

# MÉMOIRE DÉPOSÉ DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION PRÉ BUDGÉTAIRE 2025-2026 DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

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

---

Février 2025

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction du mémoire de l'AEPC dans le cadre de la consultation pré budgétaire 2025-2026, 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

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

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@aeqc.ca](mailto:g.therrien@aeqc.ca)

## TABLE DES MATIÈRES

---

MISE EN CONTEXTE .....	4
PRÉSENTATION DE L'AEPC ET DU MODÈLE PRIVÉ CONVENTIONNÉ .....	8
Concernant le modèle privé conventionné .....	8
Un budget par composantes .....	9
RECOMMANDATION NO 1 .....	11
Tableau 1 – Financement demandé par l'AEPC à la suite de la reclassification de la classe salariale cadres autorisé par le MSSS .....	11
RECOMMANDATION NO 2 .....	13
Graphique 2 - Écarts entre le taux pondéré d'indexation et le taux IPC après le financement non récurrent.....	15
RECOMMANDATION NO 3 .....	17
Tableau 2 - Détail des coûts CA 7644 : Hygiène salubrité - tâches opérationnelles des EPC.....	18
Graphique 3 – Variation cumulée des coûts directs nets ajustés CA 7644.....	18
Graphique 4 – Variation annuelle cumulée du coût unitaire brut CA 7644.....	19
Tableau 3 – Détail des coûts CA 7646 : Hygiène salubrité – Désinfection à la suite d'un départ/transfert .....	19
Graphique 5 – Variation cumulée du coût total net ajusté – Désinfection à la suite d'un départ/transfert .....	20
Graphique 6 – Variation cumulée du coût unitaire pour la désinfection à la suite d'un départ/transfert .....	21
Graphique 7 – Variation cumulée du coût unitaire brut pour la désinfection à la suite d'un départ/transfert .....	21
RECOMMANDATION NO 4 .....	23
Estimation de nouveaux financements récurrents pour les établissements membres de l'AEPC 2024- 2025 (*). .....	23
RECOMMANDATION NO 5 .....	25
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES .....	27

## MISE EN CONTEXTE

---

Les défis budgétaires du gouvernement du Québec s'annoncent assurément ardues pour l'exercice 2025-2026 dans un contexte économique international marqué par l'incertitude. Les risques de hausses inflationnistes et de ralentissement économique sont réels, risquant par ricochet d'affecter la capacité des établissements membres de l'AEPC de continuer d'offrir des soins et de l'hébergement de longue durée dans les standards actuels. L'indexation insuffisante de la composante fonctionnement du budget des EPC par le MSSS à générer l'an dernier des manques à gagner dans 20 établissements privés conventionnés (ci-après EPC), une première pour les établissements membres de l'AEPC. Cette année, ce sont 15 établissements, dont 3 OBNL et 2 établissements nouvellement conventionnés. Une mesure qui fragilise le modèle privé conventionné que favorise portant le gouvernement du Québec qui procède de façon accélérée au conventionnement de la grande majorité des établissements privés.

Avec une enveloppe de 61,9 milliards de dollars, la santé et les services sociaux représentait 41,9 % des dépenses des portefeuilles ministériels pour 2024-2025. Une proportion qui est appelé à croître selon le ministre de la Santé, Christian Dubé, qui indiquait le 1er novembre 2024, « malgré tous les efforts déployés dans les dernières années pour augmenter l'offre de soins, la demande dépasse toujours l'offre, notamment en raison du vieillissement de la population<sup>1</sup> ». Indiquant vouloir travailler en amont pour inverser cette tendance haussière du budget, il a annoncé le 1er novembre 2025 avec la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé, Sonia Bélanger, la volonté du gouvernement du Québec d'investir davantage dans la prévention<sup>2</sup>. L'AEPC appuie la volonté du gouvernement du Québec de se doter d'une stratégie de prévention afin d'assurer aux personnes âgées un vieillissement en meilleure santé et de préserver l'avenir du système de santé. Il demeure essentiel cependant de continuer de financer à la hauteur des besoins réels les soins et l'hébergement de longue durée.

---

<sup>1</sup> La Presse Canadienne (2024, 1er novembre). Le budget en santé est « intenable », dit le ministre Dubé, *Radio-Canada* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2117041/budget-sante-intenable-ministre-christian-dube>

<sup>2</sup> Cousineau, M-È (2024, 1er novembre) Stratégie en prévention au printemps : « On ne peut pas aborder le système de santé seulement par le ministère de la Santé » *La Presse* <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-11-01/strategie-en-prevention-au-printemps/on-ne-peut-pas-aborder-le-systeme-de-sante-seulement-par-le-ministere-de-la-sante.php>

Les défis démographiques du Québec sont connus et largement documenté depuis des années. Ainsi, selon les projections démographiques, les Québécois âgés de 65 ans et plus représenteront 25 % de la population d'ici 2031<sup>3</sup>. Une transition démographique qui se traduira assurément pour le Québec par une demande accrue pour des soins adaptés à cette portion croissantes de la population. Une approche équilibrée et proactive sera donc essentielle dans les prochaines années pour assurer la pérennité et la qualité du système de santé québécois. Tout cela, alors que la liste des personnes en attente d'une place en CHSLD s'élevait en janvier 2025 à 3 596 personnes<sup>4</sup>. Plusieurs de ces personnes se retrouvent dans des lits de centres hospitaliers (25%), les niveaux de soins alternatifs (NSA), des lits qui pourraient être utilisés par des patients en attente d'hospitalisation. C'est sans parler de celles qui se retrouvent dans des résidences pour personnes âgées (RPA) ou dans des ressources intermédiaires (RI) mais dont le niveau de soins nécessite une place en CHSLD. Des solutions concrètes devront ainsi être apportées afin de combler les besoins actuels et futurs en matière de soins et d'hébergement de longue durée découlant des changements démographiques. Là-dessus, nous réitérons notre appui à la volonté du gouvernement du Québec de créer de nouvelles places en hébergement de longue durée, car les membres de l'AEPC souhaitent contribuer à la réduction de la liste des personnes en attente d'une place en CHSLD. Un point que nous abordons concrètement dans la cinquième recommandation de ce mémoire.

Le mémoire prébudgétaire 2025-2026 de l'AEPC vise à présenter des recommandations spécifiques pour répondre aux enjeux et aux défis pressants auxquels font face les établissements privés conventionnés. Les quatre premières recommandations ont été présentées lors des consultations prébudgétaires 2024-2025 et, en réaction au budget de l'an dernier, l'AEPC exprimait son inquiétude face au manque de mesures spécifiques pour les EPC, notamment au chapitre de l'absence d'indexation au niveau de l'IPC pour la composante fonctionnement du budget des EPC.

Nous avons indiqué l'an dernier que 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 étaient bien

---

<sup>3</sup> Institut de la statistique du Québec (2023, mai) Le bilan démographique du Québec, Édition 2023 <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf>, page 11

<sup>4</sup> 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 9 2024-2025*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/>

réels. Un constat qui est encore plus d'actualité cette année. Se pose néanmoins la nécessité de créer de nouvelles places en hébergement de longue durée pour faire aux conséquences du vieillissement et de l'allongement de la durée de vie. Ce vaste chantier fait justement l'objet de la cinquième recommandation de ce mémoire. Mais pour y arriver, la nécessité de disposer de nouvelles règles de financement pour les EPC membres de l'AEPC est indispensable. De nouvelles règles de financement prévisible, indexée selon les besoins réels et dont la composante immobilière est alignée sur la réalité du marché immobilier.

## Sommaire des recommandations de l'AEPC

1. Accorder le financement adéquat pour soutenir la masse salariale des cadres à la suite des rehaussements décrétés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
2. S'assurer que les budgets de la composante fonctionnement des établissements privés conventionnés soient indexés annuellement de manière appropriée, soit l'équivalent de l'IPC et revoir la base budgétaire historique obsolète.
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.
4. Octroyer aux établissements privés conventionnés le financement couvrant les frais additionnels pour le soutien administratif découlant des rehaussements autorisés par le MSSS au cours des dernières années.
5. Consolider le financement des établissements privés conventionnés pour la composante immobilière. Le financement actuel étant en deçà du marché immobilier et de l'inflation au Québec, ce qui limite la capacité de développer de nouvelles places en hébergement et de maintenir le parc immobilier.

## PRÉSENTATION DE L'AEPC ET DU MODÈLE PRIVÉ CONVENTIONNÉ

L'Association des établissements privés conventionnés (ci-après AEPC) regroupe 29 propriétaires-gestionnaires qui gèrent 65 établissements et installations, dont 63 centres d'hébergement de soins de longue durée (ci-après CHSLD) et deux hôpitaux de réadaptation fonctionnelle intensive. Donc, deux catégories d'établissements sont membres de l'AEPC, avec deux missions distinctes, soit l'hébergement avec soins et services de longue durée, ainsi que des soins médicaux et spécialisés en réadaptation. L'AEPC promeut ainsi depuis 65 ans 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. Elle 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, ainsi que de Santé Québec.

Partenaire majeur du réseau de la santé depuis 65 ans, les EPC membres de l'AEPC offrent un milieu de vie, de soins et de fin de vie de qualité supérieure à une clientèle en grande perte d'autonomie. Les établissements membres de l'AEPC jouent un rôle capital dans le réseau de la santé et des services sociaux en offrant des milieux de vie sécuritaire et des soins de qualité.

Situés dans 11 régions administratives du Québec, les EPC répondent collectivement aux besoins quotidiens de 7 600 résidents, soit 20% de la clientèle des personnes âgées en hébergement nécessitant des soins de longue durée pour ce qui concerne le volet CHSLD. Les 15 000 personnes qui travaillent dans les EPC disposent des mêmes conditions de travail, de la même rémunération et de l'application des mêmes conventions collectives nationales que les employés des établissements du réseau public.

### 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). Le modèle privé conventionné est le seul modèle qui assure et certifie que l'argent qui est versé par le gouvernement du Québec pour les soins et les services directs aux résidents est utilisé à ces fins. Ce modèle regroupe les meilleurs aspects du public et du privé, ce qui en fait un modèle socialement avantageux. Nous sommes évidemment heureux de voir que le MSSS ait choisi ce modèle pour le

conventionnement des établissements privés. Mais pour continuer d'offrir la qualité pour laquelle ils sont reconnus, les EPC doivent recevoir un financement à la hauteur des besoins grandissants de la clientèle, et ce, année après année.

Ce regroupement d'établissements fournit des services publics qui sont gérés par le privé. Parmi les membres de l'AEPC, outre des entreprises privées, nous retrouvons également des fondations et des communautés religieuses. Le financement des EPC est entièrement public.

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. Comme le financement est entièrement public, la contribution payée par le résident pour les CHSLD et le patient pour les hôpitaux de réadaptation 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.). La composante clinique 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. Les propriétaires-gestionnaires des différents établissements sont soumis à une reddition de compte qui permet d'assurer une saine gestion des ressources financières provenant de l'État.

La composante fonctionnement quant à 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 qui permettent aux propriétaires-gestionnaires de générer des surplus pour assurer la pérennité des établissements.

Pour sa part, la composante immobilière correspond au montant versé annuellement par le MSSS à un établissement privé conventionné propriétaire ou locataire d'un immeuble pour sa mise à disposition au réseau de la santé. Une compensation est actuellement nettement en deçà des loyers marchands immobiliers ou de la valeur locative marchande (VLM) pratiquée actuellement sur le marché.

## RECOMMANDATION NO 1

Accorder le financement adéquat pour soutenir la masse salariale des cadres à la suite des rehaussements décrétés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

*Dans la situation actuelle, en l'absence de financement visant à soutenir la masse salariale des cadres pour couvrir les coûts et maintenir l'attractivité ainsi que la rétention du personnel-cadre dans les EPC, les établissements doivent réduire l'encadrement et la diversité des services offerts à la clientèle hébergée.*

À la suite de la demande de reclassification formulée par plusieurs EPC auprès du MSSS, plusieurs postes de cadre ont été reclassifiés, mais sans financement associé. Cet enjeu a été abordé lors des consultations prébudgétaires 2024-2025 et lors de diverses rencontres avec le MSSS en 2024, sans que le financement ne soit accordé aux établissements. Cette situation compromet malheureusement à long terme la capacité de recrutement et de rétention du personnel cadre.

Tableau 1 – Financement demandé par l’AEPIC à la suite de la reclassification de la classe salariale des cadres autorisé par le MSSS

Type de financement	Description	Financement demandé
Récurrent	Salaire brut autorisé par le MSSS moins salaire début	1 557 668 \$
Non récurrent	Article 24 après autorisation MSSS	293 095 \$
Non récurrent	Article 25 après autorisation MSSS	42 642 \$
	Écart	2 139 547 \$
<b>Autre prime à financer</b>		
Non récurrent	Primes CHSLD cadres	2,21 \$/heure travaillée
Non récurrent	Primes soir	< 70 heures/paie 10%, si > 70 heures/paie
Non récurrent	Primes de nuit	14%, si < 70 heures/paie 18%, si > 70 heures/paie
Non récurrent	Primes fins de semaine	5% si < 70 heures/paie 9% si > 70 heures/paie
	Autres primes	À déterminer

Il est important de rappeler que, dans le modèle privé conventionné, le personnel bénéficie des mêmes conditions d'emploi et de rémunération que ceux travaillant dans les établissements publics du réseau.

Cependant une iniquité persistante subsiste concernant le financement des postes-cadres dans les EPC. Par exemple, un poste de chef d'unité en EPC est rémunéré selon la classe d'emploi 37, tandis que son équivalent dans le secteur public est classé 38. Cette situation entraîne nécessairement une différence salariale, au détriment des employés-cadres des EPC. Cette iniquité affecte le recrutement et la rétention du personnel dans les EPC, surtout à un moment où la création de Santé Québec risque d'attirer à son avantage des ressources humaines déjà insuffisantes face aux besoins croissants en soins et en hébergement de longue durée au Québec.

L'écart non financé est estimé à 2 139 547 \$. Un montant qui inclut l'écart entre le salaire brut autorisé après la reclassification et le salaire avant la démarche. Un montant obtenu en ajoutant les montants estimés correspondant aux articles 24 et 25. Finalement, après l'addition de trois items, nous avons ajouté le 13% de charges sociales.

Il est important de noter que le montant final n'inclut pas les primes CHSLD cadres, les primes de soir, de nuit, de fin de semaine et autres, ajoutées à la suite des signatures des conventions collectives 2023-2028 et à l'amélioration des conditions salariales des cadres au début de l'année 2024-2025. Ces primes, en pourcentage et en \$/heure travaillée, devront également être ajoutées au montant total.

Il convient aussi de rappeler que lors des consultations sur le projet de loi 15, l'AEPC avait réaffirmé la volonté des EPC de maintenir leur autonomie de gestion au sein du réseau de la santé, y compris en matière de ressources humaines, permettant ainsi aux employés de conserver leurs conditions d'emploi et salariales. L'AEPC a également souhaité que les EPC maintiennent leur proximité avec le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que leur capacité à attirer et retenir la main-d'œuvre. Le financement actuel des salaires des cadres travaillant dans les EPC doit correspondre aux classes salariales autorisées par le MSSS.

**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 demandé à la suite du rehaussement des postes du personnel-cadre autorisée par le MSSS.**

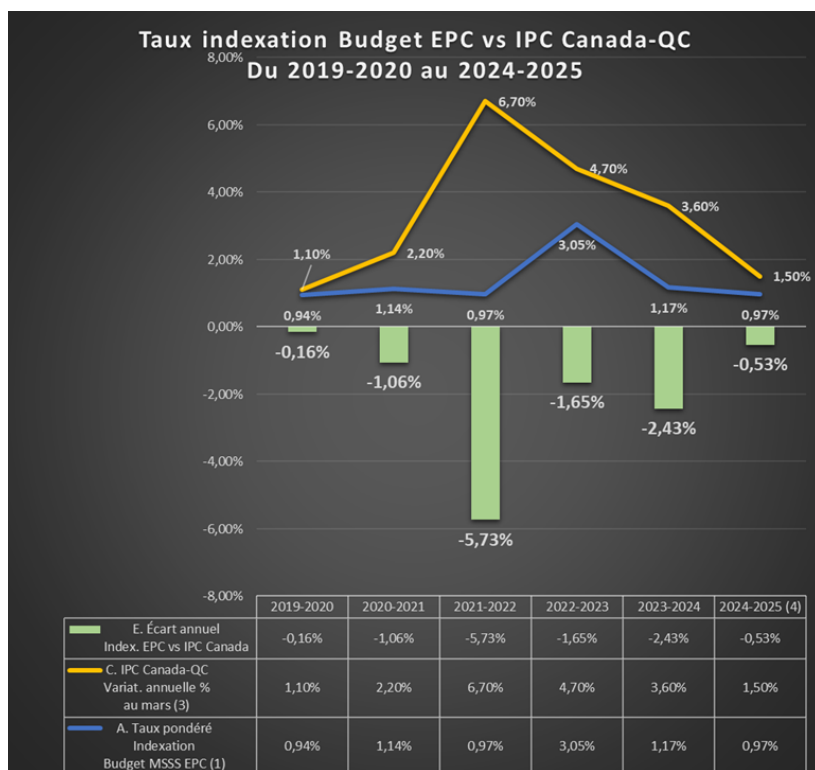
## RECOMMANDATION NO 2

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

*Le manque à gagner des EPC fragilise le modèle privé conventionné, celui-là même qui est privilégié par le gouvernement pour le conventionnement des établissements privés. En plus de limiter le développement de services destinés aux résidents dans des établissements reconnus pour leur efficacité et leur efficacité, les risques de fermeture d'établissements sont bien réels. Un manque à gagner qui a un impact sur la qualité des produits alimentaires achetés, l'application des mesures hygiène et de salubrité, l'extension de la durée de vie du matériel informatique moins performants dans les établissements.*

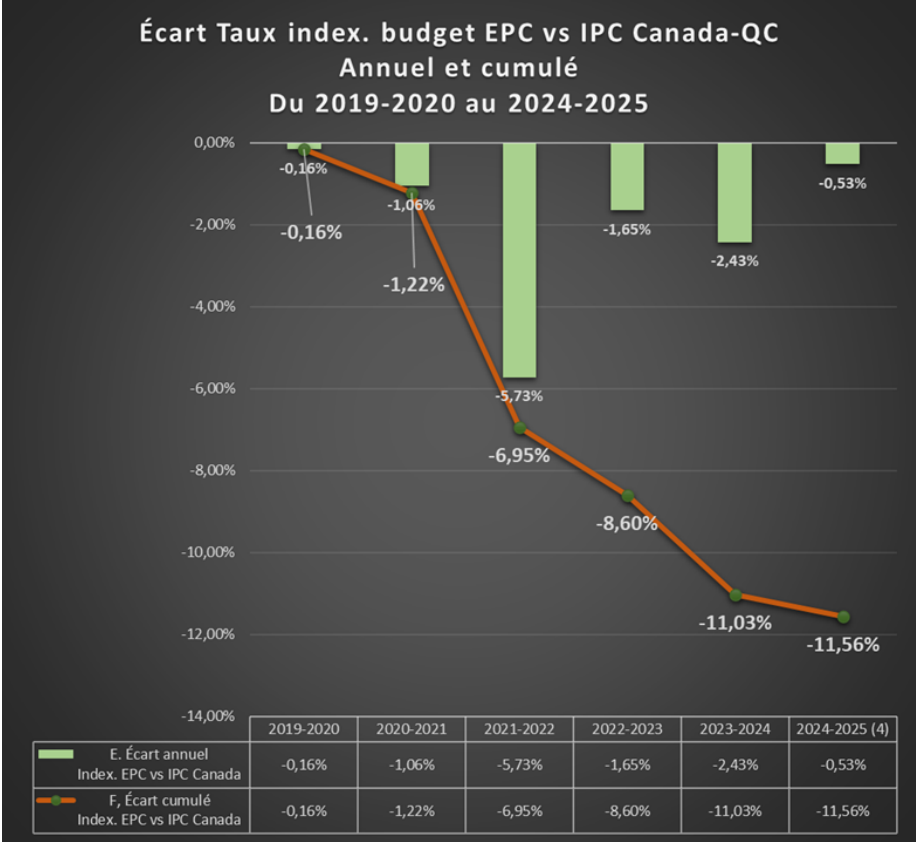
L'économie du Québec a traversé une période inflationniste élevée entre 2021 et 2024 qui s'est traduite par des hausses significatives des prix des produits et des services. Un contexte inflationniste haussier qui n'a évidemment pas épargné les EPC, alors que s'amplifiait les écarts défavorables dans le financement de la composante fonctionnement du budget des EPC. C'est ainsi que malgré les hausses marquées des prix des produits et services, le taux pondéré d'indexation des budgets de la composante fonctionnement est resté inférieur au taux d'indexation des prix à la consommation (IPC), et ce, année après année depuis 2019.

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



Des écarts défavorables importants qui se répercutent sur l’offre de services qui est dispensés aux résidents/patients. Des écarts défavorables qui accentuent également les problèmes de liquidité des EPC et mettent à risque des établissements. Ainsi, l’écart défavorable cumulé pour l’année financière 2025-2026 est de 12,56%. Ce qui représente un montant significatif non financé par établissement. Au 31 mars 2024, 15 EPC ont enregistré un manque à gagner, dont 3 OBNL et 2 établissements nouvellement conventionnés, un modèle que favorise pourtant le gouvernement dans le conventionnement des établissements privés.

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



Dans les années 2022-2023 et 2023-2024, le MSSS avait octroyé des financements non récurrents aux EPC pour la composante fonctionnement en lien avec le taux d'inflation. Les montants octroyés ont pu aider à couvrir certains déficits budgétaires pour certains postes de la composante fonctionnement, mais ils ont été insuffisants pour couvrir le déficit total cumulé de 11.56 %. En 2024-2025, les établissements n'ont pas obtenu le financement non récurrent, fragilisant du coup la situation financière de plusieurs établissements.

Aucune organisation, quelle qu'elle soit, ne peut raisonnablement fonctionner avec un taux d'indexation inférieur à l'IPC qui est appliqué à un budget historique déjà dépassé. Rappelons ici que les budgets des EPC sont composés de plusieurs composantes, et que, par exemple, les surplus dans la composante clinique ne peuvent compenser les déficits de la composante fonctionnement, contrairement au réseau

public. C'est ainsi que l'écart défavorable entre le taux pondéré d'indexation des budgets de fonctionnement des EPC et le taux de l'IPC a un impact beaucoup plus important sur les EPC que sur les établissements publics, qui bénéficient d'un budget global. 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 afin d'obtenir un financement qui répond aux besoins réels des établissements, l'AEPC recommande que les budgets de la composante fonctionnement des EPC soient indexés annuellement de manière appropriée, soit l'équivalent de l'IPC et de revoir la base historique obsolète.

## RECOMMANDATION NO 3

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

*À défaut d'un financement adéquat en matière d'hygiènes et de salubrité, la mise en place des mesures et directives à la suite de la pandémie de la COVID risque d'être fragilisée dans les établissements, précarisant du coup la qualité des soins et des services pour une clientèle déjà très vulnérables. Pour continuer d'offrir un environnement sécuritaire pour notre clientèle vulnérable, on doit s'assurer d'accroître le financement pour les mesures d'hygiènes et de salubrité.*

Les EPC sont des milieux de vie stimulants offrant des soins et de l'hébergement de qualité pour les Québécois les plus vulnérables. L'hygiène et la salubrité sont donc des enjeux au cœur des actions quotidiennes des membres de l'AEPC. Au cours des dernières années, 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 et impacté les processus d'approvisionnement des produits désinfectants, des équipements de protection individuelle et autres accessoires. Des mesures qui ont mené à des hausses des coûts liés à l'hygiène et la salubrité d'un peu plus de 30% depuis 2018. Les principales causes de ces hausses sont liées à l'augmentation de la fréquence de nettoyage des zones à haut risque.

En examinant l'évolution des budgets alloués aux services d'hygiène et de salubrité, on peut constater que les ratios de main-d'œuvre en vigueur datent de plus de 30 ans et ne tiennent pas compte des nombreuses éclosions survenues au cours des 15 dernières années (SARS, C. difficile, etc.). Pour illustrer cette réalité, le coût direct net ajusté du centre d'activité hygiène et salubrité (CA 7644) dans les EPC est passé de 21,8 millions de dollars en 2018-2019 à 28,6 millions de dollars en 2022-2023, soit une

augmentation annuelle moyenne de 7 % (voir tableau 2). Un coût qui devrait rester sensiblement le même pour la période 2023-2024.

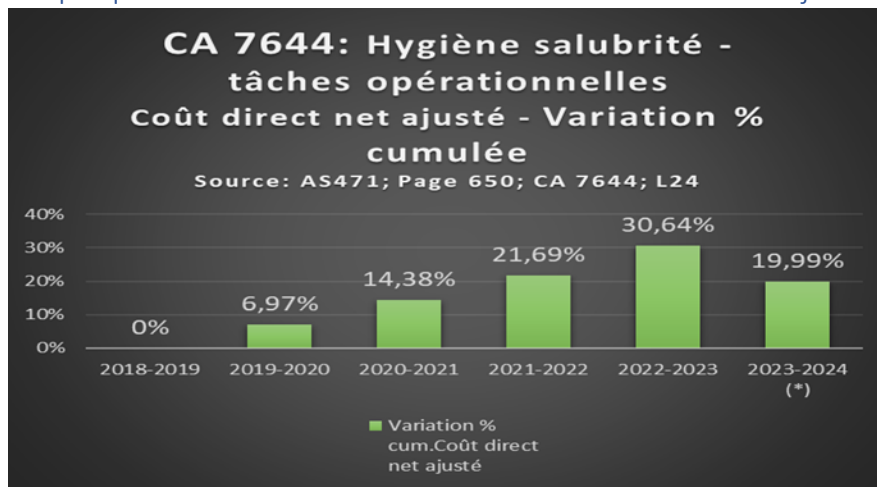
Tableau 2 - Détail des coûts CA 7644 : Hygiène salubrité - tâches opérationnelles des EPC

Année	Coût direct net ajusté	Coût unitaire brut	Unité de mesure (m2)	Variation % cum.Coût direct net ajusté	Variation % cumulée Coût unit. Brut
2018-2019	21 892 620	55,62 \$	393 642	0%	0%
2019-2020	23 419 133	58,32 \$	401 531	6,97%	4,87%
2020-2021	25 041 315	62,29 \$	402 031	14,38%	12,00%
2021-2022	26 642 165	65,38 \$	407 469	21,69%	17,57%
2022-2023	28 601 429	69,93 \$	409 004	30,64%	25,74%
2023-2024 (*)	26 268 699	69,38 \$	378 647	19,99%	24,74%

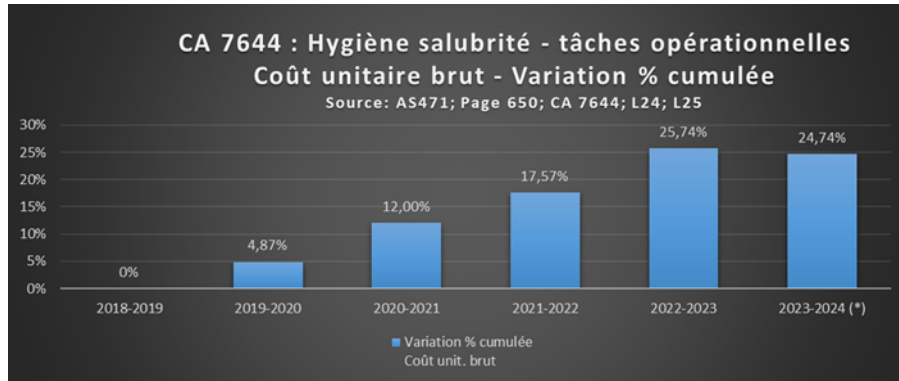
(\*) Version préliminaire AS-471.

Si on regarde maintenant les coûts directs totaux nets ajustés pour l’hygiène et la salubrité, soit les coûts directs excluant les coûts liés à la COVID-19, ces derniers ont bondi de 30,64% en 2022-2023 depuis 2018 et de 19.99 % en 2024-2025(\*). (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



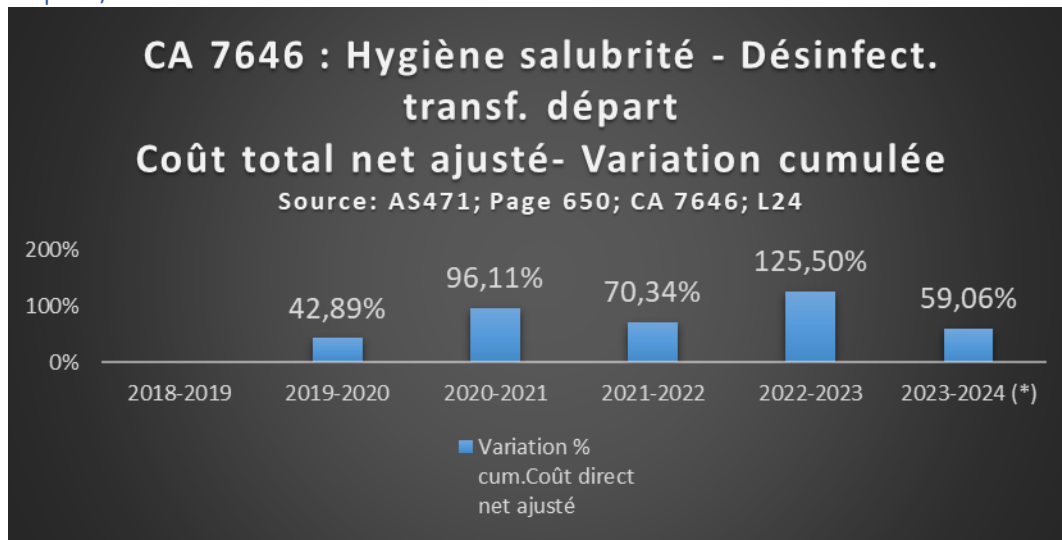
Une tendance similaire est observée pour les coûts directs nets ajustés liés aux départs ou aux déplacements de résidents/patients. En 2018-2019, ces coûts s'élevaient à 710 770 \$. Avec une croissance annuelle très variable, avoisinant les 30 %, ils ont atteint 1 602 780 \$ en 2022-2023, soit une augmentation de 125,50 % sur cinq ans. (Voir tableau 3 et graphique 5.) Les principales causes de ces hausses sont l'intensification du nettoyage dans les zones à risque, l'utilisation de produits désinfectants plus spécialisés et l'impact de l'offre et de la demande sur ces produits.

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 % cum. Coût direct net ajusté	Variation % cumulée coût unit.
2018-2019	710 770 \$	78,04 \$	9 108		
2019-2020	1 015 626 \$	114,81 \$	8 846	42,89%	47,12%
2020-2021	1 393 924 \$	136,51 \$	10 211	96,11%	74,93%
2021-2022	1 210 729 \$	149,57 \$	8 095	70,34%	91,66%
2022-2023	1 602 780 \$	211,09 \$	7 593	125,50%	170,49%
2023-2024 (*)	1 130 523 \$	161,34 \$	7 007	59,06%	106,75%

(\*) Source AS-471 MSSS : Version 2023-2024 est préliminaire. Ils manquent 2 EPC

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

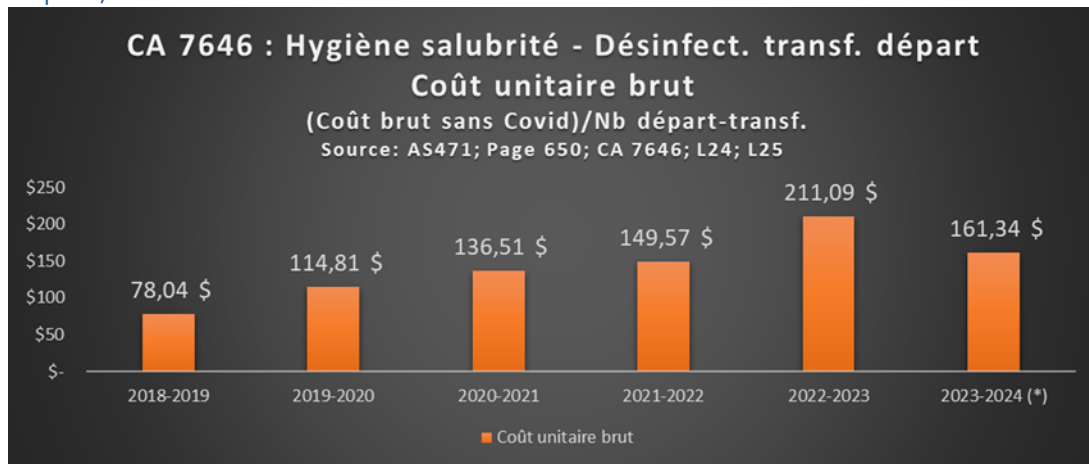


(\*) Source AS-471 MSSS : Version 2023-2024 est préliminaire. Ils manquent 2 EPC

Le taux de roulement des résidents en CHSLD a fortement augmenté ces dernières années. Selon les données du MSSS, il atteignait 65 % en 2021<sup>5</sup>, ce qui signifie que deux résidents sur trois quittent leur milieu de vie ou décèdent chaque année. Autrefois, la durée moyenne de séjour était d’environ 18 mois, mais elle est désormais réduite à 12 mois, voire moins. Cette situation exerce naturellement une pression supplémentaire sur les services d’hygiène et de salubrité, car chaque chambre doit être entièrement désinfectée avant l’admission d’un nouveau résident. Les graphiques 6 et 7 illustrent l’augmentation des coûts associés à cette opération : le coût unitaire brut est passé de 78,04 \$ en 2018-2019 à 211,09 \$ en 2022-2023, soit une hausse cumulative de 170,49 %. Pour la période 2023-2024 les données de la version préliminaire de l’AS-471 de nos associés nous montrant que le cout unitaire est descendu à 161.34 \$ mais la variation cumulée au 2023-2024 est de 106.75 %.

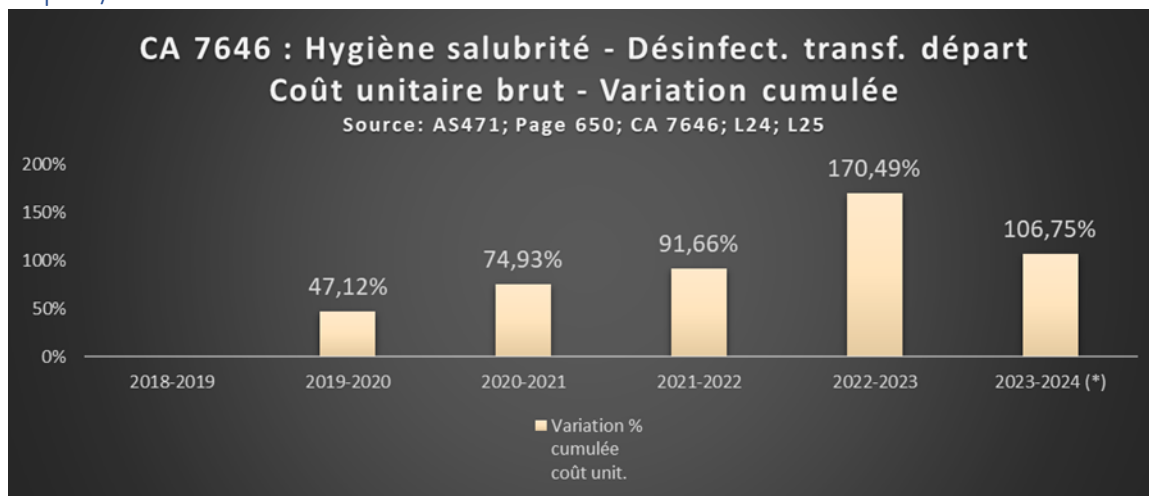
<sup>5</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022) Pour le mieux-être des personnes hébergées : Plan d’action pour l’hébergement de longue durée 2021-2026. p. 3 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf>

Graphique 6 – Variation cumulée du coût unitaire pour la désinfection à la suite d'un départ/transfert



(\*) Source AS-471 MSSS : Version 2023-2024 est préliminaire. Ils manquent 2 EPC

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



(\*) Source AS-471 MSSS : Version 2023-2024 est préliminaire. Ils manquent 2 EPC

Avec une telle augmentation des coûts, l'indexation annuelle du budget des EPC accordée par le MSSS demeure largement insuffisante. Tout comme l'indexation inadéquate de la composante fonctionnement, la flambée des coûts en hygiène et salubrité fragilise la situation financière des EPC. Le déséquilibre entre le financement reçu et les coûts d'exploitation limite considérablement les options des propriétaires-gestionnaires. Dans le même ordre d'idée, les budgets alloués à la prévention et au contrôle des infections (PCI) dans les EPC doivent être ajustés pour refléter les nouvelles normes du MSSS, déjà en vigueur dans les CHSLD publics. Le ratio d'infirmières dédiées à la prévention des infections nosocomiales en CHSLD est

passé de 1 ETC pour 250 résidents à 1 ETC pour 200 résidents. Or, le financement des EPC repose encore sur l'ancien ratio.

**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 couvrant les frais additionnels pour le soutien administratif découlant des rehaussements autorisés par le MSSS au cours des dernières années.

*En ne versant pas le 10% additionnel pour les nouveaux développements de structure de postes, cela amplifie le sous-financement de la composante fonctionnement du budget des EPC. Un manque à gagner qui se traduit par un arrêt des achats de petits équipements non capitalisables et du développement de nouvelles activités cliniques dont pourraient bénéficier les résidents des EPC. Une situation qui contribue à limiter la capacité d'évolution des services offerts par les EPC dans leur mission.*

Lors de la pandémie, puis pour les années 2022-2023 et 2023-2024, le MSSS a accordé un financement supplémentaire aux établissements publics et aux EPC afin de soutenir l'ajout de personnel et le rehaussement de postes. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, tout financement récurrent octroyé par le MSSS inclut automatiquement un supplément de 10 % pour couvrir les frais administratifs liés aux rehaussements autorisés et aux nouveaux développements. Avant la pandémie, nous bénéficions déjà de ce financement additionnel, mais depuis, nous n'avons rien reçu. Concernant les nouveaux financements cliniques (86 M\$), cela représente un manque à gagner de 8,6 M\$.

### Estimation de nouveaux financements récurrents pour les établissements membres de l'AEPC 2024-2025

<b>PAB boursiers AEP et rehaussement</b>	<b>48 763 606 \$</b>
<b>Cat. 1 – Rehaussement et ajout 1 000 ETC Réseau</b>	<b>37 747 743 \$</b>
<b>Total financement des établissements membres de l'AEPC</b>	<b>86 511 349 \$</b>
<b>Financement pas reçu : Soutien administratif 10 %</b>	<b>8 651 135 \$</b>

(\*) Financement reçu estimé au décembre 2024

L'absence du 10 % additionnel pour les nouveaux développements de structure de postes accentue le sous-financement de la composante fonctionnement du budget des EPC. Pour certains, ce manque à

gagner se traduit par l'arrêt des achats de petits équipements non capitalisables et par le frein au développement de nouvelles activités cliniques, dont pourraient pourtant bénéficier les résidents des EPC. Cette situation prive également les établissements publics du rayonnement des innovations des EPC. En limitant ainsi les ressources disponibles, cette contrainte freine l'évolution des services offerts par les EPC dans le cadre de leur mission.

**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 recommandons que le MSSS rétablisse dans les budgets des EPC le financement additionnel découlant des rehaussements autorisés par le MSSS au cours des dernières années.**

## RECOMMANDATION NO 5

Consolider le financement des établissements privés conventionnés pour la composante immobilière. Le financement actuel étant en deçà du marché immobilier et de l'inflation au Québec, ce qui limite la capacité de développer de nouvelles places en hébergement et de maintenir le parc immobilier.

*Le financement adéquat de la composante immobilière permettra le développement de nouvelles places en hébergement de longue durée en EPC. En plus de permettre la mise sur pied d'un fonds de prévoyance pour le maintien d'actifs. Cette omission, couplée à la valeur accordée aux bâtiments, soit l'évaluation de mars 2020, a pour effet de fragiliser le patrimoine bâti et de générer des déficits importants dans le maintien d'actifs immobiliers.*

Pour se conformer aux nouvelles normes ministérielles inspirées des maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA), certains CHSLD doivent entreprendre d'importantes rénovations fonctionnelles. Cela inclut l'adaptation des équipements médicaux et non médicaux aux besoins d'une clientèle vulnérable, ainsi que l'intégration de technologies de l'information facilitant le travail en milieu de vie et d'hébergement.

Nous soutenons pleinement la volonté du gouvernement du Québec d'augmenter le nombre de places en hébergement de longue durée. Les membres de l'AEPC souhaitent contribuer également à la réduction de la liste d'attente dans les établissements de soins et d'hébergement de longue durée. Dans cette optique, l'AEPC a mené depuis 2023 plusieurs représentations auprès du gouvernement du Québec, afin de le sensibiliser aux défis liés à la modernisation du parc immobilier des EPC et à l'ajout de nouveaux lits. Un projet qui envisageait de revitaliser 2 000 lits et d'en créer 1 000 de plus, et ce, dans le respect des nouveaux standards d'hébergement et s'inspirant du modèle des maisons pour aînés dans la mouture la plus récente.

Une étude commandé par l'AEPC auprès de la Altus conclut que la composante immobilière actuelle des CHSLD construits avant l'an 2000 ne génère pas un rendement suffisant permettant aux propriétaires des

EPC à investir dans leurs immeubles. Ceux qui s’y engagent doivent souvent recourir au financement public après avoir consacré un temps considérable à la planification de projets, qu’ils doivent sans cesse réajuster. Or, ces projets aboutissent fréquemment à des travaux bien différents de ceux initialement prévus, ce qui entraîne un sentiment de découragement chez les propriétaires d’EPC.

Il est donc essentiel d’adapter le financement dédié à la composante immobilière versée aux EPC afin qu’il reflète la réalité actuelle du marché. Un tel ajustement encouragerait les propriétaires-gestionnaires à investir dans le développement de nouvelles places en CHSLD. Rappelons qu’en novembre 2024, 3 672 personnes étaient toujours en attente d’une place.

Un financement adéquat de la composante immobilière devrait également permettre la création d’un fonds de prévoyance dédié au maintien des actifs. Tout propriétaire responsable souhaite entretenir son immeuble au fil des ans. Or, l’absence d’un tel fonds, combinée à une évaluation municipale souvent obsolète et sous-estimée de la valeur des bâtiments, fragilise le patrimoine bâti et entraîne d’importants déficits dans l’entretien des infrastructures.

La compensation immobilière actuelle est donc insuffisante et doit être révisée à la hausse afin d’assurer un rendement adéquat. Cette révision est essentielle pour soutenir le lancement de chantiers visant la reconstruction de CHSLD privés conventionnés, afin de pallier la pénurie de lits en soins de longue durée au Québec. Mais pour y parvenir, il est essentiel que les EPC membres de l’AEPC disposent de nouvelles règles de financement. De nouvelles règles prévisibles avec des durée de contrat plus longue, et non renouvelée annuellement comme c’est le cas actuellement. De nouvelles règles de financement indexées selon les besoins réels et dont la composante immobilière est alignée sur la réalité du marché immobilier.

**Pour être en mesure de développer de nouvelles places en hébergement et de maintenir le parc immobilier actuel avec la mise en place d’un fonds de prévoyance, nous recommandons la consolidation de la composante immobilière et la révision des nouvelles règles de financement au moyen d’une négociation des EPC membres de l’AEPC avec le MSSS.**

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de Longue durée
CHSLD PC	Centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné
CHSLD PNC	Centre d'hébergement et de soins de longue durée privé non-conventionnés
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
EPC	Établissement privé conventionné
MDA	Maison des aînés
PAB	Préposé.es aux bénéficiaires
PCI	Prévention et contrôle des infections
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RI	Ressources intermédiaires
RPA	Résidence privée pour aîné.es