

MÉMOIRE DÉPOSÉ DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION PRÉ BUDGÉTAIRE 2024-2025 DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

**Association des établissements privés
conventionnés — Santé services sociaux**

Février 2024

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction du mémoire de l'AEPC dans le cadre de la consultation pré budgétaire 2024-2025, les personnes suivantes :

Monsieur Stéphane Roy, président du conseil d'administration de l'AEPC.

Madame Annick Lavoie, directrice générale

Madame Delia Maria Ore Riviera, directrice – Finances et performance

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

Monsieur Guy F. Therrien, conseiller aux communications

Les dirigeants de l'AEPC.

CONTACT

Guy F. Therrien, conseiller aux communications

438 405-4884 g.therrien@aepec.gc.ca

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE.....	5
Sommaire des recommandations de l'AEPC.....	6
PRÉSENTATION DE L'AEPC ET DU MODÈLE PRIVÉ CONVENTIONNÉ	7
Concernant le modèle privé conventionné.....	7
Un budget par composantes.....	8
RECOMMANDATION NO 1.....	9
RECOMMANDATION NO 2.....	10
Tableau 1 – Écarts entre le taux pondéré d'indexation et le taux IPC.....	11
Graphique 1 – Écarts entre le taux pondéré d'indexation et le taux IPC	11
Graphique 2 - Écarts entre le taux pondéré d'indexation et le taux IPC après le financement non récurrent	12
RECOMMANDATION NO 3.....	14
Tableau 2 - Détail des coûts CA 7644 : Hygiène salubrité - tâches opérationnelles des EPC.....	15
Graphique 3 – Variation cumulée des coûts directs nets ajustés CA 7644	16
Graphique 4 – Variation annuelle cumulée du coût unitaire brut CA 7644	16
Tableau 3 – Détail des coûts CA 7646 : Hygiène salubrité – Désinfection à la suite d'un départ/transfert	17
Graphique 5 – Variation cumulée du coût total net ajusté – Désinfection à la suite d'un départ/transfert	17
Graphique 6 – Coût unitaire brut/mètre carré – Désinfection à la suite d'un départ/transfert.....	18
Graphique 7 – Variation cumulée du coût unitaire brut pour la désinfection à la suite d'un départ/transfert	18
RECOMMANDATION NO 4.....	19
Tableau 4 – Financement nécessaire correspondant au 10% additionnel pour les frais administratifs liés aux ajouts de personnel et rehaussements de postes.....	20
CONCLUSION.....	21

MISE EN CONTEXTE

L'Association des établissements privés conventionnés — Santé services sociaux (ci-après AEPC) souhaite contribuer aux consultations prébudgétaires 2024-2025 organisées par le ministre des Finances du Québec, afin de témoigner de plusieurs des enjeux qui concernent de près les établissements privés conventionnés (ci-après EPC).

L'élaboration du prochain budget du ministère des Finances du Québec est un exercice crucial pour les EPC, marqué par des enjeux majeurs à la fois complexes et interconnectés. Au cœur de ces préoccupations se dessinent trois défis nécessitant une attention particulière : la question pressante du recrutement et de la rétention du personnel dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre; l'intégration des dispositions de la réforme de la santé découlant du projet de loi 15 adopté en décembre 2023 et enfin; un contexte financier amplifié par l'inflation et des taux d'intérêt élevés au cours de l'exercice 2023-2024 qui mettent aujourd'hui en péril la pérennité de plusieurs EPC ainsi que le modèle privé conventionné.

Ces trois dynamiques interreliées exigent une approche stratégique et éclairée, tant sur le plan financier et clinique que sur celui des ressources humaines, pour ainsi garantir la qualité des services dispensés au sein des EPC, et ce, pour le bénéfice autant des résidents/patients, des familles que celui du personnel des différents établissements.

Le mémoire prébudgétaire de l'AEPC vise à élaborer des recommandations spécifiques pour répondre aux enjeux et aux défis pressants auxquels font face les établissements privés conventionnés. Si des mesures urgentes ne sont pas prises sur le plan financier pour la composante fonctionnement du budget des EPC, les risques de fermeture d'établissements sont réels. Ce qui viendrait assurément compliquer encore plus le portrait déjà fragile de l'hébergement de longue durée au Québec au cours du prochain exercice financier.

Sommaire des recommandations de l'AEPC

1. Reconnaître un rehaussement équivalent au réseau public des classes d'emploi de tous les cadres des EPC et accorder le financement de ces rehaussements.
2. S'assurer que les budgets de la composante fonctionnement des EPC soient indexés annuellement de manière adéquate, soit l'équivalent de l'IPC et revoir la base budgétaire historique obsolète.
3. Financer adéquatement les mesures d'hygiène et salubrité imposées par les nouvelles règles de prévention et contrôle des infections à la suite de la pandémie de COVID-19.
4. Octroyer aux EPC le financement de 10 % additionnel pour tous les financements récurrents reçus en 2023-2024 (Rehaussement postes de catégorie 1, rehaussement PAB, ajouts AEP-PAB, nutritionnistes, pharmaciens, etc.)

PRÉSENTATION DE L'AEPC ET DU MODÈLE PRIVÉ CONVENTIONNÉ

D'entrée de jeu, il est pertinent de décrire ce qu'est l'AEPC et ceux qu'elle représente. Partenaire majeur du réseau de la santé depuis 65 ans, l'AEPC regroupe 29 propriétaires-gestionnaires qui gèrent 60 établissements (58 CHSLD et 2 hôpitaux de réadaptation incluant une unité de soins palliatifs) offrant un milieu de vie, de soins et de fin de vie de qualité supérieure à une clientèle en grande perte d'autonomie. L'AEPC offre une série de services à ses membres, en plus de participer à différentes instances consultatives et de faire des représentations auprès de différentes autorités ministérielles et politiques.

Comme association, l'AEPC promeut l'excellence des soins et des services de proximité offerts par ses membres, en plus de soutenir la place du privé conventionné dans le domaine de la santé et des services sociaux. Situés dans 11 régions du Québec, les EPC répondent collectivement aux besoins quotidiens de près de 7000 résidents. Deux catégories d'établissements, deux missions distinctes, soit l'hébergement avec soins et services de longue durée, et des soins médicaux et spécialisés en réadaptation.

Concernant le modèle privé conventionné

Les EPC de notre réseau détiennent un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après MSSS). Ce regroupement, fourni des services publics qui sont gérés par le privé. Les EPC offrent des soins et des services de qualité supérieure dans des environnements sécuritaires et agréables. Ils privilégient ainsi une approche empreinte de respect et de dignité dans des environnements empathiques où le résident n'est pas 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 et leur savoir-être, et ce, en raison de la clientèle très vulnérable qu'ils hébergent. Les employés des EPC disposent des mêmes salaires et des conditions de travail du réseau public. Le financement des EPC est entièrement public. La contribution de l'utilisateur payée par les résidents en CHSLD est fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Un budget par composantes

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. 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.).

Cette composante est entièrement à but non lucratif, ce qui signifie que 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 composante 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.

RECOMMANDATION NO 1

Reconnaitre un rehaussement équivalent au réseau public des classes d'emploi de tous les cadres des EPC et accorder le financement de ces rehaussements.

Dans un contexte marqué par la pénurie de la main-d'œuvre qui affecte l'ensemble des secteurs de l'économie québécoise, il est essentiel que les EPC puissent recruter et conserver du personnel qualifié d'expérience, et ce, aux conditions du réseau dans lequel ils œuvrent.

Il appert important de rappeler que, dans le modèle privé conventionné, le personnel dispose des mêmes conditions d'emplois et de rémunération que ceux exerçant dans les établissements publics du réseau. Or, malgré cela, il existe une iniquité persistante¹ en ce qui concerne le financement des postes-cadres dans les EPC. À titre d'exemple, un poste de chef d'unité en EPC est rémunéré selon la classe d'emploi 37, alors que sa contrepartie dans le public est une classe 38. Une situation qui se traduit nécessairement par une différence sur le plan des conditions salariales, au désavantage des employés-cadres des EPC. Une iniquité qui a une incidence sur le recrutement et la rétention du personnel dans les EPC, au moment où la création de Santé Québec, qui deviendra l'employeur unique des employés du réseau public², risque de drainer à son avantage des ressources humaines déjà trop peu nombreuses par rapport aux besoins grandissants en matière de soins et d'hébergement de longue durée au Québec.

L'AEPC a déjà entrepris les démarches sur ce dossier auprès de la direction des ressources humaines du MSSS. Cette dernière aurait terminé son analyse et émis ses recommandations à la direction des finances. Il s'agit donc d'une mesure simple et rapide à mettre en place, mais dont les impacts sur les employés, les résidents et leur famille se fera sentir immédiatement.

Il est utile de rappeler que lors des consultations tenues dans le cadre du projet de loi 15, l'AEPC a réitéré la volonté des EPC de maintenir leur autonomie de gestion au sein du réseau, incluant leurs ressources humaines, en permettant aux employés de conserver leur appartenance au réseau de la santé (conditions

¹ Reliée aux budgets historiques de la composante fonctionnement.

² Les EPC sont exclus de l'Agence Santé Québec et demeurent des employeurs individuels.

d'emplois et salariales). L'AEPC a également souhaité que les EPC maintiennent leur capacité d'attraction de la main-d'œuvre et leur proximité avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Afin que les EPC soient en mesure de conserver leur capacité d'attraction de leur personnel-cadre, nous demandons que le MSSS alloue le financement des postes du personnel-cadre à la hauteur de leur classe d'emploi autorisée dans le réseau public.

RECOMMANDATION NO 2

S'assurer que les budgets de la composante fonctionnement des EPC soient indexés annuellement de manière adéquate, soit l'équivalent de l'IPC et revoir la base budgétaire historique obsolète.

L'économie du Québec a traversé en 2023 une zone économique de turbulence marquée par de fortes pressions inflationnistes qui se sont traduites par des hausses marquées des prix des produits et des services. Un contexte inflationniste haussier qui n'a pas épargné les EPC, alors que s'amplifie les écarts défavorables dans le financement de la composante fonctionnement du budget des EPC. C'est ainsi que le taux pondéré d'indexation des budgets de la composante fonctionnement des EPC est resté inférieure au taux d'indexation des prix à la consommation, et ce, année après année depuis 2019.

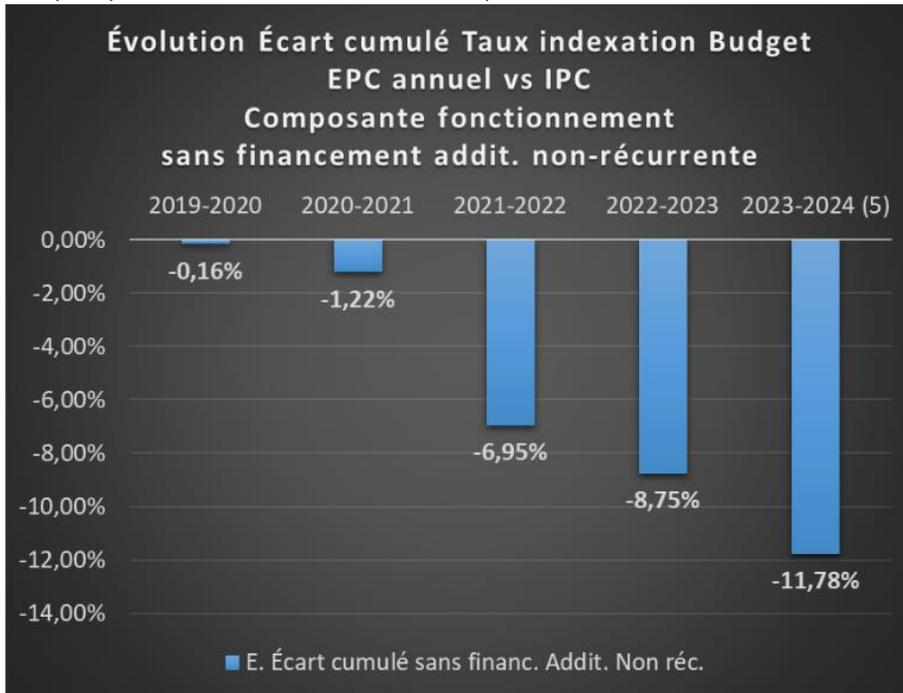
Une pratique ancienne en matière de financement qui crée des écarts cumulés importants sur la composante fonctionnement des EPC, entraînant à terme des répercussions sur l'offre de services dispensés aux résidents/patients (alimentation, etc.). De plus, ces écarts défavorables accentuent les problèmes de liquidités des EPC et mettent à risque de faillite des établissements. À ce jour, l'écart défavorable cumulé du taux d'indexation entre 2019 et 2024 est de -11.78 %. (Cf. tableau 1 et graphique 1)

Tableau 1 – Écart entre le taux pondéré d'indexation et le taux IPC

Composante Fonctionnement - EPCs								
	A. Taux pondéré Indexation Budget E PC (1)	B. Taux Index. Autres dépenses MSSS. (2)	C. IPC Canada-QC Variat. annuelle % au mars (3)	D. Écart annuel (A - C) ou (B - C) 22-23	E. Écart cumulé sans financ. Addit. Non réc.	F. Ajust. Non-récurrent (4)	G. Écart annuel après financ.. non récurr.	H. Écart cumulé après financ. Addit. non récurr.
2019-2020	0,94%	0,00%	1,10%	-0,16%	-0,16%	0,00%	-0,16%	-0,16%
2020-2021	1,14%	0,00%	2,20%	-1,06%	-1,22%	0,00%	-1,06%	-1,22%
2021-2022	0,97%	0,00%	6,70%	-5,73%	-6,95%	0,00%	-5,73%	-6,95%
2022-2023	3,05%	2,90%	4,70%	-1,80%	-8,75%	4,00%	2,20%	-4,75%
2023-2024 (5)	1,17%	0,00%	4,20%	-3,03%	-11,78%	6,62%	3,59%	-5,16%

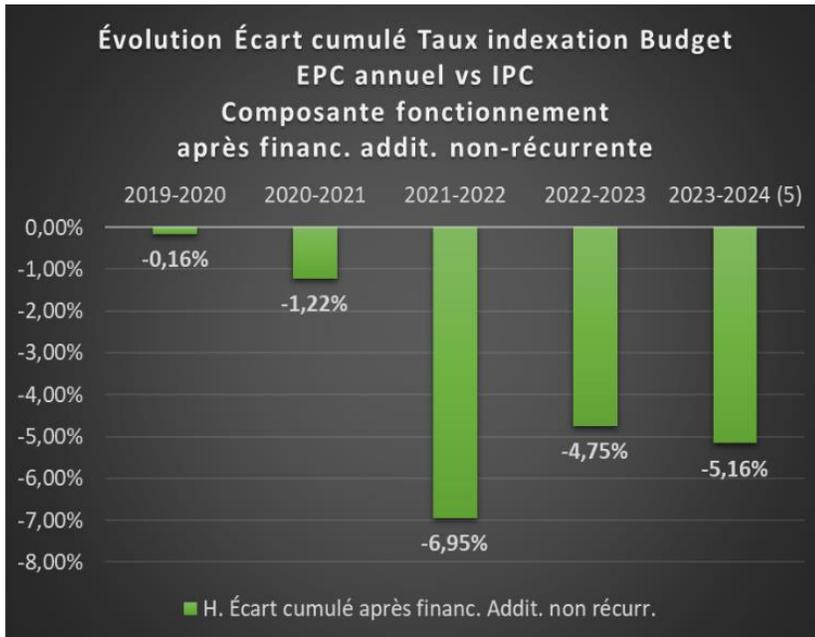
- (1) Taux pondéré: l'indexation sur les autres dépenses non salariales, l'assurance-salaire SAPA, programmes soutien SAPA.
 (2) Donnée provenant de la lettre du MSSS 22-FA-00400 *Financement exceptionnel IPC 2022-2023*.
 (3) IPC Variation annuelle au mois mars. Institut de la statistique du Québec.
 (4) 2022-2023 : 4 % = 4,44 % x 90 % ; 2023-2024 : 6.62 %. Estimé selon tableau reçu 23-FA-00247-01_PJ. Voir fichier Excel ci-joint.
 (5) Estimation de la variation annuelle de l'IPC 2023-2024. Pour 2023-2024 variation au oct. 2023 = 4.20%

Graphique 1 – Écart entre le taux pondéré d'indexation et le taux IPC



À la suite du financement non récurrent octroyé aux EPC par le MSSS en décembre 2023, l'écart de financement cumulé est passé de - 11.78 % à - 5.16 %, plaçant toujours plusieurs établissements dans une situation précaire sur le plan financier. (Cf. graphique 2)

Graphique 2 - Écarts entre le taux pondéré d'indexation et le taux IPC après le financement non récurrent



Bien que cette aide ponctuelle soit appréciée, elle ne peut être considérée comme une solution viable à court, moyen ou long terme. L'utilisation d'un taux d'indexation inférieur à l'IPC crée une pression financière importante forçant les propriétaires-gestionnaires à emprunter à des taux d'intérêt plusieurs fois supérieurs au taux d'indexation qui est octroyé par le MSSS.

Nous comprenons évidemment que les budgets du MSSS sont octroyés par crédits budgétaires, c'est pourquoi il nous appert essentiel de prévoir un taux d'indexation de la composante fonctionnement du budget des EPC qui suit la tendance du marché, et ce, dès sa budgétisation.

Reconnaissons qu'aucune organisation quelle qu'elle soit ne pouvait opérer cette année financière avec un taux d'indexation de 1.17 % d'un budget historique déjà obsolète. Il est utile de rappeler que les budgets des EPC sont constitués de différentes composantes et que les écarts favorables dans la composante clinique par exemple ne peuvent pas compenser les écarts défavorables de la composante fonctionnement. C'est donc dire que l'écart défavorable entre le taux pondéré d'indexation des budgets de fonctionnement des EPC et le taux de l'IPC affecte significativement plus les EPC que les établissements publics qui opèrent avec un budget global.

Il est utile de mentionner que la notion de budgets historiques fait référence ici à des budgets d'exploitations basés sur des structures organisationnelles qui relèvent d'une autre époque. Ces structures organisationnelles étaient fondées sur des normes et des standards d'il y a plus de 40 ans. Certaines se fondent d'ailleurs sur l'organisation du travail d'un centre d'accueil.

Or, ces centres d'accueil recevaient à l'époque une clientèle autonome et moins lourde que celle des CHSLD d'aujourd'hui. À titre d'exemple, les budgets d'alimentation ne tenaient pas compte des ajustements de texture et de consistance primordiaux à la sécurité des personnes dysphagiques. Autre exemple, des budgets de fournitures médicales adaptés aux besoins d'une clientèle légère et non majoritairement grabataire et très vulnérable (soins de plaies de lit, culottes d'incontinence, etc.).

Eu égard à ce qui précède, deux aspects fondamentaux sont à corriger rapidement et de manière pérenne, soit des rehaussements adéquats des budgets historiques et obsolètes et un taux d'indexation annuel qui corresponde à l'IPC.

Malheureusement, sans ces ajustements essentiels, les risques de fermeture d'établissements sont plus que réels. C'est autant de places en hébergement de longue durée qui ne seraient plus disponibles pour les personnes en perte d'autonomie, alors que les besoins augmentent de ce côté. En effet, en décembre 2023, selon les données du MSSS, 4 250 personnes étaient en attente d'une place en CHSLD. De ce nombre, 24 % occupaient un lit d'hospitalisation dans les hôpitaux - les niveaux de soins alternatifs (NSA)³; des lits qui pourraient être utilisés par des patients en attente d'hospitalisation (à l'urgence, chirurgies électives, etc.). Donc, le maintien et le développement de places en CHSLD concourent à réduire le taux d'occupation des salles d'urgence ainsi que la liste d'attente des personnes nécessitant une chirurgie⁴. Au surplus, la fermeture de CHSLD EPC viendrait ajouter une pression additionnelle sur la mission d'hébergement déjà ébranlée par les fermetures massives de résidences pour personnes âgées (RPA).

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Données de la liste d'attente pour une place en centre d'hébergement de soins de longue durée, période 10 – 2023-2024*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/>

⁴ Boily D., Gentile D. (2023, septembre 19) La liste d'attente pour une place en CHSLD près d'un sommet. Radio-Canada <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2011570/chsld-mda-attente-chirurgies-dube-quebec>

Cela dit, nous sommes conscients que les besoins en matière de santé sont immenses, et ce, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'alourdissement des clientèles en hébergement de longue durée.

Nous sommes également conscients que le MSSS consacre actuellement des ressources importantes, afin de conventionner les établissements privés qui ne l'étaient pas auparavant. Bien que l'AEPC soutienne ce processus, il faut rappeler que la situation financière précaire de certains EPC milite pour une action immédiate de la part du MSSS. Le modèle EPC des membres de l'AEPC est reconnu pour être efficient et efficace, il a néanmoins ses limites s'il n'est pas soutenu adéquatement d'un point de vue financier. Indubitablement, les budgets historiques utilisés dans la composante fonctionnement ont précipité l'atteinte de ces limites.

Afin d'endiguer la problématique de manque de liquidité des établissements et les allers-retours constants entre le MSSS et les EPC sur cet enjeu, l'AEPC propose que leur soit accordé une indexation de la composante fonctionnement alignée sur l'indice des prix à la consommation ainsi que la rétroactivité des écarts cumulés pendant plus de 5 ans. De plus, les budgets historiques doivent être ajustés à la nouvelle réalité postpandémique, et ce, avant leur indexation.

RECOMMANDATION NO 3

Financer adéquatement les mesures d'hygiène et de salubrité imposées par les nouvelles règles de prévention et contrôle des infections à la suite de la pandémie de COVID-19.

Plusieurs directives ministérielles, recommandations de la Santé publique et obligations de la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ont modifié l'organisation du travail en hygiène et salubrité et impacté les processus d'approvisionnement des produits désinfectants, des équipements de protection individuelle et autres accessoires.

Dans la foulée de la pandémie de la COVID-19, les mesures d'hygiène et de salubrité ont été amplifiées et les directives du MSSS en lien avec les protocoles de nettoyage et de désinfection⁵ requièrent plus de main-d'œuvre et d'équipement. Que ce soit pour la désinfection quotidienne des chambres des résidents atteints ou suspectés de maladie à coronavirus, la désinfection des zones dites « *high touch* » ou la désinfection terminale de la chambre d'un résident, l'ensemble de l'organisation du travail est revu et bonifié pour ne rien laisser à la légère. Le budget de la composante fonctionnement doit indubitablement être revu à la hausse pour soutenir les efforts d'hygiène et salubrité mis de l'avant, car force est de constater que toutes ces mesures sont là pour rester. C'est sans compter que les autres infections nosocomiales ne sont pas en reste pour autant, c'est pourquoi les processus de prévention et de contrôle des infections sont plus complexes et requièrent plus d'effectifs qualifiés.

Lorsque nous parlons de budgets historiques de la composante fonctionnement, tout s'éclaire ici tandis que nous examinons les sommes octroyées pour les services d'hygiène et de salubrité, ainsi que les coûts associés aux mesures mises en place. Nonobstant la pandémie, les ratios de main-d'œuvre en hygiène et salubrité datent de plus de trente ans et ne tiennent pas compte de toutes les éclosions qui sont apparues au cours des quinze dernières années (SARS, C-Difficile, etc.).

À titre de comparaison, le coût direct net ajusté pour le centre d'activité hygiène salubrité (CA 7644) des EPC s'élevait à 21,8 millions \$ pour l'exercice 2018-2019 et à 28,6 millions \$ en 2022-2023, soit une augmentation annuelle de 7%. (Cf. tableau 2)

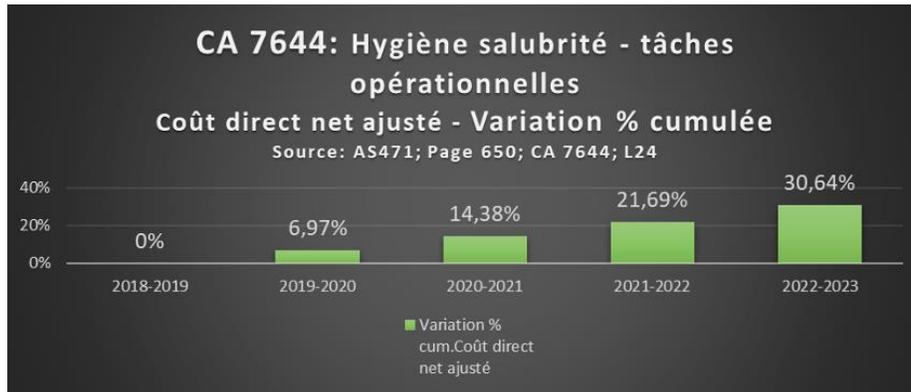
Tableau 2 - Détail des coûts CA 7644 : Hygiène salubrité - tâches opérationnelles des EPC

Année	Coût direct net ajusté	Coût unitaire brut	Unité de mesure (m2)	Variation % Coût direct net ajusté	Variation % cum. Coût direct net ajusté	Variation % Coût unit.	Variation % cumulée Coût unit.
2018-2019	21 892 620	55,62 \$	393 642	0%	0%	0%	0%
2019-2020	23 419 133	58,32 \$	401 531	6,97%	6,97%	4,87%	4,87%
2020-2021	25 041 315	62,29 \$	402 031	6,93%	14,38%	6,79%	12,00%
2021-2022	26 642 165	65,38 \$	407 469	6,39%	21,69%	4,97%	17,57%
2022-2023	28 601 429	69,93 \$	409 004	7,35%	30,64%	6,95%	25,74%

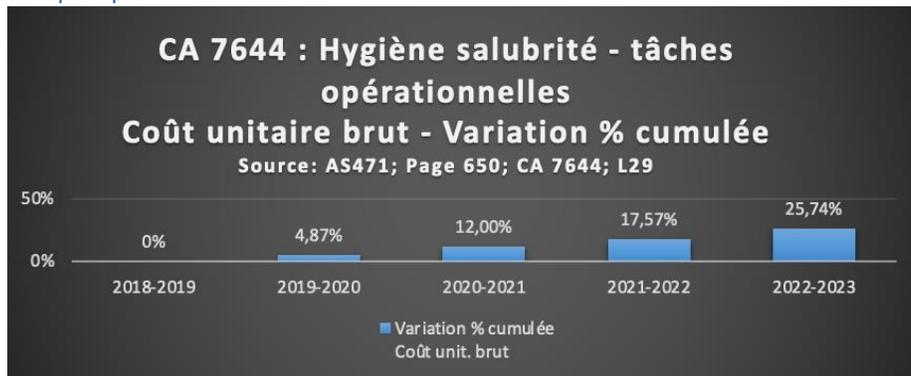
⁵ Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à coronavirus (COVID-19) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-09W.pdf>

De plus, les coûts directs totaux nets ajustés d'hygiène et salubrité, soit les coûts directs excluant les coûts reliés à la COVID-19, ont bondi de 30,64 % depuis 2018. Alors que la variation annuelle cumulée du coût unitaire brut depuis 2018 est de 25,74 %. (Cf. graphique 3 et 4 respectivement)

Graphique 3 – Variation cumulée des coûts directs nets ajustés CA 7644



Graphique 4 – Variation annuelle cumulée du coût unitaire brut CA 7644



Les principales causes de ces hausses sont notamment liées à l'augmentation de la fréquence de nettoyage des zones à risque (*high touch*), la spécialisation des produits désinfectants, le phénomène de l'offre et de la demande pour ses produits.

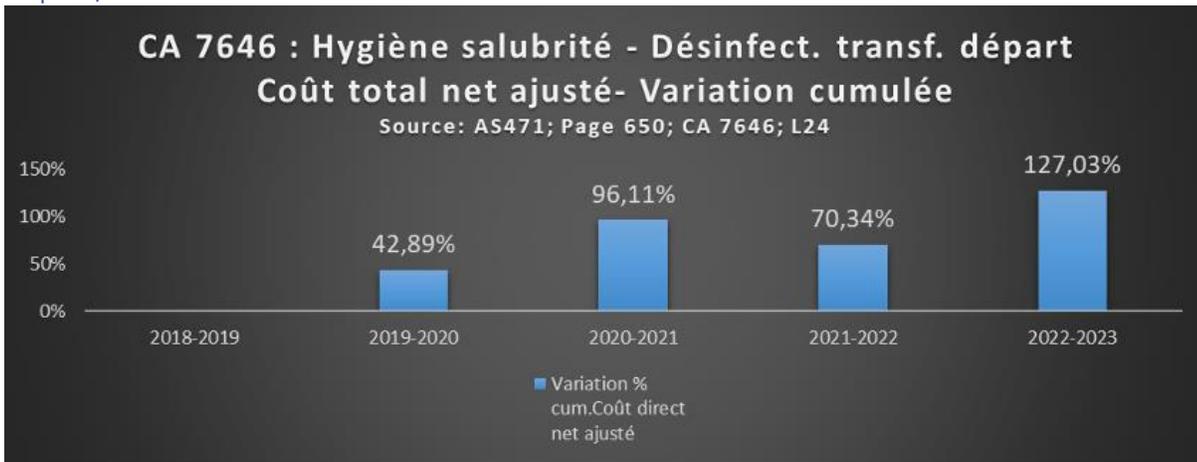
Le même constat est observé pour les coûts directs nets ajustés résultants d'un départ ou d'un déplacement de résident/patient. C'est ainsi que le coût total pour les EPC en cette matière s'est élevé à 710 770 \$ pour l'exercice 2018-2019. Avec une croissance annuelle très variable d'environ 30 % par

année, le coût total s'élevait à 1 613 642 \$ en 2022-2023. Représentant une variation de 127,03 % de 2018 à 2023. (Cf. tableau 3 et graphique 5)

Tableau 3 – Détail des coûts CA 7646 : Hygiène salubrité – Désinfection à la suite d'un départ/transfert

Année	Coût direct net ajusté	Coût unitaire brut	Unité de mesure (Nb départs-retraits)	Variation % Coût direct net ajusté	Variation % cum.Coût direct net ajusté	Variation % coût unit.
2018-2019	710 770 \$	78,04 \$	9 108			
2019-2020	1 015 626 \$	114,81 \$	8 846	42,89%	42,89%	47,12%
2020-2021	1 393 924 \$	136,51 \$	10 211	37,25%	96,11%	18,90%
2021-2022	1 210 729 \$	149,57 \$	8 095	-13,14%	70,34%	9,56%
2022-2023	1 613 642 \$	212,52 \$	7 593	33,28%	127,03%	42,09%

Graphique 5 – Variation cumulée du coût total net ajusté – Désinfection à la suite d'un départ/transfert

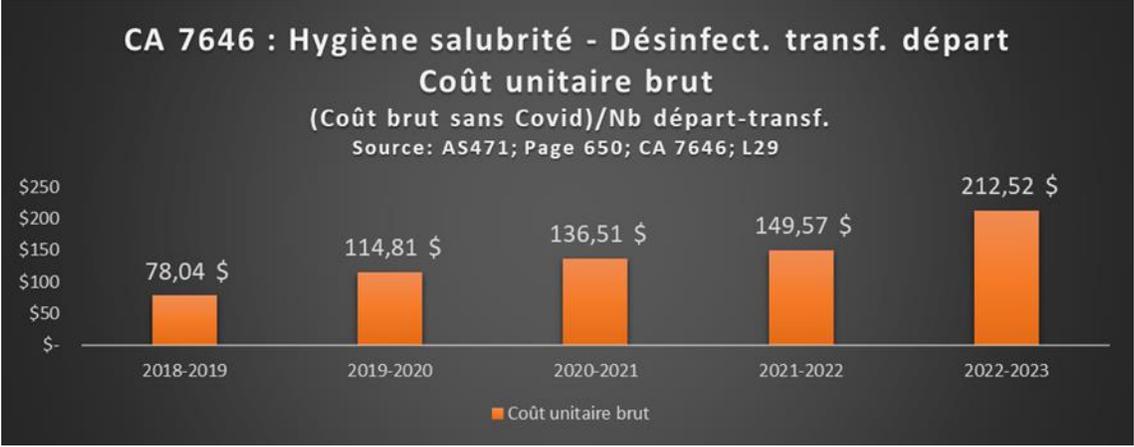


Selon les échos des membres de l'AEPC, le taux de roulement des résidents en CHSLD a grandement augmenté. En prenant les données du MSSS, celui-ci était de 65 % en 2021⁶, ce qui signifie que les deux tiers des personnes quittent leur milieu de vie ou décèdent au cours de l'année. Par le passé, la durée de séjour moyenne avoisinait les 18 mois. Maintenant, elle se situe aux environs de 12 mois et voire moins.

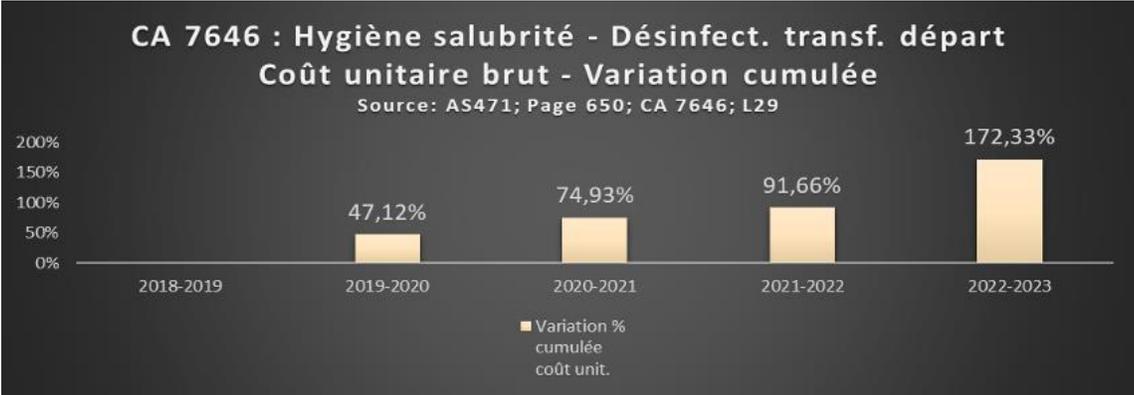
⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022) *Pour le mieux-être des personnes hébergées : Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026*. p. 3 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf>

Cet état de situation engendre une pression additionnelle sur les services d'hygiène et de salubrité puisqu'il faut désinfecter entièrement la chambre avant d'admettre un nouveau résident. Le graphique 6 et 7 démontre l'augmentation des coûts liés à cette opération. En effet, le coût unitaire brut en 2018-2019 était de 78.04 \$ comparativement à 212.52 \$ en 2022-2023, soit une variation cumulée de 172.33%.

Graphique 6 – Coût unitaire brut/mètre carré – Désinfection à la suite d'un départ/transfert



Graphique 7 – Variation cumulée du coût unitaire brut pour la désinfection à la suite d'un départ/transfert



Avec des hausses aussi marquées dans les coûts, l'indexation annuelle⁷ du budget des EPC octroyé par le MSSS est nettement insuffisante. À l'instar de l'indexation inadéquate de la composante fonctionnement, la hausse faramineuse des coûts d'hygiène et salubrité fragilise financièrement les EPC. L'équilibre entre

⁷ Taux d'indexation 2019-2020 : 0,94%; 2020-2021 : 1,14 %; 2021-2022 : 0,97 %; 2022-2023 : 3,05 % et; 2023-2024 : 1,17 %.

le financement obtenu par les EPC et les coûts d'opération est rompu, laissant peu de choix possibles pour les propriétaires-gestionnaires.

Dans le même ordre d'idées, les budgets pour la prévention et le contrôle des infections (ci-après PCI) octroyés aux EPC doivent être ajustés en fonction des nouvelles normes établies par le MSSS et en application dans les CHSLD publics. Le ratio d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales en CHSLD est passé de 1 ETC⁸ pour 250 résidents à 1 ETC pour 200 résidents. Les budgets de EPC sont encore financés sur la base de l'ancien ratio. Il apparaît important de corriger rapidement cette situation puisque les conclusions qui ressortent des nombreuses études scientifiques⁹ sont que la prévention des infections est une question de mesures d'hygiène.

Le financement des services d'hygiène et salubrité ainsi que la prévention et le contrôle des infections doit être ajusté en fonction de la nouvelle réalité postpandémique et être suffisant pour répondre aux exigences des autorités en matière de prévention et contrôle des infections. Il en va de la sécurité de la clientèle vulnérable et du personnel.

RECOMMANDATION NO 4

Octroyer aux EPC le financement de 10 % additionnel pour tous les financements récurrents reçus en 2023-2024 (Rehaussements postes de catégorie 1, rehaussement PAB, ajouts AEP-PAB, nutritionnistes, pharmaciens, etc.).

À la suite d'ajout de personnel et de rehaussements de postes, le MSSS a octroyé du financement additionnel aux établissements publics et aux EPC durant la pandémie ainsi que pour les années 2022-2023 et 2023-2024. Mentionnons que pour tous les financements additionnels récurrents octroyés dans le réseau de la santé et des services sociaux, le MSSS ajoute automatiquement un 10 % additionnel pour couvrir les frais administratifs occasionnés par le déploiement de nouveaux développements dans les

⁸ ETC : équivalent à temps complet

⁹ Méta analyses, Cochrane Library

différents établissements. Les EPC ont reçu le 10 % additionnel pour l’ajout de personnel en centre d’hébergement¹⁰ avant la pandémie, mais rien depuis le début de la pandémie.

En ne versant pas le 10 % additionnel pour les nouveaux développements de structure de postes, cela a pour conséquence un sous-financement de la composante fonctionnement du budget des EPC. Un manque à gagner qui se traduit par un arrêt des achats des petits équipements non capitalisables et du développement de nouvelles activités cliniques, desquels pourraient bénéficier les résidents des EPC, tout comme les établissements publics par le rayonnement des innovations des EPC. Il va sans dire que c’est une situation qui limite la capacité d’évolution des services offerts par les EPC dans leur mission.

Cette mesure financière reconnue par le MSSS avant la pandémie est maintenue dans tous les établissements publics, mais semble être oubliée dans les EPC. On parle ici d’une somme de 6,7 M\$ pour l’exercice 2023-2024 qui devrait être versée aux EPC. (Cf. tableau 4)

Tableau 4 – Financement nécessaire correspondant au 10% additionnel pour les frais administratifs reliés aux ajouts de personnel et rehaussements de postes

Nouveaux financements récurrents pour les EPCs	2023-2024	Additionnel nov 2023	Total
PAB Boursiers	34 107 624 \$		34 107 624 \$
PAB Rehaussement	15 755 234 \$	2 733 768 \$	18 489 002 \$
Rehaussement Categ. 1 Infirm. ⁽¹⁾	14 577 903 \$		14 577 903 \$
Total financement	64 440 761 \$	2 733 768 \$	67 174 529 \$
Financement pas reçu: Soutien administratif 10%	6 444 076 \$	273 377 \$	6 717 453 \$

⁽¹⁾ Réévaluation du financement attendu avant le 31 mars 2024

Pour être en mesure de maintenir le support transversal nécessaire (service de paie, service de fournisseurs TI, les fournitures, les services RH, etc.) à tous les nouveaux développements de postes, nous demandons que le MSSS rétablisse dans les budgets des EPC le financement de 10 % additionnel, et ce, pour tous les financements récurrents reçus en 2023-2024.

¹⁰ Lettre MSSS en date du 7 novembre 2019 – 19-FA-00369 – AEPC – Ajout de personnel en centre d’hébergement et de soins de longue durée.

CONCLUSION

Le gouvernement a manifesté son désir d'harmoniser les soins et les services offerts dans tous les CHSLD, tant publics que privés conventionnés. Les quatre recommandations proposées dans ce mémoire prébudgétaire sont directement enlignées avec cette notion d'équité transversale. Dans l'intérêt des personnes hébergées en CHSLD, l'AEPC appuie le gouvernement dans sa décision d'offrir des soins et des services équivalents dans tous les CHSLD du Québec.

Pour ce faire, un financement équitable, adéquat et adapté à la réalité de 2024 doit être octroyé. Les budgets des EPC accusent des retards importants qui doivent être corrigés rapidement. Certains établissements sont confrontés à des décisions difficiles et leur capacité financière ne leur permet plus la flexibilité nécessaire pour maintenir leurs hauts standards de qualité.

Les recommandations présentées ne créent pas de précédents et ne vont pas au-delà de ce qui est octroyé dans les établissements publics du réseau. Ces recommandations sont justifiées par le respect des droits des résidents d'obtenir des soins et des services de qualité, peu importe le type d'hébergement de longue durée où ils vivent – MDA-MA11, CHSLD publics et CHSLD privés conventionnés.

Le modèle privé conventionné a fait ses preuves et démontre qu'il est efficient et efficace. Néanmoins, cette efficience doit pouvoir compter sur un financement juste et adapté aux besoins de la clientèle.

¹¹ MDA-MA : Maison des aînés – Maison alternative