PAR COURRIEL

Québec, le 4 septembre 2026

[redacted]

Objet : Demande d'accès à des documents (N/D : 26-SQ-0001-381)

Bonjour,

Nous donnons suite à votre demande d'accès reçue le 31 juillet 2026 visant l'obtention des documents suivants:

1. Le mémoire soumis au Conseil des ministres le 8 juillet 2025 par le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, M. Christian Dubé, portant sur l'accès aux services chirurgicaux, ses annexes, ses pièces jointes ou document de présentation s'y rattachant, incluant l'analyse comparant les coûts moyens des chirurgies effectuées dans le réseau public et dans les cliniques privées (l'écart de 35 % qui y est établi);
2. Toute analyse, note technique ou document de travail ayant servi à établir les composantes de cet écart de 35 %, soit les frais administratifs et de soutien de 10 %, les frais liés aux infrastructures et équipements de 15 % et la marge de profit estimée à 10 %, incluant le détail des calculs par type d'intervention;
3. Tous les documents, analyses, données et documents de travail ayant servi à préparer le mémoire du 8 juillet 2025 mentionné au point 1, notamment ceux portant sur la comparaison des coûts entre les chirurgies effectuées en clinique privée et celles effectuées dans le réseau public;
4. Tous les documents, analyse, note, ayant analysé le coût à long terme de ne pas prendre en charge les patients;

Siège social
Québec
525, boulevard René-Lévesque Est, 4e étage
Québec (Québec) G1R 5S9

Montréal
405, avenue Ogilvy, 4e étage
Montréal (Québec) H3N 1M3

5. Tous les échanges de correspondance (courriels, notes, comptes rendus de réunions) échangés depuis le 1er janvier 2025 concernant la garantie de traitement, y compris toute analyse comparative avec des modèles de pays étrangers.

Au terme de nos vérifications, en ce qui concerne le premier de votre demande, vous trouverez ci-joint un document y répondant.

En ce qui concerne le deuxième point de votre demande, vous trouverez un document permettant d'y répondre. Nous souhaitons toutefois porter à votre attention que les estimations qui y apparaissent ont été effectuées en se basant sur la capacité existante et rapportée par des CMS participants avec lesquels nous avons des ententes en vertu de l'article 518 *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux,* RLRQ, chapitre G-1.021.

Quant au troisième point de votre demande, nous avons repéré douze documents susceptibles de répondre à cet aspect de votre demande. Toutefois, l'accès à ces documents vous est refusé puisqu'ils constituent des versions préliminaires du mémoire, lesquelles constituent des brouillons ou ébauches, qui ne sont pas visés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1, ci-après la « Loi »), suivant son article 9.

Concernant le quatrième et cinquième point de votre demande, nous vous informons que nous ne détenons aucun document comportant les renseignements recherchés dans le cadre de votre demande. Or, le droit d'accès prévu par la Loi se limite aux documents qui sont effectivement détenus par l'organisme.

Conformément à l'article 51 de la Loi, nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note explicative à ce sujet.

Nous vous prions d'agréer nos cordiales salutations.

[redacted]
Me Anne de Ravinel, avocate
Directrice de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels

p.j Avis de recours
Dispositions législatives citées
Documents(2)

Avis de recours en révision

Révision

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

Québec

Commission d'accès à l'information
525, boul. René-Lévesque Est, bur. 2.36
Québec (Québec) G1R 5S9

Tél. : (418) 528-7741
Téléc. : (418) 529-3102

Montréal

Commission d'accès à l'information
2045, rue Stanley, bur. 900
Montréal (Québec) H3A 2V4

Tél. : (514) 873-4196
Téléc. : (514) 844-6170

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135). La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

Appel devant la Cour du Québec

a) Pouvoir

L'article 147 de la loi stipule qu'une personne directement intéressée peut porter la décision finale de la Commission d'accès à l'information en appel devant un juge de la Cour du Québec sur toute question de droit ou de compétence. L'appel d'une décision interlocutoire ne peut être interjeté qu'avec la permission d'un juge de la Cour du Québec s'il s'agit d'une décision interlocutoire à laquelle la décision finale ne pourra remédier.

b) Délais

L'article 149 prévoit que l'avis de l'appel d'une décision finale doit être déposé au greffe de la Cour du Québec, dans les 30 jours qui suivent la date de réception de la décision de la Commission par les parties.

c) Procédure

Selon l'article 151 de la loi, l'avis d'appel doit être signifié aux parties et à la Commission dans les dix jours de son dépôt au greffe de la Cour du Québec.

Dispositions législatives pertinentes

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1)

9. (...)

Ce droit ne s'étend pas aux notes personnelles inscrites sur un document, ni aux esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature.

MÉMOIRE AU CONSEIL DES MINISTRES **GOUVERNEMENT DU QUÉBEC**

DE : MONSIEUR CHRISTIAN DUBÉ
Ministre de la Santé

Le 8 juillet 2025

TITRE : Projet de Règlement sur l'accès aux services chirurgicaux

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

1.1 Introduction

Avant la pandémie de COVID-19, la liste d'attente chirurgicale respectait majoritairement les orientations ministérielles, reflétant une gestion efficace des ressources. Cependant, la pandémie a exacerbé les défis existants, allongeant les délais d'attente et mettant de nombreux usagers dans une situation où leur temps d'attente dépasse le délai prescrit pour l'obtention de leur chirurgie.

L'urgence sanitaire a également contribué à l'augmentation des ententes conclues en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et services sociaux. L'article 108 encadrait les ententes conclues entre un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et un tiers – qu'il s'agisse d'un autre établissement, d'un organisme ou d'une personne – en vue de fournir ou de recevoir des services. C'est l'article 518 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux qui prévoit aujourd'hui de telles ententes. Ces ententes permettent notamment à un établissement d'obtenir des services qu'il ne peut offrir lui-même, dans un cadre légalement balisé. Elles visent à assurer la continuité, la qualité et l'accessibilité des services tout en respectant les conditions applicables en matière de contrats régis par la Loi sur les contrats des organismes publics. Malgré l'augmentation de ces ententes, il demeure difficile de rétablir la production chirurgicale au niveau pré-pandémique. Par ailleurs, l'accroissement et le vieillissement de la population continuent d'augmenter et accentuent les besoins des Québécois en soins de santé.

Bien que le nombre d'usagers en attente d'une chirurgie durant plus d'un an ait diminué de manière significative depuis les dernières années, le nombre est encore trop loin de la cible ministérielle de 2 300. Ce nombre était à son plus haut le 10 septembre 2022, avec 22 197.

En 2024-2025, la diminution s'est accélérée passant de 11 861 le 31 mars 2024, à 6 316 le 31 mars 2025.

Dans le contexte où la cible ministérielle n'est toujours pas atteinte, Santé Québec s'engage à mettre en place des processus afin de prioriser adéquatement les usagers en attente, garantissant ainsi que les soins chirurgicaux répondent aux besoins de la population. Parmi ces processus, Santé Québec envisage le recours aux médecins non participants et aux centres médicaux spécialisés (CMS) non participatifs.

Au Québec, ces médecins non participants et ces centres médicaux spécialisés non participatifs ont la capacité de pratiquer certaines interventions chirurgicales avec des temps d'attente généralement très courts. Ces ressources, sous-utilisées, pourraient être donc mobilisées au bénéfice du réseau public, optimisant l'efficacité et la rapidité des soins.

1.2 Mécanisme d'accès et projets vitrines

L'article 71 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS) confère à Santé Québec le pouvoir de mettre en place des mécanismes d'accès ou des systèmes de répartition et de référencement des usagers. Cet article se lit comme suit :

> *71. Lorsque Santé Québec met en place un mécanisme d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux, elle détermine notamment des modalités encadrant la priorité de l'accès à tout ou partie de ces services. Elle peut également mettre en place des systèmes de répartition et de référencement des usagers entre les professionnels de la santé ou des services sociaux.*
>
> *Santé Québec doit s'assurer que son mécanisme d'accès aux services tient compte des particularités du territoire de même que des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers et qu'il permet de coordonner les activités des établissements publics et des prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux.*

Un mécanisme d'accès et un système de répartition et référencement des usagers visent à transformer en profondeur la gestion de l'accès aux soins chirurgicaux, garantissant une gestion transparente et équitable des ressources disponibles. En optimisant la répartition et le référencement des usagers, Santé Québec s'engage à répondre efficacement aux besoins de la population, en particulier de ceux des usagers en attente de chirurgie. Cette approche intégrée et harmonisée est essentielle pour atteindre les objectifs de continuité, de qualité et d'accessibilité des services de santé.

Le mécanisme d'accès à la chirurgie désigne l'ensemble des processus et des structures organisationnelles permettant de planifier, de prioriser et d'orienter les patients vers des soins chirurgicaux appropriés, en temps opportun, dans un établissement disposant des ressources nécessaires, que ce soit en milieu hospitalier ou extrahospitalier.

Le système de répartition et de référencement des usagers est un dispositif structuré visant à orienter les usagers vers les ressources les plus adéquates, en fonction de leur condition clinique, de la disponibilité des services et des priorités établies. Il soutient une gestion équitable, efficiente et transparente de l'accès aux soins, notamment en répartissant la demande entre les établissements du réseau. Ce système s'appuie sur des critères cliniques normalisés et des outils numériques favorisant la coordination interétablissements, le suivi des délais et l'optimisation de la capacité réseau.

Le mécanisme d'accès prévoira l'uniformisation des guichets de planification chirurgicale et l'identification de critères de pertinence pour l'élaboration des priorités cliniques, il misera sur une autonomie des agentes administratives dans la planification des chirurgies et il introduira un nouveau modèle de distribution des priorités chirurgicales basé sur l'état de santé des usagers. Également, ce mécanisme inclura la vigie par Santé Québec d'une liste d'attente unique disponible par la base de données SIMASS. Cette liste comporte les différentes

informations requises pour une saine gestion de l'accès en chirurgie. Ces informations permettent d'identifier, notamment, les usagers ayant eu une offre alternative avant le délai d'un an ainsi que ceux qui sont admissibles à être opérés dans un centre médical spécialisé conformément aux critères cliniques.

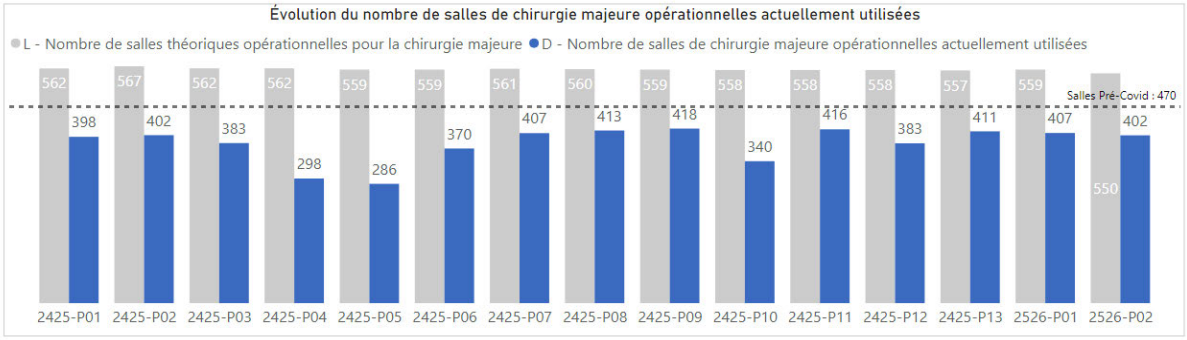
Pour les usagers, l'algorithme (Annexe 1) de prise en charge favorisera leur répartition entre plusieurs médecins et obligera une deuxième offre consistant à leur proposer, si requis, les services d'un autre médecin ou d'un autre établissement de santé. En dernier lieu, si malgré ces options alternatives, un usager demeure en attente, l'établissement aura la possibilité de le diriger vers un CMS n'ayant pas d'entente avec l'établissement. C'est ce qui constituera la troisième offre.

Afin d'assurer des délais d'attente plus courts pour les usagers, la deuxième offre deviendra obligatoire au plus tard après neuf mois (lorsque cliniquement réalisable) et la troisième offre deviendra obligatoire au plus tard après douze mois (lorsque les usagers répondent aux critères cliniques).

Ce mécanisme d'accès ainsi que le système de répartition et de référencement seront adoptés par le conseil d'administration de Santé Québec, car ils n'ont pas à faire l'objet d'un règlement.

Le mécanisme d'accès aux chirurgies prévoira la trajectoire que doit prendre un usager en attente d'une chirurgie.

Pour l'année 2024-2025, environ 150 salles d'opération demeurent quotidiennement fermées durant les heures ouvrables régulières, en raison d'un manque de ressources humaines, tant médicales que cliniques. Cette réalité a un impact direct sur la capacité du réseau à répondre aux besoins chirurgicaux des usagers et à réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales.



La trajectoire incluse au mécanisme d'accès prévoira que lorsque le délai d'attente dépassera un an, l'usager se verra offrir la possibilité de consulter un médecin non participant et un CMS non participatif, compétents et convenablement équipés pour effectuer la chirurgie concernée. L'état de santé de l'usager devra toutefois permettre la réalisation sécuritaire de l'intervention dans un milieu extrahospitalier. La chirurgie sera réalisée moyennant le paiement, par Santé Québec, des honoraires prévus dans un tarif préétabli par celle-ci. En outre, si un usager devait se déplacer pour obtenir sa chirurgie, les politiques de déplacement déjà en vigueur continueraient de s'appliquer à lui.

L’établissement du réseau public demeurera responsable d’assurer le suivi de l’usager du début du référencement au médecin non participant ou au CMS non participatif jusqu’à la réalisation de l’intervention. Il demeurera également responsable de s’assurer que les services post- opératoires sont offerts à l’usager selon les standards reconnus. En cas de complication, l’établissement assurerait aussi la prise en charge de l’usager.

L'usager demeurera inscrit sur la liste d'attente de l'établissement tant que la chirurgie qu'il attend n'aura pas été réalisée. Cette mesure garantit que chaque usager conserve sa priorité d'accès.

L’utilisation de la troisième offre est une mesure transitoire appelée à disparaître avec la diminution des délais d’accès. L’accent sera alors mis sur la deuxième offre, tant interne qu’externe, ainsi que sur l’utilisation optimale des ressources du système public (zones franches).

Dans une perspective de résultats significatifs à court terme, il est impératif de viser une première série d’actions en s’appuyant sur les systèmes d’information actuellement en place et sur la mise en œuvre de projets vitrines. Cette approche permettra de démontrer rapidement la faisabilité et l’impact des mesures proposées, tout en consolidant la confiance des partenaires du réseau.

Un projet vitrine désigne une initiative limitée dans le temps, le périmètre ou la portée, mise en place à titre expérimental afin de tester, de valider et d’ajuster un nouveau programme, processus, service ou technologie avant son déploiement à plus grande échelle. Il permet d’évaluer la faisabilité, l’efficacité, les impacts et les conditions de succès de l’implantation, en s’appuyant sur des données concrètes et des apprentissages tirés de l’expérimentation.

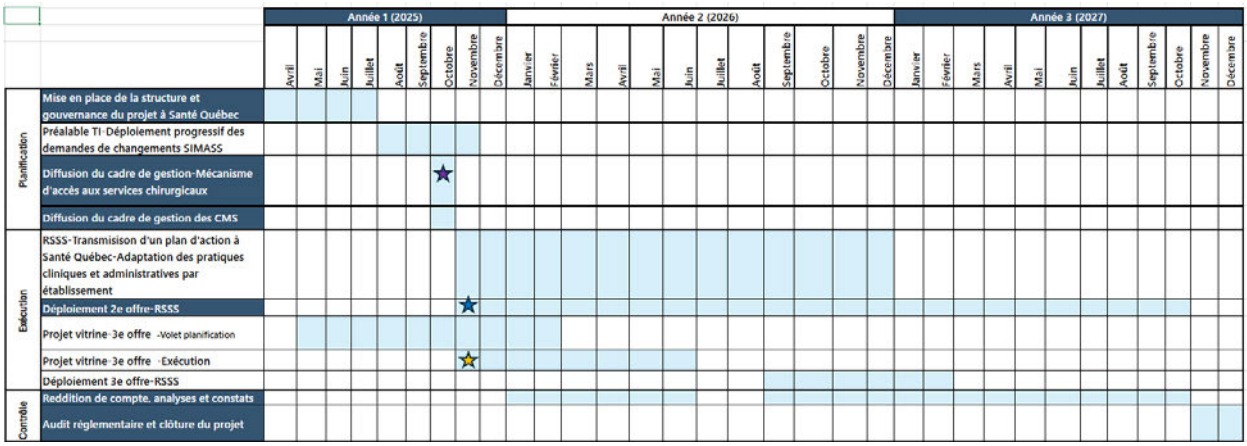
L’objectif du projet vitrine est de valider une trajectoire à faible risque afin d’identifier les principaux enjeux d’exécution. La chirurgie plastique a été retenue comme spécialité pilote, car plusieurs CMS disposent déjà de l’expertise requise. Cette trajectoire nécessite peu d’équipement, présente un bon niveau de sécurité et comporte des risques limités. De plus, un nombre significatif d’usagers hors délais figurent sur les listes d’attente des établissements. Il s’agit d’un parcours relativement simple, sans hospitalisation ni besoin important en réadaptation. Un exemple de trajectoire de plastie deuxième offre et troisième offre se trouve à l’annexe 2. Par ailleurs, l’évaluation des coûts est facilitée en l’absence de prothèses ou de fournitures onéreuses susceptibles de générer une grande variabilité budgétaire. Cela étant, Santé Québec procèdera à l’ajout d’interventions et de spécialités supplémentaires au cours des projets vitrines. À cet égard, nous ciblons la trajectoire en chirurgie orthopédique comme prochain ajout.

La sélection d'un ou de deux établissements dans la région de Montréal ainsi que de deux à trois CMS non participatifs est prévue. Une trajectoire spécifique pour une spécialité ciblée, la chirurgie plastique, sera élaborée, incluant la sélection d’interventions chirurgicales à faible risque telles que la réduction mammaire, la cure de gynécomastie, la mastopexie et la lipectomie abdominale. Actuellement, environ 100 à 125 usagers correspondent aux critères de sélection de cette phase. Le système de gestion de la deuxième et de la troisième offre sera testé. Une fois les processus identifiés pour la signature de contrats avec les centres médicaux spécialisés visés, l’ajout d’autres interventions et spécialités chirurgicales pourra se faire rapidement.

De plus, le choix des interventions pour les projets vitrines a été guidé par la volonté de garantir une réussite dès le départ, afin de favoriser l'adhésion et de renforcer la crédibilité du processus. Il est à noter que les interventions chirurgicales visées sont des chirurgies qui sont assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui sont médicalement requises. Il ne s'agit pas de chirurgies esthétiques.

Concernant les chirurgies oncologiques et cardiaques, qui sont hors délai, il est important de souligner que la mise en place du cadre de gestion contribuera à réduire les listes d'attente en améliorant la planification et la priorisation des patients. Qui plus est, la seconde offre doit s'appliquer pour les chirurgies oncologiques et cardiaques lorsque les délais médicalement requis sont en voie d'être dépassés, et ce, afin d'assurer la sécurité des usagers. Par ailleurs, en raison de critères cliniques spécifiques et de conditions d'admissibilité limitatives, les chirurgies oncologiques et cardiaques ne peuvent être réalisées en CMS. Ces milieux cliniques ne disposent pas des ressources spécialisées requises (banque de sang, services de pathologie, etc.) pour prendre en charge ces interventions. Leur champ d'activité se limite souvent à des chirurgies peu complexes, réalisées chez des patients présentant peu ou pas de comorbidités.

1.2.1 Échéancier prévu



Implantation du mécanisme d'accès de chirurgie dans les établissements RSSS : octobre 2025;

Déploiement RSSS – seconde offre novembre 2025;

Lancement des projets vitrines - 3e offre :novembre 2025;

L'échéancier sera conditionnel à la réalisation des travaux sur les systèmes d'information, à l'adoption d'un règlement et à la mise en place d'un mécanisme contractuel pour la signature de contrats avec les centres médicaux spécialisés visés, au renouvellement des autorisations de ces centres et à la vocation de ceux-ci.

Suivant l'expérience du projet vitrine, le déploiement de la troisième offre sera prévu pour l'ensemble des établissements et pour l'ensemble des spécialités chirurgicales visant l'ensemble des usagers. Ce déploiement visera spécifiquement les interventions chirurgicales ciblées qui répondent aux critères cliniques établis, assurant ainsi une mise en œuvre cohérente et adaptée aux besoins identifiés.

1.3 Habilitation réglementaire

La Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux habilite Santé Québec à réglementer afin de garantir que tous les prestataires de services de santé privés se conforment aux normes établies et que les professionnels de la santé utilisent les systèmes de répartition et de référencement des usagers, assurant ainsi une équité et une efficacité accrues dans la prestation des soins. C'est l'article 72 qui habilite Santé Québec à réglementer en ce sens :

> *72. Un règlement de Santé Québec peut :*
>
> *1° identifier les prestataires privés qui sont soumis à un mécanisme d'accès visé au premier alinéa de l'article 71;*
>
> *2° prévoir l'obligation, pour tout professionnel de la santé ou des services sociaux appartenant à une catégorie qu'il détermine, d'utiliser tout système mis en place en application de cet alinéa et plus particulièrement :*
> *a) déterminer la mesure dans laquelle un professionnel doit se rendre disponible au moyen d'un tel système;*
>
> *b) prévoir les renseignements nécessaires au fonctionnement d'un tel système qui doivent être communiqués à Santé Québec;*
>
> *c) prévoir toute autre exigence relative à l'utilisation d'un tel système.*
>
> *Santé Québec doit, de plus, déterminer par règlement dans quelle mesure une personne en attente de services au moyen d'un tel mécanisme doit être tenue au courant du cheminement de sa demande, y compris la priorité lui ayant été accordée et les délais moyens d'attente qui y sont associés.*

Le recours à cette habilitation réglementaire s'inscrit dans les processus envisagés pour améliorer la situation en phase avec le plan stratégique ministériel pour lequel l'indicateur des chirurgies en attente depuis plus d'un an n'est pas encore atteint.

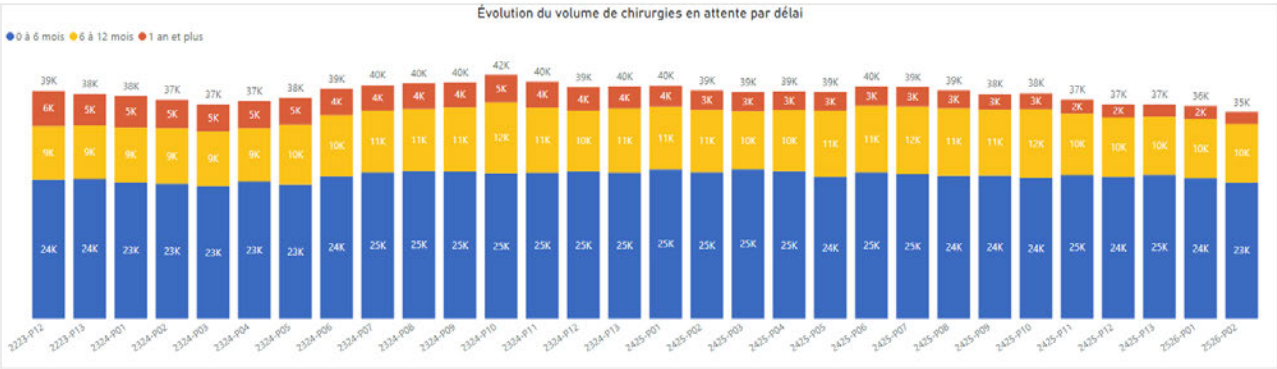
2- Raison d'être de l'intervention

Le projet de règlement est l'outil visant à assurer le respect des mécanismes d'accès et des systèmes de répartition et de référencement des usagers par l'ensemble du réseau de la santé qu'il soit public ou privé assure également que les usagers en attente d'une chirurgie soient informés de leur cheminement.

Ce règlement est proposé pour plusieurs raisons importantes. Tout d'abord, il vise à garantir une équité et une transparence accrues dans la prestation des soins chirurgicaux. En obligeant les prestataires de services de santé privés à respecter les normes établies et à utiliser les systèmes de répartition, il s'assure que tous les usagers bénéficient d'un accès équitable aux soins. Le projet de règlement est donc un outil stratégique essentiel pour améliorer l'accès aux chirurgies et garantir que tous les besoins chirurgicaux des usagers soient satisfaits dans les délais prescrits. Sans ce règlement, le réseau public ne pourrait être assuré de l'apport essentiel des prestataires privés, ce qui pourrait compromettre l'efficacité et l'équité du système de santé.

Les processus de priorisation des usagers, préalablement mis en place par les établissements, ont déjà initié cette amélioration.

Ces processus incluent la création de listes d'attente centralisées, la mise en œuvre de critères d'urgence et de gravité pour déterminer la priorité des interventions chirurgicales, ainsi que l'utilisation de systèmes informatiques avancés pour suivre et gérer les demandes des usagers. De plus, des protocoles de communication régulière avec les usagers ont été établis pour les informer de l'état de leur demande et des délais prévus. La collaboration entre les prestataires privés et le réseau public est également renforcée par des accords de partenariat et des incitations financières visant à garantir que toutes les ressources disponibles sont mobilisées pour répondre aux besoins chirurgicaux des usagers. L'adoption du règlement permettra de continuer cette amélioration. Sans ce règlement, le réseau public ne pourrait être assuré de l'apport essentiel des prestataires privés.



3- Objectifs poursuivis

Le projet de règlement s'inscrit dans une vision stratégique d'amélioration de la qualité des soins de santé pour tous les usagers. En mobilisant les ressources disponibles et en optimisant les processus de gestion des priorités chirurgicales, Santé Québec vise à répondre aux besoins urgents des usagers et à garantir un accès équitable aux services chirurgicaux.

L'objectif principal du règlement est d'améliorer l'accès aux services chirurgicaux dans les délais impartis, en fonction des besoins cliniques des usagers québécois. Cette régulation a pour but de :

- Réduire les délais d'attente : En contraignant les prestataires privés à participer activement à l'effort du réseau public pour garantir la réalisation de toutes les chirurgies requises.
- Garantir l'équité des soins : En assurant que chaque usager puisse bénéficier des soins chirurgicaux nécessaires sans subir des délais d'attente excessifs.
- Améliorer la communication avec les usagers : En établissant des protocoles de communication pour informer les usagers de l'état de leur demande et des délais prévus.
- Optimiser l'utilisation des ressources disponibles : En mobilisant toutes les ressources disponibles pour répondre aux besoins chirurgicaux des usagers.

À moyen terme, l'objectif est d'éliminer complètement l'attente au-delà des délais prescrits, selon les besoins cliniques, pour les chirurgies. Grâce à une collaboration renforcée entre

le réseau public et les prestataires privés ainsi qu'à l'introduction du mécanisme d'accès et du système de répartition et de référencement des usagers, le système de santé pourra offrir des soins chirurgicaux de manière plus rapide et efficace.

4- Proposition

Le projet de Règlement sur l'accès aux services chirurgicaux consiste à obliger tous les prestataires privés du domaine de la santé à se conformer à tout mécanisme d'accès et à offrir leurs services à tout usager qui leur est référé. Cela inclut les centres médicaux spécialisés, ainsi que tout autre établissement privé offrant des services chirurgicaux. De plus, il oblige des médecins et dentistes à utiliser le système de répartition et de référencement des usagers mis en place relativement aux services chirurgicaux. L'usager pourrait se voir offrir au moment opportun la possibilité de consulter un médecin en CMS, compétents et convenablement équipés pour effectuer la chirurgie concernée. Dans ce contexte, l'état de santé de l'usager devra permettre la réalisation sécuritaire de l'intervention dans un milieu extrahospitalier.

En outre, le règlement prévoit des mesures spécifiques pour assurer la communication avec les usagers. Cela inclut l'obligation pour Santé Québec d'informer tout usager en attente de services chirurgicaux du cheminement de sa situation quant à cette attente. Afin de répondre à cette obligation, une communication écrite sera transmise à l'usager dès son inscription sur la liste d'attente. Celle-ci contiendra les renseignements relatifs à l'intervention chirurgicale pour laquelle il est inscrit, notamment l'attente estimée ainsi qu'un numéro de téléphone à contacter pour toute demande d'information concernant le suivi de sa trajectoire de soins. L'utilisation d'un moyen technologique sera privilégiée pour informer l'usager de son cheminement, par exemple via des courriels ou des messages textes.

L'ensemble des mesures du règlement seront effectives lorsqu'un premier mécanisme d'accès et un premier système de référencement des usagers seront en vigueur.

5- Autres options

La seule façon d'assurer le respect des mécanismes d'accès et des systèmes de répartition et de référencement des usagers est l'outil réglementaire. Cela est dû au fait que sans cadre réglementaire, il serait difficile de garantir que tous les prestataires de services de santé, dentistes et médecins se conforment uniformément aux normes établies.

6- Évaluation intégrée des incidences

6.1 Impact sur le secteur privé

La mise en place du projet de règlement pourrait entraîner des répercussions sur le secteur privé de la santé. Les prestataires privés participeraient à la réduction des délais d'attente en offrant leurs services aux usagers nécessitant des interventions chirurgicales. Cette collaboration entre le public et le privé pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à l'efficience du système de santé.

Afin d'assurer l'efficacité et la pérennité de cette collaboration, il convient d'établir un cadre propice à l'engagement des prestataires privés. Une approche fondée sur la reconnaissance mutuelle des expertises et sur une coordination harmonieuse avec le réseau public contribuera à renforcer la complémentarité des services offerts à la population.

Le mécanisme d'accès et la réalisation des projets vitrines étant complémentaires à la mise en œuvre de ce règlement, ils permettront de documenter cette collaboration, fournissant ainsi des exemples concrets de la manière dont les systèmes public et privé peuvent travailler ensemble pour améliorer les soins de santé. Ces projets serviront également de modèles pour d'autres régions et permettront d'identifier les meilleures pratiques à adopter pour maximiser les bénéfices de cette intégration.

Ainsi, les prestataires privés contribueront à une meilleure intégration dans le système de santé global, tout en offrant aux usagers une diversité d'options pour leurs soins, ce qui aidera à réduire les délais d'attente et à améliorer l'efficacité générale des services de santé.

6.2 Impact sur les personnes

Le déploiement du règlement donnera la possibilité aux usagers nécessitant des interventions chirurgicales de bénéficier d'un plus grand éventail de possibilités d'accès en ajoutant des options supplémentaires pour contribuer à réduire les délais d'attente. Cette diversification des options de soins pourrait aussi améliorer l'efficacité globale du système de santé en offrant aux personnes des options alternatives adaptées à leur situation. Quant à l'utilisation de la troisième offre par les établissements, il est important de mentionner que l'usager n'aura pas à entreprendre des démarches personnelles, ni à débourser quelque montant que ce soit. L'organisation et les coûts de ces interventions seront pris en charge par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

6.3 Impact sur la société

L'adoption du règlement et la mise en place du mécanisme d'accès sont favorables aux usagers. Elles sont donc susceptibles de générer une bonne acceptabilité sociale.

6.4 Impact sur les régions et territoires

La mise en place du règlement poursuit l'objectif de réduire l'écart des services offerts entre les différentes régions en offrant les services chirurgicaux équitables, peu importe la provenance de l'usager.

En effet, tous les usagers auront accès aux services alternatifs, et ce, que la région détienne ou non des CMS non participatifs. Les usagers concernés par la troisième offre pourront eux aussi être référés vers un centre non participatif dans une autre région administrative, sans égard à leur adresse. Les usagers ciblés par cette offre auront droit aux tarifs de déplacement et d'hébergement en vigueur.

6.5 Impact sur l'économie

Pour la société, réaliser les chirurgies dans les délais impartis a un impact significatif et positif sur l'économie. En réduisant le temps d'attente, les usagers retournent au travail

plus rapidement, diminuant ainsi les coûts liés à l'invalidité temporaire pour les assureurs privés et publics, comme la CNESST. Cela entraîne une baisse des indemnités d'assurance salaire et des dépenses pour les programmes sociaux. De plus, un retour au travail plus rapide favorise la productivité des entreprises et réduit les coûts liés au remplacement temporaire du personnel. À plus long terme, une meilleure santé des travailleurs augmente leur participation à la vie économique. L'ensemble du système bénéficie donc d'une main- d'œuvre en santé qui s'avère plus active et moins dépendante du soutien gouvernemental.

Malgré les avantages précédemment nommés pour les prestataires privés, il demeure évident que la mise en place de la troisième offre engendre des coûts supplémentaires pour le système de santé. Bien que cette initiative vise à améliorer l'accès aux soins pour les usagers, elle implique des dépenses additionnelles qui doivent être prises en compte.

Le coût total par intervention dépassera les montants établis par le financement axé sur le patient (FAP). Cette réalité financière entraîne la nécessité de trouver un équilibre entre l'amélioration de l'accès aux soins et la gestion financière des soins de santé.

6.6 Impact sur les établissements

L'ajout d'options et de leviers supplémentaires, prévus dans la loi, permettra aux établissements de santé de gérer les listes d'attente chirurgicale de manière plus rigoureuse. Cette approche stratégique vise à optimiser la gestion des ressources et à garantir que chaque usager reçoit les soins nécessaires dans les délais visés.

Les établissements de santé seront mieux équipés pour prioriser les usagers en fonction de l'urgence et de la gravité de leur condition et pour assurer une répartition équitable des soins. Ces leviers supplémentaires offriront aux établissements une flexibilité accrue pour adapter leurs pratiques et répondre aux ententes de gestion et d'imputabilité[1].

7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a été impliqué dans la rédaction du règlement.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

La mise en œuvre du règlement sur l'accès aux services chirurgicaux repose sur une approche rigoureuse et coordonnée visant à assurer son efficacité et sa conformité avec les objectifs fixés. Ce règlement introduit des obligations précises pour les prestataires privés afin de garantir un meilleur accès aux soins chirurgicaux et une gestion optimale des délais d'attente des usagers. Son succès dépendra d'une implantation structurée, d'un suivi constant et d'une évaluation rigoureuse des résultats afin d'apporter les ajustements nécessaires.

[1] Ententes de gestion et d'imputabilité 2023-2027 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Dès son entrée en vigueur, les prestataires privés devront se conformer aux mécanismes d'accès et de répartition des usagers. La mise en place de ces outils nécessitera une coordination étroite avec Santé Québec, qui assurera la supervision du processus et garantira un suivi rigoureux des listes d'attente par le biais du projet vitrine. Afin de limiter les contraintes opérationnelles, une approche progressive sera adoptée pour permettre aux prestataires de s'ajuster efficacement à ces nouvelles obligations. Une attention particulière sera portée à la transition des établissements qui devront revoir leurs modèles d'organisation pour intégrer ce nouveau mécanisme d'accès qui représente la 3e offre.

Le suivi et l'évaluation du règlement seront réalisés à travers un ensemble d'indicateurs de performance définis pour mesurer l'impact sur la réduction des délais d'attente et l'efficacité des mécanismes de répartition. Santé Québec fournira des données actualisées sur le nombre d'usagers référés, les délais moyens d'intervention et les adaptations requises pour maximiser l'efficience du système. Ces données permettront d'analyser les tendances et de proposer des ajustements stratégiques pour améliorer la mise en œuvre du règlement. L'analyse portera également sur l'engagement des prestataires privés, l'impact économique des nouvelles mesures et l'optimisation des ressources disponibles. Une coordination efficace avec les prestataires privés sera essentielle pour anticiper les défis potentiels et proposer des solutions adaptées. Cette approche garantira une mise en œuvre agile et une gestion proactive des enjeux liés à l'intégration du secteur privé dans le cadre réglementaire.

Santé Québec facilitera des consultations régulières avec les prestataires et les acteurs du réseau public pour ajuster les processus et garantir une mise en conformité efficace. Un accompagnement structuré sera mis en place pour soutenir les établissements dans leur transition, notamment à travers des sessions d'information, des guides d'application et un soutien administratif destiné à faciliter leur adaptation au nouveau cadre réglementaire.

Ce règlement représente une avancée stratégique pour moderniser la gestion des services chirurgicaux au Québec et garantir une prise en charge rapide et équitable des usagers. Par son approche structurée, son suivi rigoureux et son engagement envers l'amélioration continue, il contribuera significativement à l'efficacité du réseau de santé et à l'optimisation des ressources disponibles.

Le projet de règlement permet le déploiement graduel des mécanismes d'accès et des systèmes de répartition et de référencement des usagers sans nécessité qu'il soit modifié.

9- Implications financières

Les impacts économiques liés au règlement sont attribuables à la mise en place du mécanisme d'accès, plutôt qu'au règlement lui-même. Ce dernier constitue avant tout une mesure organisationnelle dont l'objectif principal est de structurer l'intégration des prestataires privés au sein du réseau public et d'assurer une gestion plus efficace des délais d'attente. Contrairement à certaines réformes engendrant des coûts administratifs élevés, ce règlement ne représente pas une source de dépenses majeures pour l'État. Il agit plutôt comme un levier normatif permettant d'encadrer les processus et de garantir une application uniforme des règles régissant l'accès aux soins chirurgicaux.

Toutefois, bien que le règlement lui-même n'entraîne pas de coûts directs, le mécanisme d'accès nécessite une modernisation des systèmes d'information, une amélioration des outils technologiques et une gestion optimisée des flux d'usagers, ce qui représente un investissement stratégique pour le système de santé. Ces ajustements sont essentiels afin de garantir une coordination efficace entre les établissements et les prestataires privés, tout en assurant une prise en charge rapide et équitable des usagers.

10- Analyse comparative

L'Ontario, l'Alberta, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique sont dotées de systèmes comparables à celui du Québec : elles utilisent un modèle semblable aux ententes en vertu de l'article 108 (devenu l'article 518 de la LGSSSS) pour augmenter l'apport des cliniques de chirurgie privées dans la diminution de la liste d'attente[22].

Concernant la troisième offre spécifiquement, la comparaison avec les autres provinces est impossible puisque, contrairement au Québec, les cliniques de chirurgie privées sont presque exclusivement constituées de médecins participatifs au régime public. En effet, au Québec, il y a plus de 800 médecins non participatifs annuellement (incluant les cycles d'affiliation/désaffiliation) alors qu'ailleurs au Canada, on compte au total une quinzaine de médecins non participatifs pour l'ensemble des autres provinces.

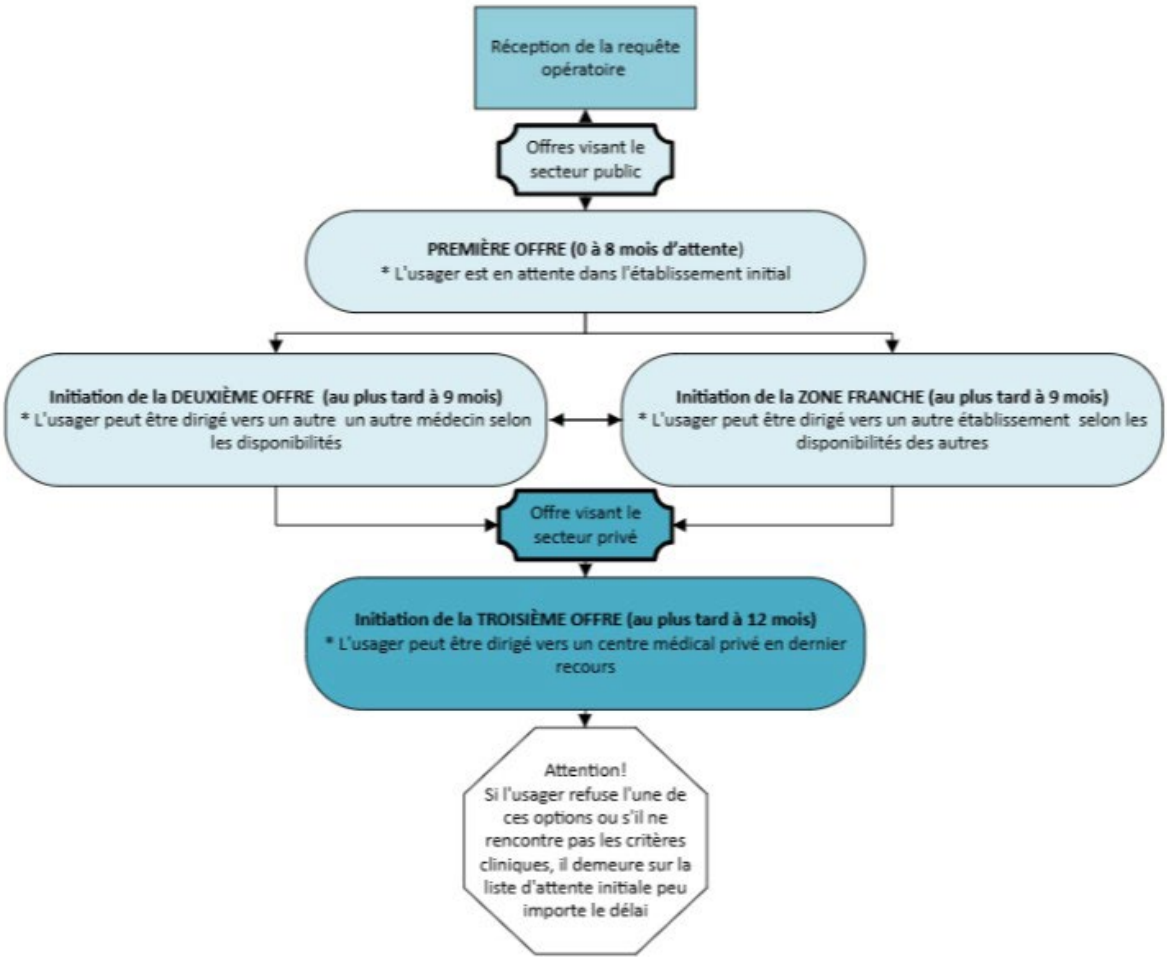
Dans certaines provinces, des ententes structurantes ont été établies avec des CMS afin de bonifier l'accès aux interventions chirurgicales pour les travailleurs couverts par des régimes comme celui de la CNESST. Cette approche permet non seulement de réduire les délais d'attente, mais aussi de favoriser un retour au travail plus rapide, contribuant ainsi à la vitalité économique et à la stabilité du marché du travail.

Le ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ

[2] Améliorer le système public au lieu de privatisation : Série de solutions partie III – Canadian Health Coalition

Annexe 1 – Trajectoire chirurgicale



Annexe 2 – Exemple trajectoire plastie deuxième offre et troisième offre

- Une patiente de 26 ans éprouve des douleurs persistantes au dos et se voit restreinte de manière majeure en raison d'un excès de tissus mammaires (difficulté motrice). Après avoir rencontré son médecin de famille, la patiente obtient son rendez-vous auprès d'un chirurgien plasticien via le CRDS.

- Lors de la consultation initiale, le chirurgien pose une indication opératoire, par exemple une mammoplastie, et il informe la patiente qu'un autre plasticien pourrait procéder à la chirurgie et que l'intervention pourrait être effectuée dans un centre médical spécialisé (CMS participant), selon les ententes établies avec Santé Québec. La patiente donne son consentement éclairé à ces options. – *Le nouveau mécanisme d'accès déterminera l'obligation de procéder à ces propositions dès la consultation initiale.*

- Le plasticien complète alors une demande chirurgicale, précisant un délai clinique maximal de six mois. La requête est acheminée au guichet centralisé de chirurgie. – *Le nouveau mécanisme d'accès oblige maintenant l'utilisation du guichet centralisé de chirurgie.*

- Voyant l'échéance du délai arriver, le guichet centralisé de chirurgie procède à une révision du dossier et identifie un autre plasticien disponible dans le même établissement, avec possibilité de réaliser la chirurgie dans un CMS. – *Le nouveau mécanisme d'accès prévoit une vigie systématique des listes d'attente et donc une planification en amont de l'atteinte du délai maximal. La deuxième offre est donc enclenchée avant le délai clinique maximal.*

- La patiente est recontactée via le système centralisé et se voit proposer une nouvelle consultation préopératoire avec ce second chirurgien.

- Le processus de planification chirurgicale s'enclenche. Le chirurgien, en collaboration avec l'anesthésiologiste, évalue l'admissibilité de la patiente à une chirurgie en CMS (conformément aux critères d'admissibilité) durant le volet pré-opératoire. L'intervention est planifiée dans un délai de trois semaines - *Le nouveau mécanisme d'accès oblige les établissements à répartir le temps opératoire en fonction des besoins cliniques et à planifier les interventions en fonction des délais cliniques (ce qui n'est actuellement pas le cas dans tous les établissements).*

- La patiente est opérée en chirurgie d'un jour au CMS. Les suivis post-opératoires sont effectués, et elle rapporte une disparition complète de la douleur. Sa condition clinique est considérée comme résolue.

En ce qui concerne les cas déjà en attente hors délais (projet vitrine troisième offre) :

- Le guichet centralisé de chirurgie identifie la patiente en attente hors délai (12 mois), procède à une révision du dossier et identifie un médecin en CMS non participatif. La patiente est contactée via le système centralisé et se voit proposer une nouvelle consultation préopératoire avec ce second chirurgien. Le chirurgien, en collaboration avec l'anesthésiologiste du CMS non participatif, évalue l'admissibilité de la patiente. L'intervention est planifiée dans un délai de quatre à huit semaines. La patiente est opérée en chirurgie d'un jour au CMS. Les suivis post-opératoires sont effectués, et elle rapporte une disparition complète de la douleur. Sa condition clinique est considérée comme résolue.

- La facture de la trajectoire chirurgicale privée (consultation, chirurgie et suivi), est envoyé à l'établissement référent. L'usager n'a aucun frais à débourser pour obtenir les services.

Coûts réels établissements 2023-2024

Intervention	Nombre de cas observés	Salaires directs: Clinique	Salaires directs: Gestion et support	Fournitures	Total coût direct
Cataractes	46661	278 $	122 $	1,139 $	1,540 $
PTG	3438	1,166 $	383 $	3,375 $	4,924 $
PTH	2491	1,208 $	392 $	3,646 $	5,246 $

Coûts réels établissements indexés en valeur 2025-2026

Intervention	Nombre de cas observés	Salaires directs: Clinique	Salaires directs: Gestion et support	Fournitures	Total coût direct
Cataractes	46661	295 $	130 $	1,207 $	1,631 $
PTG	3438	1,235 $	405 $	3,574 $	5,214 $
PTH	2491	1,279 $	415 $	3,861 $	5,555 $

Hypothèse d'efficience et performance au privé VS public

- Temps opératoire et processus plus efficaces

Impact sur salaires cliniques	-10%
Impact sur salaires gestion et support	-10%

- Flexibilité de négociation et partenariat avec fournisseurs

Impact sur le prix des fournitures	-10%

Coûts directs estimés en appliquant efficience et performance au privé

Intervention	Nombre de cas observés	Salaires directs: Clinique	Salaires directs: Gestion et support	Fournitures	Total coût direct
Cataractes	46661	265 $	117 $	1,086 $	1,468 $
PTG	3438	1,111 $	365 $	3,217 $	4,693 $
PTH	2491	1,151 $	374 $	3,475 $	5,000 $

Coût indirects, infrastructure, profits

Administration (RH, Appro, finance, TI, comm, document, etc)	10%
Support (Entretien ménager, fonctionnement, GBM, URDM, etc)	15%
Frais d'infrastructure (amort equip et inst, amort autre, locaux, etc)	10%
Profit	10%

Honoraires des médecins

	Chirurgien	Anesthésiologiste

Cataractes	325 $	- $	(Pas d'anesthésiologiste pour la cataracte)
Prothèses totales genou (PTG)	900 $	900 $	(hypothèse que rémunération sera équivalente à celle du chirurgien)
Prothèses totales hanche (PTH)	963 $	963 $	(hypothèse que rémunération sera équivalente à celle du chirurgien)

		Salaires directs											
Intervention	Nombre de cas observés	Clinique	Gestion et support	Fournitures	Total coût direct	Admin	Support	Infra	Total coût direct et indirect	Profit	Coût estimé CMS	Honoraires des médecins	Coût estimé CMS + médecins
Cataractes	46661	265 $	117 $	1,086 $	1,468 $	147 $	220 $	147 $	1,981 $	198 $	2,180 $	325 $	2,505 $
PTG	3438	1,111 $	365 $	3,217 $	4,693 $	469 $	704 $	469 $	6,335 $	634 $	6,969 $	1,800 $	8,769 $
PTH	2491	1,151 $	374 $	3,475 $	5,000 $	500 $	750 $	500 $	6,750 $	675 $	7,425 $	1,926 $	9,351 $

Comparatif CDJ en établissement public VS CMS incluant la rémunération médicale

Intervention	Nombre de cas en CMS privée	Coûts directs établissements	Coût estimé CMS + médecins	Écart $ unitaire	Écart %	Impact sur volume attendu
Cataractes	250	1,631 $	2,505 $	874 $	53.6%	218,443 $
PTG	200	5,214 $	8,769 $	3,555 $	68.2%	710,918 $
PTH	200	5,555 $	9,351 $	3,795 $	68.3%	759,082 $
						1,688,443 $