



Fédération des chambres
de commerce du Québec

Projet de loi n° 15

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

**Enfin une réelle place
à l'innovation et
à la mobilité de la main-d'œuvre !**

*Commission de la santé
et des services sociaux*

*Assemblée nationale du
Québec*

Mai 2023

Table des matières

Table des matières.....	1
Sommaire exécutif	2
1) Favoriser la mobilité interrégionale de la main-d’œuvre	4
A) Enjeux généraux.....	4
B) Règle de « l’ancienneté-réseau »	5
2) Innover et mettre tout l’écosystème de la santé à contribution	7
A) Mandat de Santé Québec	7
B) Comités régionaux des services pharmaceutiques	8
C) Assurer la prévisibilité de l’offre de services des prestataires privés.....	8
D) Mesures de la « nécessité médicale » et du « patient d’exception » . Erreur ! Signet non défini.	
E) Procédures autorisées pour les centres médicaux spécialisés	9
3) Sortir de la règle du plus bas soumissionnaire	11
A) Contexte général	11
B) Contexte particulier	12
4) Éviter la déconnexion entre les établissements et leur milieu	14
A) Conseils de surveillance et d’alliance communautaire.....	14
Conclusion et liste de recommandations.....	16

Sommaire exécutif

La Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ) a pour mission d'appuyer le développement des entreprises de l'ensemble des secteurs économiques du Québec et des régions. Grâce à son vaste réseau de 123 chambres de commerce et 1 200 membres corporatifs, la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ) représente plus de 45 000 entreprises exerçant leurs activités dans tous les secteurs de l'économie et sur l'ensemble du territoire québécois. 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 a accueilli positivement la présentation et soutient l'adoption du projet de loi n° 15 visant à créer l'agence Santé Québec et à améliorer l'efficacité du système de santé québécois. L'accent mis sur la mobilité de la main-d'œuvre et l'innovation dans l'argumentaire gouvernemental constitue un signal important devant mener à des changements concrets pour améliorer les soins offerts aux patients québécois.

Le projet de loi très costaud déposé par le ministre de la Santé, Christian Dubé est une réforme qui mérite d'être soulignée. Notre système de santé public et universel est un acquis important pour les Québécois, mais ses dysfonctionnements sont nombreux et bien connus. La pénurie de main-d'œuvre qui se manifeste dans presque l'ensemble des secteurs y est aggravée par d'importantes disparités régionales, particulièrement dans la capacité d'attraction et de rétention du personnel.

C'est un enjeu pour les soins offerts à la population, mais aussi pour le développement des régions qui en sont victimes : la non-reconnaissance de l'ancienneté des travailleurs de la santé qui souhaitent s'établir dans une autre région constitue une barrière importante à la mobilité de la main-d'œuvre et de leurs familles. C'est pourquoi la FCCQ appuie le principe de « l'ancienneté-réseau » proposé par ce projet de loi.

La création de Santé Québec, la nouvelle agence nationale devant gérer les opérations du réseau, devrait également inclure un mandat clair de faire appel à tout l'écosystème de la santé et des sciences de la vie et de favoriser les solutions innovantes. De nombreuses entreprises privées sont prêtes à contribuer à rendre notre système public et universel plus efficace, comme elles l'ont démontré de manière particulièrement évidente depuis le début de la pandémie de COVID-19. Nous n'avons pas le luxe de nous priver de ces ressources précieuses. Au contraire, il faut mettre tout le monde à contribution pour enfin changer les choses. Dans le même esprit, nous recommandons le maintien de la mesure de la « nécessité médicale » qui se trouve remise en question par une disposition du projet de loi.

L'un des principaux freins à l'efficacité et à l'innovation dans le système de santé, comme dans l'ensemble de l'appareil étatique québécois, est la désuétude du mode d'attribution des contrats publics. Notre système de santé aura toujours plusieurs pas de retard en matière d'innovation et d'efficacité tant que la règle du plus bas soumissionnaire continuera d'y régner. La transition vers une agence nationale

unique et autonome supervisant les opérations de tout le réseau est l'occasion parfaite pour opérer une transition vers un système d'approvisionnement fondé sur la valeur, plutôt que sur les coûts. Il faut favoriser l'émergence de nouvelles solutions et sortir du carcan imposé par la règle du plus bas soumissionnaire pour arriver à de meilleurs résultats pour les patients.

Enfin, la FCCQ appuie la recommandation de M^e Michel Clair de mettre en place des « conseils de surveillance et d'alliance communautaire » et d'y inclure une représentation du réseau des chambres de commerce. Le milieu économique local et régional a à cœur le bon fonctionnement des établissements de santé et l'amélioration des conditions de santé de la population et saura répondre « présent » comme il sait si bien le faire quand on fait appel à son expertise et son ancrage territorial.

1) Favoriser la mobilité interrégionale de la main-d'œuvre

A) Enjeux généraux

La FCCQ a réitéré lors de la plus récente campagne électorale que le manque de la mobilité des travailleurs entre les régions est un problème de longue date au Québec. La pénurie actuelle de main-d'œuvre qui cause des maux de tête récurrents aux employeurs dans presque tous les secteurs d'activité rend cette problématique encore plus aigüe et nous avons interpellé tous les partis politiques en ce sens. Les obstacles à cette mobilité demeurent nombreux et des solutions existent, que ce soit en matière de fiscalité, de logements, de services sociaux et de transport. Ce devrait être prioritaire dans les prochaines actions gouvernementales.

Dans de trop nombreuses localités du Québec, les employeurs connaissent d'énormes difficultés à attirer des travailleurs pour les métiers spécialisés. La mobilité géographique et professionnelle de la main-d'œuvre représente une solution essentielle pour favoriser l'appariement et l'adéquation entre l'offre et la demande de main-d'œuvre. Elle devrait donc être encouragée le plus possible, en particulier vers les régions et cela, tant par les mesures de soutien du revenu que par la formation et les mesures et services d'aide à l'emploi.¹

En outre, comme le confirme une étude récente, la perte d'emploi incite peu la main-d'œuvre québécoise et canadienne à s'adapter. L'étude en question « se penche sur l'emploi de quatre stratégies d'adaptation par les travailleurs licenciés en 2009, soit au cœur de la dernière récession. Les quatre stratégies sont les suivantes : changer de région, entreprendre des études postsecondaires, suivre un apprentissage enregistré et devenir travailleur autonome. Les auteurs montrent que seule une minorité de travailleurs licenciés — tout au plus le cinquième d'entre eux — ont employé au moins l'une des quatre stratégies. »²

Selon une étude de la Commission des partenaires du marché du travail (CPMT), dont la FCCQ est membre, près de la moitié (46 %) des travailleurs québécois est ouverte à déménager pour améliorer ses perspectives professionnelles. Sans surprise, la raison la plus souvent invoquée qui amènerait à déménager est l'amélioration des conditions de travail, incluant le salaire.³

¹ Emna Braham et Mia Homsy, Formation et mobilité de la main-d'œuvre : Le Québec prêt pour l'avenir? Publié en 2021 (en ligne) <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/05/202105-IDQ-Formation-et-mobilite-de-la-main-doeuvre.pdf>

² René Morissette et Theres Hanqing Qiu, Adjusting to Job Loss When Times Are Tough, IRPP, Publié en février 2021 (en ligne) <https://irpp.org/fr/research-studies/adjusting-to-job-loss-when-times-are-tough/>

³ Commission des partenaires du marché du travail, Portrait 360 sur les aspirations de la main-d'œuvre https://www.cpmt.gouv.gc.ca/fileadmin/fichiers_cpmt/Publications/RA_portrait_360_aspirations_main_doeuvre_CPMT.pdf

Cet argument est intéressant dans le contexte d'un employeur public offrant des conditions de travail relativement uniformes comme le gouvernement du Québec. En pouvoir d'achat, le salaire d'un employé de bureau, d'une enseignante ou, dans le cas qui nous occupe actuellement, d'une infirmière est plus élevé s'il décide de s'établir hors des grands centres urbains. À salaire équivalent, le prix de l'immobilier rend les régions éloignées et les territoires ruraux plus attractives, en particulier en tenant compte de cet aspect.

Malheureusement, l'ajustement du marché du travail est peu soutenu et demeure difficile au Québec comme au Canada. Pourtant, certaines régions sont riches en opportunité d'emploi en plus d'offrir la possibilité de poursuivre une carrière, que ce soit en bénéficiant de formations reconnues ou encore, de devenir repreneur d'entreprise.

Recommandation 1

Favoriser la mobilité interrégionale en mettant en place des mesures telles que :

- **Bonifier et faire connaître davantage la déduction fiscale pour le déménagement ;**
- **Développer un programme visant l'augmentation de l'offre de logements locatifs et en copropriétés spécifiquement en région afin de mieux tenir compte des cycles de vie et de l'adaptation nécessaire des nouveaux arrivants ;**
- **Augmenter l'offre de places en services de garde dans toutes les régions, notamment pour les places en milieu de travail et offrant des horaires atypiques.**

Dans le cas des ministères et organismes gouvernementaux qui sont eux-mêmes d'importants employeurs, ils peuvent contribuer à réduire les obstacles à la mobilité régionale par l'entremise de leurs conventions collectives, en éliminant les barrières institutionnelles aux déplacements interrégionaux de leurs employés. C'est cet aspect du projet de loi n° 15 qui le rend particulièrement intéressant pour le développement économique du Québec.

B) Règle de « l'ancienneté-réseau »

Les articles 20 et suivants du présent projet de loi prévoient que les 34 employeurs publics actuels du réseau de santé et services sociaux seront remplacés par un seul employeur, soit Santé Québec. Dans la même lignée, les articles 911 et 1067 auraient notamment pour effet de réduire le nombre d'associations accréditées à quatre pour l'ensemble du réseau, au lieu des 136 établissements actuels.

L'ancienneté du personnel de la santé ne sera ainsi plus limitée à un hôpital ou une région territoriale particulière ; en effet, elle sera prise en compte dans l'ensemble du réseau, afin de favoriser la mobilité et la flexibilité pour les travailleurs de la santé. La FCCQ est favorable à ce principe, tout en étant consciente que les détails de l'application de ce changement de paradigme sont complexes et vont requérir beaucoup de travail, de négociation et de flexibilité tant de la part du réseau de la santé que des syndicats. Notre intérêt pour cet élément du projet de loi tient davantage aux effets indirects importants qu'il engendrerait et qui sont trop peu discutés.

Pour résumer la règle de « l’ancienneté-réseau », l’exemple souvent évoqué est celui d’une infirmière de la région métropolitaine de Montréal qui veut déménager en Gaspésie, au Saguenay-Lac-Saint-Jean ou en Abitibi-Témiscamingue. Elle ne perdrait plus son ancienneté alors que jusqu’ici, un tel changement de région l’aurait forcée à revenir au bas de la liste quand vient le temps de choisir les quarts de travail et les vacances.

Cela étant dit, l’autre exemple que rencontrent de nombreux employeurs privés hors des grands centres est celui des conjoint(e)s de travailleurs du secteur privé qui œuvrent quant à eux, dans le secteur public. Les employeurs privés déploient des efforts considérables afin d’attirer des travailleurs spécialisés à venir s’établir dans les différentes régions du Québec pour y œuvrer dans des industries stratégiques comme le manufacturier, le minier, le forestier ou l’agroalimentaire. Or, si l’offre de logements et de places en services de garde constitue un facteur de décision important, la possibilité pour leur conjoint(e) de transférer son emploi dans cette nouvelle région sans être pénalisé de manière importante, est fondamentale. Considérant la taille des effectifs dans le secteur de la santé et des services sociaux (603 200 employés au Québec, en janvier 2023), il s’agit de l’une des occurrences les plus fréquentes de secteur d’activité des conjoint(e)s. D’où la nécessité d’éliminer cette barrière à la mobilité, qui peut avoir des impacts importants dans l’attraction d’employés répondant aux besoins économiques non seulement des entreprises, mais aussi des régions.

Nous avons lu et entendu plusieurs critiques contre ce principe de « l’ancienneté-réseau » depuis la présentation du projet de loi, tant en commission parlementaire que dans les médias. Cela nous amène à affirmer clairement qu’il s’agit d’un élément crucial de la présente réforme sur lequel il ne faut absolument pas reculer. Enfin, les régions plus éloignées seront en mesure d’attirer des travailleurs provenant des grands centres, sans l’obstacle causé par les actuels employeurs multiples.

Recommandation 2

Maintenir dans la version finale du projet de loi tous les articles faisant de Santé Québec l’employeur unique et abolissant les unités d’accréditation locales et régionales afin de faire de « l’ancienneté-réseau » la règle dans le réseau de la santé et des services sociaux.

2) Innover et mettre tout l'écosystème de la santé à contribution

A) Mandat de Santé Québec

La création de Santé Québec, la nouvelle agence nationale devant gérer les opérations du réseau, devra inclure un mandat clair de faire appel à tout l'écosystème de la santé et des sciences de la vie et de favoriser les solutions innovantes.

De nombreuses entreprises privées sont prêtes à contribuer à rendre notre système public et universel plus efficace, comme elles l'ont démontré de manière particulièrement évidente depuis le début de la pandémie de COVID-19. Les entreprises technologiques ont mis au point des solutions pour rendre plus efficace la prise de rendez-vous et pour faciliter le recours à la télémédecine. Des cliniques privées ont additionné leurs capacités à celles du secteur public pour effectuer des chirurgies qui avaient dû être retardées. Les pharmacies ont participé aux campagnes de vaccination et de distribution de tests rapides. La FCCQ a également appuyé l'adoption du projet de loi n° 3 sur les renseignements de santé (aujourd'hui la Loi 5) afin de favoriser une utilisation responsable et adaptée aux technologies d'aujourd'hui des données anonymisées permettant de développer de nouvelles thérapies.

L'ouverture à cette pluralité d'approches était au cœur du plan présenté par le ministre de la Santé en 2022 et doit se concrétiser dans ce nouveau projet de loi créant Santé Québec. Miser sur l'efficacité et la flexibilité de l'entreprise privée comme alliée pour offrir de meilleurs services publics et universels, est une proposition gagnante pour les patients québécois.

D'ailleurs, en vertu de l'article 23 sur sa mission, Santé Québec « coordonne et soutient, notamment par des subventions, l'offre de tels services par les établissements privés ainsi que celle de services du domaine de la santé et des services sociaux par certains autres prestataires privés. » Il s'agit d'un aspect important puisqu'il tient compte de la réalité : le réseau de la santé est constitué de partenaires multiples, majoritairement publics, mais aussi privés. La coordination de cette offre intégrée est un facteur de succès, dans le meilleur intérêt du patient.

Nous considérons cependant que cette mission gagnerait à être définie de manière plus ouverte, en y incluant la recherche d'innovation et d'efficacité. Tel que rédigé à l'article 23, outre la coordination du réseau, la mission de Santé Québec est d'appliquer la réglementation et de mettre en œuvre les directives gouvernementales. Selon nous, cette approche comporte un risque important d'éloignement par rapport aux objectifs des différentes politiques gouvernementales en matière d'efficacité et d'innovation, dont la Stratégie québécoise des sciences de la vie, la Stratégie québécoise de recherche et d'investissement en innovation (SQRI²) et le Plan d'action gouvernemental en matière d'allègement réglementaire et administratif.

Recommandation 3

À l'article 23, ajouter le paragraphe suivant :

« Santé Québec a aussi pour mission d'améliorer activement l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux et d'y favoriser une culture d'innovation, en utilisant notamment une approche d'apprentissage basée sur l'utilisation des données. »

B) Comités régionaux des services pharmaceutiques

L'organisation optimale des soins et services à la population est au cœur des préoccupations portées par le projet de loi 15. Toutefois, en abolissant les Comités régionaux sur les services pharmaceutiques (CSRP), une expertise essentielle à l'arrimage du continuum de soins et de prise en charge des patients sera évacuée. Pourtant, ces structures jouent un rôle-clé dans la coordination des soins sur leur territoire, en plus de faciliter la capacité des pharmacies communautaires à jouer pleinement leur rôle d'accès à la première ligne et de prise en charge des patients au moment de leur congé d'hôpital.

La pertinence du maintien d'instances régionales de concertation dédiées aux pharmaciens et à la pharmacie communautaire a d'ailleurs été soulignée par les acteurs de toute cette chaîne de valeur depuis la présentation du projet de loi : des distributeurs aux pharmaciens-propriétaires en passant par leur ordre professionnel. Ce consensus fort et qui s'est manifesté rapidement doit être entendu.

Nous recommandons la mise en place d'une structure de remplacement qui permettra de continuer d'assurer spécifiquement la coordination des soins pharmaceutiques dans une perspective territoriale, ainsi que la maximisation du rôle et de la contribution de la pharmacie communautaire au Québec.

Recommandation 4

Après les articles 153 à 157, réintroduire dans le présent projet de loi des instances similaires aux actuels Comités régionaux sur les services pharmaceutiques, tels que définis aux articles 417.7 et suivants de la Loi sur la santé et les services sociaux.

C) Assurer la prévisibilité de l'offre de services des prestataires privés

Toujours dans une logique de mise à contribution de tout l'écosystème de la santé, nous souhaitons que soit clarifié l'article 307. Cet article, tel que rédigé, indique que Santé Québec pourrait « exiger d'un établissement privé qu'il exerce les activités nécessaires à toute prestation de services qu'elle détermine, qu'il cesse d'en exercer certaines ou qu'il modifie de toute autre manière son offre de services. »

La portée de cet article semble excessivement large, d'autant plus qu'il ne spécifie pas le type d'exigences qui pourraient ainsi être requises. Nous tenons à rappeler que les entreprises privées ont des coûts de fonctionnement différents de ceux des établissements publics de santé et qu'elles ont investi des sommes considérables afin de réaliser les activités qui leur sont actuellement autorisées.

Une réflexion approfondie est nécessaire afin de comprendre comment nous pourrions répondre à ces exigences, tout en préservant notre autonomie et notre capacité à innover et à offrir des services uniques.

Recommandation 5

À l'article 307, encadrer le pouvoir conféré à Santé Québec sur les activités exercées par un établissement privé afin de prévoir les critères devant justifier une telle décision, le délai accordé pour son entrée en vigueur ainsi que les compensations à verser aux entreprises et aux travailleurs touchés. Si cela s'avérait impossible, retirer cette disposition du projet de loi.

D) Procédures autorisées pour les centres médicaux spécialisés

Les partenariats entre des centres médicaux spécialisés (CMS) et des hôpitaux ont permis d'améliorer l'accès aux soins et ce, à plus faible coût. Le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* reconnaît d'ailleurs l'apport accru des CMS dans la prestation de soins publics. La mise en place de davantage de partenariats public-privé depuis le début de la pandémie de COVID-19 afin de rattraper le retard accumulé en activités chirurgicales a démontré la contribution plus grande que les CMS peuvent apporter au système de santé dans son ensemble. La flexibilité qu'apporte l'utilisation modulable de ces installations et de leurs professionnels de la santé, à la hauteur des besoins, est une formule gagnant-gagnant pour le privé et le public.

Cela nous amène à nous questionner sur l'article 481 du présent projet de loi, qui stipule que, désormais, une « autorisation de Santé Québec permettant l'exploitation d'un centre médical spécialisé est requise pour exploiter une entreprise qui consiste à offrir à une clientèle les services médicaux nécessaires pour effectuer une arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement de Santé Québec. »

Or, l'actuel *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé* prévoit une liste de traitements qui va au-delà des exemples mentionnés dans cet article. Nous nous inquiétons de la possibilité que Santé Québec puisse, unilatéralement, adopter un règlement qui réduirait la liste de de traitements autorisés en CMS, alors que cela va à l'encontre des objectifs d'efficacité et de flexibilité qu'a exprimé le gouvernement. Comme nous l'indiquions précédemment, les prestataires privés de soins de santé ont investi dans leurs entreprises en se basant sur les traitements autorisés. D'ailleurs, nous considérons que la réflexion devrait plutôt porter sur un élargissement des traitements autorisés, ce qui serait en phase avec l'objectif de favoriser l'innovation et de mettre à contribution l'ensemble de l'écosystème de la santé. Santé Québec devrait profiter de ce rôle qui lui sera confié pour amorcer des travaux en ce sens.

Recommandation 6

À l'article 481, ajouter le paragraphe suivant :

« Le premier règlement pris en vertu du présent article inclut tous les traitements prévus à l'annexe du *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*. À la suite de l'adoption de ce premier règlement, Santé Québec est responsable de lancer un processus de consultation des parties prenantes afin de mettre à jour cette liste dans l'objectif d'y inclure un plus grand nombre de traitements. »

3) Sortir de la règle du plus bas soumissionnaire

A) Contexte général

En 2019-2020, les contrats visés par la Loi sur les contrats des organismes publics ont représenté des achats d'un peu plus de 16 G\$. Recourir aux produits et aux services des PME québécoises innovantes représente pour l'État québécois l'occasion de faire des dépenses publiques un véritable levier de développement économique. C'est d'autant plus le cas pour le réseau de la santé et des services sociaux, étant donné sa taille et sa présence dans toutes les régions du Québec.

En réaction à la présentation projet de loi n°12 en février 2022, la plus grande déception des entrepreneurs et des entreprises provenant des secteurs des technologies de l'information, des services de santé et de la construction pour ne nommer que ceux-ci, a été l'absence de mesures législatives et réglementaires contraignantes afin que les contrats publics québécois soient octroyés principalement par des critères de qualité, d'expertise, d'innovation, de performance environnementales, plutôt que le plus bas prix conforme. Ce projet de loi ayant été adopté sans grande modification, cette déception demeure vive encore aujourd'hui.

Pour la communauté d'affaires, il est difficilement compréhensible que le gouvernement fasse le choix de continuer à faire bande à part en Amérique du Nord, en octroyant principalement ses contrats publics sur la base du plus bas soumissionnaire conforme. Pour elle, le gouvernement du Québec fait le choix des économies à court terme, plutôt que de privilégier la performance et la durée de vie des projets.

Pourtant, en octobre 2019, l'actuel ministre de la Santé alors président du Conseil du trésor, reconnaissait la problématique. Il s'était d'ailleurs engagé auprès de la FCCQ, lors des consultations en commission parlementaire sur son projet de loi n° 37, à revenir dans un deuxième temps pour traiter de la question des règles d'adjudication des contrats publics et de la question du plus bas soumissionnaire conforme. Le 30 octobre 2019, le ministre avait mentionné ceci :

« Alors, je voulais encore une fois vous rassurer que vous avez raison qu'il faut améliorer la façon dont on achète... et qu'il faut avoir plus de flexibilité, et que, souvent, on n'atteint pas nos objectifs avec le plus bas soumissionnaire conforme. Je suis d'accord avec vous. »⁴

Or, de nombreux exemples ont démontré au cours des dernières années que le critère du plus bas prix conforme oblige les soumissionnaires à limiter les actions de planification, à choisir les matériaux et les technologies les plus traditionnels, à ne pas tenir vraiment compte de la durabilité des produits utilisés et donc à minimiser les frais d'entretien subséquents. Pourtant, les exemples de pratiques à succès adoptées par de nombreuses autres juridictions abondent, alors que plusieurs d'entre-elles mettent davantage l'accent sur les critères de qualité et de durabilité, puis considèrent aux fins de l'évaluation

⁴ Assemblée nationale du Québec, Christian Dubé, 30 octobre 2019, <http://www.assnat.qc.ca/fr/travauxparlementaires/commissions/cfp-42-1/journal-debats/CFP-191029.html>

des dossiers la moyenne ou la médiane des prix soumissionnés, plutôt que le plus bas. La FCCQ soutient que le prix doit être un critère, mais ne doit pas être celui qui prédomine quant au choix du soumissionnaire pour un contrat, que ce soit pour les infrastructures ou pour tout autre bien et service requis par l'État.

B) Contexte particulier

Le secteur de la santé est en quelque sorte unique, car nous parlons ici de la santé des citoyens du Québec, et c'est l'endroit où nous investissons environ 50 % des dépenses budgétaires de l'État.

Or, le domaine stratégique de la santé est soumis lui aussi à la politique du plus bas prix conforme. La FCCQ reconnaît que des modifications au cadre normatif apportées au fil du temps permettent maintenant plus de latitude aux organismes publics, par exemple le facteur d'ajustement pour la qualité (facteur K) et le coût total d'acquisition.

Malheureusement sur le terrain, ces mécanismes sont peu utilisés et lorsqu'ils le sont, les résultats viennent tout de même favoriser le plus bas soumissionnaire. Selon une analyse de Medtech Canada, sur 80 dossiers appels d'offres analysés depuis 2018, 90 % ont été attribués en fonction du critère de prix.

L'Institut du Québec, un organisme neutre, a proposé dès 2017 des alternatives à ce mode d'approvisionnement, des alternatives par ailleurs bien connues et implantées ailleurs. Nous en présentons ici les constats et les pistes alternatives de solution, à commencer par ce constat dur, mais juste :

« Depuis la politique du médicament, les dirigeants du système de santé n'ont pas systématiquement démontré leur intention de favoriser l'intégration d'innovations dans leurs méthodes d'approvisionnement – autrement que par des moyens traditionnels. Si quelques groupes de concertation et tables de discussion ont proposé des solutions, celles-ci tardent à être mises en œuvre. »⁵

L'une d'entre elles consisterait à transformer le système d'approvisionnement actuel fondé sur les coûts en un système d'approvisionnement fondé sur la valeur. Ce genre de système laisse aux soumissionnaires le soin de suggérer des solutions aux problèmes définis par l'acquéreur. Il permet aussi de faire émerger des solutions qui n'existent pas actuellement sur le marché et de trouver de nouvelles réponses à des problèmes existants en réduisant les coûts.

Plusieurs modèles d'approvisionnement par appel de solutions ont déjà été en place dans le monde, tels que :

- Les paiements groupés pour l'ensemble de l'épisode de soins;

⁵ L'Institut du Québec. L'adoption d'innovations en santé au Québec. Propositions de modèles alternatifs. Mars 2017.

- La définition d'un appel de solutions par la présentation d'un cas hypothétique;
- Les essais préalables de produits avant de procéder aux appels d'offres;
- Les ententes de partage de risques;
- L'évaluation globale des coûts-bénéfices des médicaments;
- La mise en place de registres de patients dont les données sont accessibles;
- L'ouverture au dialogue avec les entreprises avant les appels d'offres.

L'Institut du Québec suggère ainsi au gouvernement d'envisager la mise en place de projets pilotes ayant pour but d'expérimenter un ou plusieurs types d'approvisionnement basés sur la valeur. Nous faisons nôtres ces observations et suggestions. On pourrait aussi s'inspirer des travaux majeurs entrepris depuis 2014 par l'Union européenne relativement à un projet de réforme du mode d'approvisionnement dans le domaine médical. Il s'agit du projet Europe-wide Innovative Procurement of Health and Care Innovation (EURIPHI). C'est ainsi que, selon une directive du Parlement européen de 2014⁶, les contrats doivent être attribués selon « l'offre économiquement la plus avantageuse », c'est-à-dire en fonction du coût ou du prix « selon une approche fondée sur le rapport coût/efficacité » qui tient compte notamment du cycle de vie, la qualité, y compris la valeur technologique, les aspects environnementaux et/ou sociaux, les qualifications et l'expérience du personnel assigné, le service après-vente, l'assistance technique et les conditions de livraison.

Cette réforme axée sur la qualité, l'innovation et les meilleurs coûts globaux a été implantée dans divers pays en 2020.

Recommandation 7

Pousser plus loin le processus entamé par le projet de loi n° 12 et la Stratégie gouvernementale des marchés publics en présentant le plus rapidement possible les changements réglementaires nécessaires afin que l'octroi des contrats publics mise désormais principalement sur des critères de valeur (qualité, innovation, expertise, durabilité, performance environnementale), plutôt que sur le choix du plus bas soumissionnaire conforme.

Recommandation 8

Ajouter, après l'Article 796 modifiant l'article 8 de la Loi sur les contrats des organismes publics, un article stipulant ceci :

« Santé Québec attribue ses contrats en fonction de l'offre économiquement la plus avantageuse selon une approche fondée sur le rapport coût/efficacité, qui inclut le cycle de vie de la solution proposée, la qualité (y compris la valeur technologique), les aspects environnementaux et/ou sociaux, les qualifications et l'expérience du personnel assigné, le service après-vente, l'assistance technique et les conditions de livraison. »

⁶ Directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics.

4) Éviter la déconnexion entre les établissements et leur milieu

A) Conseils de surveillance et d'alliance communautaire

Comme nous l'avons indiqué dans les sections précédentes, la FCCQ est favorable à la création de Santé Québec et voit d'un bon œil les multiples avantages que peuvent procurer la présence d'un gestionnaire unique à l'échelle nationale sur l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux. Nous sommes toutefois conscients qu'une telle réforme comporte une part de risque qui ne doit pas être négligée. En l'occurrence, nous sommes particulièrement préoccupés par la possibilité que les décisions les plus importantes pour le fonctionnement des nombreux points de service du réseau se prennent plus loin du milieu où ils ont un impact sur la vie quotidienne de la population desservie.

Bien que le présent projet de loi introduise de nouveaux postes de gestionnaires à l'échelle locale, le passage à un employeur national unique et à un conseil d'administration national pourrait entraîner une déconnexion entre le réseau de la santé et les milieux locaux. La fusion des centres de santé et de services sociaux (CSSS) au sein des actuels CISSS et CIUSSS a d'ailleurs entraîné un tel effet, en éliminant les conseils d'administration des 95 CSSS.

À cet effet, lors de son témoignage devant la Commission de la santé et des services sociaux, M^e Michel Clair a émis une recommandation que nous appuyons entièrement : mieux équilibrer les aspects centralisateurs et décentralisateurs de cette réforme en recréant des instances de reddition de compte et de développement de partenariats à l'échelle des territoires desservis par chaque établissement de santé. Il appelle ces instances des « conseils de surveillance et d'alliance communautaire » et propose de les créer à l'échelle où existe un véritable sentiment d'appartenance locale, soit celle des MRC (ou territoire équivalent là où il n'existe pas de MRC) ou des anciens CSSS.

Cette proposition nous semble particulièrement judicieuse parce que M^e Clair a fait part d'une réflexion plus large que ce à quoi nous sommes habitués quand il est question des enjeux de santé. D'une part, il considère que tant les directeurs d'hôpitaux que ceux des CHSLD, des groupes de médecine de famille (GMF) et des centres médicaux spécialisés (CMS) devraient interagir avec ces nouveaux conseils, puisqu'ils sont tous des acteurs incontournables de l'offre locale de services de santé. D'autre part, il propose que les conseils soient formés d'élus municipaux, mais aussi de représentants d'organismes communautaires, du service de police local et de la ou des chambres de commerce locales.

On oublie souvent, à tort, que le réseau local de santé et de services sociaux est une composante fondamentale des économies locales et régionales sur tout le territoire québécois. De manière directe, de nombreuses entreprises locales peuvent bénéficier de contrats provenant d'appels d'offres et offrent des services aux travailleurs de la santé. De manière indirecte, la bonne performance du système de santé locale fait partie de l'éventail de facteurs permettant d'attirer et de retenir la main-d'œuvre dans une communauté donnée, au même titre que l'offre de transports, de logements et de places en services de garde, pour n'en nommer que quelques-uns.



Fédération des chambres
de commerce du Québec

La force de l’ancrage territorial des chambres de commerce ainsi que leur engagement dans l’amélioration des conditions de santé de leurs communautés se traduit de manière concrète et continue. Le principal exemple récent est celui de la campagne de distribution de tests rapides aux entreprises via les chambres de commerce, qui aura permis de distribuer plus d’un million de tests en un an, du printemps 2022 au printemps 2023 grâce à la collaboration avec le MSSS. Les réseaux de la santé et des chambres de commerce sont des partenaires naturels ; la population gagnerait à ce qu’ils renforcent ce partenariat, notamment via un siège au sein d’éventuels conseils de surveillance et d’alliance communautaire.

Recommandation 9

Créer les conseils de surveillance et d’alliance communautaire et y inclure une représentation des chambres de commerce, selon le modèle proposé par M^e Michel Clair.

Conclusion et liste de recommandations

Pour toutes les raisons évoquées dans le présent mémoire, la FCCQ souhaite l'adoption du projet de loi n°15. Le Québec doit passer à une nouvelle ère d'innovation dans le secteur de la santé et des services sociaux afin d'améliorer la performance du réseau, au bénéfice de la population.

Nous recommandons tout de même que certaines améliorations ou clarifications soient apportées au projet de loi afin que son application réponde à quatre grands objectifs : favoriser la mobilité interrégionale de la main-d'œuvre, innover et mettre tout l'écosystème de la santé à contribution, sortir de la règle du plus soumissionnaire ainsi qu'éviter la déconnexion entre les établissements de santé et leur milieu

En ce sens, nous faisons les recommandations suivantes concernant des modifications à apporter au projet de loi lui-même ou à ses éventuels règlements afférents :

Recommandation 1

Favoriser la mobilité interrégionale en mettant en place des mesures telles que :

- **Bonifier et faire connaître davantage la déduction fiscale pour le déménagement ;**
- **Développer un programme visant l'augmentation de l'offre de logements locatifs et en copropriétés spécifiquement en région afin de mieux tenir compte des cycles de vie et de l'adaptation nécessaire des nouveaux arrivants ;**
- **Augmenter l'offre de places en services de garde dans toutes les régions, notamment pour les places en milieu de travail et offrant des horaires atypiques.**

Recommandation 2

Maintenir dans la version finale du projet de loi tous les articles faisant de Santé Québec l'employeur unique et abolissant les unités d'accréditation locales et régionales afin de faire de « l'ancienneté-réseau » la règle dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation 3

À l'article 23, ajouter le paragraphe suivant :

« Santé Québec a aussi pour mission d'améliorer activement l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux et d'y favoriser une culture d'innovation, en utilisant notamment une approche d'apprentissage basée sur l'utilisation des données. »

Recommandation 4

Après les articles 153 à 157, réintroduire dans le présent projet de loi des instances similaires aux actuels Comités régionaux sur les services pharmaceutiques, tels que définis aux articles 417.7 et suivants de la Loi sur la santé et les services sociaux.

Recommandation 5

À l'article 307, encadrer le pouvoir conféré à Santé Québec sur les activités exercées par un établissement privé afin de prévoir les critères devant justifier une telle décision, le délai accordé pour son entrée en vigueur ainsi que les compensations à verser aux entreprises et aux travailleurs touchés. Si cela s'avérait impossible, retirer cette disposition du projet de loi.

Recommandation 6

À l'article 481, ajouter le paragraphe suivant :

« Le premier règlement pris en vertu du présent article inclut tous les traitements prévus à l'annexe du *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*. À la suite de l'adoption de ce premier règlement, Santé Québec est responsable de lancer un processus de consultation des parties prenantes afin de mettre à jour cette liste dans l'objectif d'y inclure un plus grand nombre de traitements. »

Recommandation 7

Pousser plus loin le processus entamé par le projet de loi n° 12 et la Stratégie gouvernementale des marchés publics en présentant le plus rapidement possible les changements réglementaires nécessaires afin que l'octroi des contrats publics mise désormais principalement sur des critères de valeur (qualité, innovation, expertise, durabilité, performance environnementale), plutôt que sur le choix du plus bas soumissionnaire conforme.

Recommandation 8

Ajouter, après l'Article 796 modifiant l'article 8 de la Loi sur les contrats des organismes publics, un article stipulant ceci :

« Santé Québec attribue ses contrats en fonction de l'offre économiquement la plus avantageuse selon une approche fondée sur le rapport coût/efficacité, qui inclut le cycle de vie de la solution proposée, la qualité (y compris la valeur technologique), les aspects environnementaux et/ou sociaux, les qualifications et l'expérience du personnel assigné, le service après-vente, l'assistance technique et les conditions de livraison. »



Fédération des chambres
de commerce du Québec

Recommandation 9

Créer les conseils de surveillance et d'alliance communautaire et y inclure une représentation des chambres de commerce, selon le modèle proposé par M^e Michel Clair.