières années, le modèle actuel d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés est problématique. Il l'est en raison des barrières qu'imposent l'autonomie des établissements et la complexité des structures de gestion, cette dernière rendant diffuse l'imputabilité au sein d'un même établissement.

Plus précisément, l'intégration des services a été amorcée par la mise en place des réseaux locaux de services (RLS), mais force est de constater que ceux-ci ont atteint une certaine limite en matière d'intégration. Le fait, par exemple, que les RLS soient constitués d'établissements autonomes avec leur propre conseil d'administration, leur propre budget, leur propre plan d'effectifs médicaux constitue une barrière, voire parfois un frein à une intégration plus globale des services au profit du citoyen. Il subsiste encore aujourd'hui des problématiques liées à l'exercice des responsabilités de chacun des niveaux hiérarchiques de gestion du réseau et il devient évident que le système à trois niveaux crée parfois des doublons et des exigences administratives supplémentaires, notamment en termes de reddition de comptes, de gestion et de structures.

Devant ces constats, il est maintenant temps d'aller plus loin et de franchir une nouvelle étape dans l'intégration des services aux citoyens, étape qui doit indéniablement passer par un changement de structures.

Le regroupement des activités administratives générera des économies d'échelle pour l'ensemble des établissements. De plus, l'élimination du niveau hiérarchique intermédiaire de gestion (agences) dégagera des économies additionnelles. Ainsi, une somme de 220 M\$ sera dégagée à terme par la réalisation de cette proposition. Cet objectif est déjà anticipé dans les équilibres financiers gouvernementaux de l'année financière 2015-2016.

La réorganisation du réseau et de sa gouvernance, en plus de générer des économies récurrentes significatives, permettra de simplifier l'accès aux services pour la population.

2. PROPOSITION DU PROJET

La solution proposée est basée sur le principe d'une région, un établissement unique. Ainsi, le projet de loi permet l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques, ce qui entraîne l'abolition des agences de la santé et des services sociaux, et la création, à l'exception de la région de Montréal, d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) par région. Ce nouvel établissement public succédera à tous les établissements publics et à l'agence, le cas échéant, fusionnés.

Seuls les trois établissements exploitant un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire à Montréal et l'Institut de cardiologie de Montréal demeureront autonomes avec leur propre conseil d'administration. Des variantes particulières sont prévues pour la région de Montréal en raison de ses caractéristiques démographiques, culturelles et linguistiques. Ainsi, la région de Montréal sera subdivisée en cinq CISSS.

Conséquemment, le nombre d'établissements publics au Québec passera de 182 à 28 établissements, qui auront des missions pleinement intégrées et qui seront rattachés administrativement directement au MSSS.

Quatre principes guident ce projet qui se veut d'abord et avant tout de nature clinique et centré sur les services à la population : une meilleure intégration des services, l'efficience organisationnelle, le respect des régions actuelles et la responsabilité populationnelle.

La proposition ne vise pas les établissements privés (dont les établissements privés conventionnés).

3. ANALYSE DES OPTIONS NON RÉGLEMENTAIRES

D'autres solutions non réglementaires ont été évaluées telle la fusion volontaire d'établissements, mais aucune ne permet de pousser aussi loin l'intégration des services et, ainsi, atteindre les objectifs d'amélioration des services et des soins à la population, en matière d'accès et de parcours de services.

Le *statu quo* ne peut être envisagé plus longtemps. La nécessité de revoir le fonctionnement du réseau et de progresser vers une meilleure intégration des services, en s'appuyant sur des établissements forts qui regroupent sous un même toit toutes les missions, est la solution la plus porteuse pour faire face à une demande croissante dans un contexte budgétaire et économique plus difficile.

4. ÉVALUATION DES IMPACTS

4.1. Description des secteurs touchés

Les achats des établissements de santé québécois peuvent être classés grossièrement dans les principales industries suivantes :

- médicaments,
- aliments,
- matériel médical,
- matériel administratif et bureautique,
- matériel d'entretien ménager,
- matériel de laboratoire,
- matériel de cuisine,
- matériel d'entretien et de réparation,
- matériel de fonctionnement,
- matériel de buanderie-lingerie,
- services,
- construction.

Les fournisseurs auprès desquels ces acquisitions sont faites sont de tailles variées, parfois des fabricants, sinon des distributeurs représentant plusieurs fabricants. L'étendue de leur marché fluctue également, pouvant être d'envergure tant locale qu'internationale.

Les dépenses annuelles totales du réseau, incluant les dépenses en ressources humaines, représentent 23,3 MM\$, soit l'équivalent d'environ 7,5 % du PIB du Québec. Il faut cependant mentionner que des achats peuvent avoir été faits auprès de fournisseurs étrangers.

Concernant la quasi-totalité de ces acquisitions, le projet de loi ne prévoit cependant aucun changement puisque l'ensemble des installations du réseau de la santé et des services sociaux continuent d'exercer leurs missions dans les localités où elles sont présentement situées. De plus, les régions sociosanitaires, pour lesquelles de nouveaux centres intégrés de santé et de services sociaux sont créés, demeurent les mêmes.

De plus, environ 45 % des acquisitions totales sont déjà effectuées par l'intermédiaire de groupes d'approvisionnement en commun. Elles ne seront donc pas affectées par le projet de loi. Dans certains cas, des entreprises centrales sont distribuées par des fournisseurs de services locaux, tendance qui ne devrait pas non plus être affectée par le projet de loi.

Certains impacts pourraient être occasionnés par d'éventuels choix d'uniformisation de systèmes administratifs par les nouveaux établissements régionaux dans le cadre de leurs responsabilités. Cette mise en commun et cette uniformisation des besoins pourraient mener à une éventuelle diminution du coût unitaire des produits et services achetés.

4.2. Coûts pour les entreprises

Puisque 45 % des dépenses d'acquisition sont déjà faites de façon regroupée, les impacts potentiels des fusions ne touchent que l'excédent.

Sur les 55 % restants (soit environ 2,2 MM\$ annuellement [2012-2013]), la grande majorité des achats de fournitures et services sont spécialisés ou plus difficiles à standardiser sur une grande étendue géographique, et ce, pour diverses raisons. Nous estimons qu'environ le quart pourrait être regroupé en vue d'économies d'échelle, mais ce regroupement par fusion sera relativement restreint puisque juste limité à la superficie d'une région.

Cette hypothèse permet d'estimer que l'économie potentielle ainsi atteignable devrait être relativement minime. Si cette dernière était de 5 % et en supposant que le quart du 55 % restant puisse être regroupé avantageusement, on pourrait estimer une économie récurrente d'environ 27 M\$ en dépenses pour la province. Encore une fois, il est difficile d'estimer quelle proportion de ces achats est faite auprès de fournisseurs québécois.

De plus, ces économies ne seront réalisées qu'après la fin des contrats existants, soit après quelques années seulement. Le temps nécessaire à la fusion des équipes d'approvisionnement, des logiciels et des données qui leur sont propres ne permettrait une telle économie qu'à moyen ou long terme.

Par contre, un accès accru aux services de santé et aux services sociaux pour la population pourrait se traduire par une augmentation du nombre de patients traités, augmentation que nous ne pouvons quantifier à l'heure actuelle. Cette augmentation viendrait compenser une diminution du coût unitaire de chaque traitement. Ainsi, un équilibre pourrait être atteint avant qu'une économie réelle ne puisse être détectée.

Il est important de souligner qu'il est déjà pratique commune d'octroyer, dans un même appel d'offres, plusieurs contrats touchant des régions géographiques précises. Cela permet notamment aux entreprises ne disposant pas de la force de travail nécessaire pour répondre aux besoins d'une région entière d'avoir quand même la possibilité d'offrir ses services et produits en déposant une soumission pour l'un des lots identifiés.

En bref, le projet de loi n'aura aucun impact direct sur les revenus des entreprises québécoises, mais des impacts collatéraux pourraient se faire sentir, d'une importance relativement minime, compte tenu d'une éventuelle augmentation du nombre de patients traités.

Il est à noter que le projet de loi n'engendre aucune exigence de conformité aux normes pour les entreprises ni de coûts liés aux formalités administratives.

4.3. Avantages du projet

Cette solution, qui prévoit l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux sous une même organisation, permet une intégration optimale des services, ce qui facilitera le cheminement de la clientèle à travers le réseau et simplifiera le parcours de services au profit du citoyen.

a) Une meilleure intégration des services

Sous le chapeau de l'établissement unique, le patient retrouvera tous les services et les soins dont il a besoin. Les barrières que constituent actuellement les établissements autonomes du réseau tomberont, la circulation de l'information clinique sera facilitée et permettra aux professionnels de disposer de tous les éléments cliniques pour une prise en charge complète et optimale des patients.

b) L'efficacité organisationnelle

La création d'un établissement unique par région permettra d'améliorer sensiblement l'efficacité organisationnelle. Ainsi, sur le territoire d'une région, il n'existera dorénavant qu'un seul établissement (tous les établissements, mis à part les CHUs de la région de Montréal et l'Institut de cardiologie de Montréal, ayant été fusionnés). De plus, la mise en commun de services, notamment administratifs, sera facilitée puisqu'elle se fera au sein d'un seul et même établissement.

Des économies budgétaires sont également à prévoir à moyen terme en raison des regroupements de contrats pouvant être réalisés dans certains secteurs.

c) Le respect des régions actuelles

Souvent tentés au cours des dernières années, les regroupements de régions sociosanitaires ont toujours été des sources de conflits. Le présent projet de réorganisation des services respecte intégralement les limites territoriales des régions sociosanitaires actuelles. Par ce fait, le projet mise sur les dynamiques et les synergies régionales développées au cours des dernières années.

d) La responsabilité populationnelle

Ce principe veut amener les différents intervenants d'un territoire à partager collectivement une responsabilité envers la population qui y réside. Cette responsabilité s'exerçait depuis 2003 sur des territoires locaux. Le projet de loi étend la portée de ce principe à l'ensemble du territoire d'une région.

Le CISSS détiendra tous les leviers (missions) pour répondre adéquatement et de façon fluide aux besoins de la population de son territoire. Ainsi, l'exercice de la responsabilité populationnelle des réseaux régionaux de services (RRS) sera facilité au profit du citoyen.

e) Diminution du nombre d'appels au marché

Les fusions devraient permettre une grande diminution du nombre d'appels au marché. Par conséquent, les entreprises québécoises n'auront plus à compléter autant de soumissions, ce qui pourrait représenter, pour certains, une économie appréciable en temps et en argent.

Quant au nombre de contrats issus de ces appels d'offres, il pourrait diminuer, mais dans une moindre mesure. En effet, il est déjà pratique commune d'octroyer, dans un même appel d'offres, plusieurs contrats touchant des régions géographiques précises. Cela permet notamment aux entreprises ne disposant pas de la force de travail nécessaire pour répondre aux besoins d'une région entière d'avoir quand même la possibilité d'offrir ses services et produits en déposant une soumission pour l'un des lots identifiés. Cette façon de procéder n'est pas remise en question par le projet de loi.

4.4. Impact sur l'emploi

Nous estimons qu'il y aura peu d'impacts sur l'emploi en entreprise. Les efforts nécessaires pour répondre aux besoins des établissements de santé pourraient même augmenter en fonction d'un accès accru aux services de santé et aux services sociaux.

5. ADAPTATION DES EXIGENCES AUX PME

La Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP, RLRQ c C-65.1) encadre les acquisitions du réseau, notamment, et les PME y sont déjà assujetties. Il se pourrait que certaines acquisitions, par regroupement des besoins dans une région, doivent désormais être obligatoirement faites par appel d'offres public. Certaines PME devraient devoir s'ajuster à cette nouvelle réalité qui représente d'ailleurs une des meilleures pratiques en approvisionnement.

6. COMPÉTITIVITÉ DES EXIGENCES ET IMPACT SUR LE COMMERCE AVEC LES PARTENAIRES ÉCONOMIQUES DU QUÉBEC

La LCOP encadre, notamment, les acquisitions du réseau. Le réseau est donc déjà dans l'obligation de respecter certains accords commerciaux. Il se pourrait que certaines acquisitions, par regroupement des besoins dans une région, doivent désormais être obligatoirement faites par appel d'offres public puisque que le montant associé dépasserait le seuil défini dans l'un ou l'autre des accords. Ces appels d'offres seront ouverts aux partenaires commerciaux du Québec concernés. Certaines entreprises québécoises devraient devoir s'ajuster à cette nouvelle réalité, qui représente d'ailleurs une des meilleures pratiques en approvisionnement.

7. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Aucune mesure d'accompagnement des entreprises n'est à prévoir.

8. CONCLUSION

Principalement, le projet de loi propose une organisation du réseau de la santé et des services sociaux à deux niveaux hiérarchiques, ce qui en simplifiera la gestion. Il permettra d'éventuelles économies par la mise en commun d'activités et de ressources et favorisera un plus grand pouvoir d'achat pour l'ensemble des établissements.

Bien que 45 % des dépenses d'acquisition soient déjà faites de façon regroupée, de nouvelles stratégies d'approvisionnement pourraient s'avérer nécessaires, au cours des prochaines années. Quoi qu'il en soit, en considérant que le projet de loi n'affecte pas directement les besoins du réseau de la santé et des services sociaux auxquels les entreprises répondent actuellement et que l'ensemble des installations du réseau continuent d'exercer leurs missions, le projet de loi ne comporte pas d'effet important sur les entreprises.

9. PERSONNE RESSOURCE

Caroline Imbeau, ingénieure
Direction de la logistique et des équipements
investissements@msss.gouv.qc.ca