



ANALYSE AVANTAGES-CÔÛTS

CHSLD SAINT-LAMBERT-SUR-LE-GOLF (CHSLD PPP)

**HÉBERGEMENT ET SOINS EN CHSLD ACCORDÉS DANS LE
CADRE D'UN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ (PPP)
AVEC L'ASSS DE LA MONTÉRÉGIE**

SYNTHÈSE

PRÉSENTÉE PAR

MCE CONSEILS

AVRIL 2011



PRINCIPAUX CONSTATS

Le gouvernement du Québec a mandaté l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie afin qu'elle mette en place un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) devant accueillir 200 usagers en lourde perte d'autonomie sous un mode de partenariat public-privé (PPP).

À la demande de la Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN (FSSS-CSN), le Service des relations du travail de la CSN a confié à MCE Conseils un mandat pour réaliser une analyse financière de type avantages-coûts afin de valider l'évaluation de l'ASSS de la Montérégie concernant le coût et le fonctionnement de cet important projet. L'ASSS a annoncé à ce sujet un budget de l'ordre de 203 millions \$ pour une période de 25 ans. Nous avons aussi été mandatés pour estimer le coût du même projet sous le régime de gestion publique habituellement connu dans ce secteur d'activités.

Voici un sommaire des principaux constats émanant de notre mandat d'analyse :

1. L'analyse globale des documents démontre, après révision et ajustement des hypothèses disponibles, que le modèle public présenterait des coûts de l'ordre de 227 M\$ pour 25 ans (valeur actuelle nette plus ajustements au net) alors que le coût du modèle PPP (au net des contributions des usagers) produit un coût à hauteur de 287 M\$ (plutôt que les 222 M\$ annoncés) pour la période de 25 ans (valeur actuelle nette). Le modèle public dégage donc un avantage de 60 M\$ de coût d'exploitation (au net des contributions des usagers incluant la RAMQ) avec des économies de coûts de 41 M\$ comparativement au contrat PPP ainsi qu'une récupération de 19 M\$ en taxes et impôts. Ce constat tient compte d'un certain nombre d'éléments des synergies possibles qui pourraient avoir lieu avec le CSSS Champlain dans le cadre d'un projet public. Toutefois, il ne tient pas compte des questions de l'assurance de la qualité des services rendus; auquel cas, cela pourrait engendrer des coûts supplémentaires par le secteur privé tel le transfert d'expertise.
2. Les économies annoncées au contrat CHSLD PPP face au modèle comparateur public sont principalement fondées sur des salaires nettement inférieurs à ceux observés sur le marché. Pourtant, on observe déjà une pénurie de main-d'œuvre dans le secteur qui mènera sans doute à une pression à la hausse sur les salaires. Dans ce contexte, il y aura probablement un fort taux de roulement de personnel dans l'établissement, laissant la clientèle victime d'instabilité dans leur milieu de vie. Une autre éventualité est un amendement au contrat pour faire face à la hausse des coûts de main-d'œuvre. Il n'y a donc malheureusement pas de garantie que les soins et les services seront rendus en continuité et avec les économies annoncées comparativement à la performance connue au secteur public.
3. Contrairement à ce qui avait été annoncé et qui était établi comme étant un budget fermé à 203 M\$ (plus prime), le contrat pourra faire l'objet d'ajustements sur des éléments centraux tels les tarifs, budget d'heures, mode de fonctionnement, prêt de main-d'œuvre, formation, réorganisation des installations. Ces éléments pourraient engendrer des coûts supplémentaires significatifs. Ainsi, il est très probable que sur une période de 25 ans, il y aura des augmentations importantes de coûts (au-delà de ceux prévus au contrat) pour faire face à des éventualités dotées de fortes probabilités, telles que la rémunération en fonction de la lourdeur de la clientèle, un certain rattrapage salarial, etc.



4. L'état de santé des personnes hébergées dans le réseau de la santé a tendance à se détériorer. Ils ont des besoins en évolution (devenant plus lourds avec le vieillissement), exigeant du même coup davantage de suivi dans l'application du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et des soins cliniques alors que le contrat PPP prévoit la révision de ces plans aux 5 mois au maximum (délai supérieur à ceux observés) ; ce délai semble beaucoup trop long. Cela pourrait conduire à la détérioration de l'état de santé des résidents sans correctif pendant de longues semaines. De plus, le nombre d'heures d'infirmières exigé au contrat est considéré comme étant minimal, puisqu'il est établi à 30% des heures totales de soins et d'assistance par le personnel tandis que le réseau public pratique un ratio qui est davantage de 35% à 40%. Actuellement, la pratique du secteur prévoit que les plans de soins des personnes hébergées et les actes médicaux soient réalisés en grande partie par des infirmières autorisées. Il y a là des risques que les soins et l'assistance à la personne soient décalés dans le temps avec des délais préjudiciables pour la santé des résidents.
5. Malgré son expérience en gestion de résidences privées pour personnes âgées, le promoteur n'apparaît avoir aucune connaissance éprouvée en gestion des soins de type CHSLD, ce qui constitue un risque sur la qualité des soins comparativement au secteur public qui détient cette expertise. Ce risque vise tant la qualité effective des soins que l'efficacité avec laquelle ils sont rendus (performance).
6. Le secteur public s'est construit une expertise efficace et reconnue en gériatrie et en gérontologie. Le CHSLD PPP va requérir une période d'appropriation de ces connaissances (superviser par l'ASSS) aux dépens de ses résidents-bénéficiaires constitués d'une catégorie de personnes parmi les plus vulnérables de la société ou encore aux dépens de son contrôle des coûts.
7. La LSSS prévoit et « exige » la tenue d'un nombre exhaustif de conseils et de comités au sein des établissements publics. C'est un des mécanismes qui contribuent à assurer une qualité accrue de soins et des services aux résidents en CHSLD. Ce mécanisme complet n'est pas prévu pour le CHSLD PPP où il y aura uniquement le comité multidisciplinaire, le commissaire aux plaintes et le comité des usagers.
8. Selon la lecture faite des clauses prévues au contrat, il n'y a rien qui certifie que les demandes de l'ASSS envers le CHSLD PPP seront assumées et prises en charge (effectuées et payées) par ce dernier dans le cadre des dérogations prévues au contrat.
9. Contrairement à ce qui a été annoncé au sujet du modèle PPP, il n'apparaît pas y avoir suffisamment de marges et de provisions relatives aux risques liés à l'exploitation de ce type de contrat confié au secteur privé. Nous identifions des provisions de construction (0,1 M\$), d'exploitation (5 M\$) et autres (12 M\$) qui ne représentent que 10,8% des frais établis, ce qui est relativement optimiste face aux expériences récentes d'évolution budgétaire du fonctionnement actuel et des projets dans le domaine de la santé. Cela est d'autant plus vrai compte tenu du rehaussement des critères d'encadrement et de l'application des principes de saine gestion.
10. Le mode PPP ne met d'ailleurs pas le gouvernement à l'abri de tous les types de surcoûts et on peut prévoir de longues discussions politiques et des réclamations judiciaires si des coûts imprévisibles surviennent durant une période d'exploitation qui est très longue.

Peu de coûts de supervision, de contrôle et de coordination au sein de l'ASSS sont prévus dans l'analyse comparative de l'Agence des PPP-Québec (APPPQ).



Dans la littérature économique (PPP), la force comparative du secteur privé provient théoriquement de son objectif de maximisation des profits menant à sa capacité de produire plus de valeur avec des coûts inférieurs. Or, cette discipline envers l'efficacité est la conséquence d'une concurrence constante. En l'absence de cette dernière, la littérature est claire sur le fait que l'entreprise en situation de monopole se conduit différemment, cherchant à réduire ses coûts ou à augmenter ses prix au détriment de la clientèle, avec des conséquences sur la qualité des services offerts. Une fois l'adjudication du contrat accordée, c'est exactement dans cette situation que l'opérateur se retrouvera. Le cadre du contrat doit donc compenser l'absence de concurrence par des obligations de résultat ou de moyen. Les critères de quantité et de processus utilisés dans l'actuel cas ne sont pas, quant à nous, suffisants et conduisent à des opportunités de litiges entre l'Agence et l'entreprise ainsi que des zones grises dans les services rendus.

C'est la collectivité qui assumera les risques reliés à la décision de privatiser les soins. Ces risques pour la population sont à titre d'utilisateurs, mais aussi de contribuables. Il est du rôle du ministère de la Santé (MSSS) d'assurer la prestation des soins de qualité quelle que soit la personne qui les réalise. En d'autres mots, cela signifie que le promoteur privé ne se portera pas garant des soins et des services; il y a bien entendu des obligations contractuelles précises en termes de nombre d'heures de service, mais il n'y pas d'obligation de résultats. Cette dernière responsabilité doit rester entre les mains de l'État, mais avec une claire capacité de supervision et de reddition de compte.



FAITS SAILLANTS

Mise en contexte

RÉSUMÉ DU MANDAT

MCE Conseils a été mandaté par le Service des relations du travail de la CSN pour analyser les avantages et les coûts impliqués dans le mode de construction et d'opération du CHSLD Saint-Lambert-sur-le-golf comparativement à un mode conventionnel de construction et de financement. Initialement, plusieurs préoccupations étaient soulevées de la part des mandataires, notamment pour les aspects suivants :

- ▶ Est-ce que le coût de 203 millions \$ (plus indexation) prévu pour la réalisation du projet sera respecté?
- ▶ Est-il possible que le gouvernement souhaite « briser » les pratiques actuelles dans les centres d'hébergement privés de soins de longue durée en ce qui concerne, par exemple, l'organisation du travail entre les différents corps d'emploi?
- ▶ Quel est le cadre de fonctionnement du contrat et ses répercussions en général?
- ▶ Est-ce que le contrat garantit la même qualité de prestation de soins et de services et la même protection des usagers par le biais de la gouvernance d'un mode PPP que dans le secteur public?
- ▶ Est-ce que le contrat de PPP sera mis en application en respect des annonces faites; c'est-à-dire est-ce que l'on pourra opérer cet établissement privé de la même manière qu'un CHSLD public avec la même qualité de soins et de services?
- ▶ Quels sont les mécanismes d'imputabilité du secteur public (représenté ici par l'ASSS Montérégie) prévus au contrat quant au contrôle des soins?

Aspects traités au rapport :

Méthodologie

1. Prendre connaissance des informations (contrat et ses nombreuses annexes, portrait des organisations impliquées, portrait financier des CHSLD-CSSS Champlain, portrait du marché et du secteur de l'emploi et revue de la littérature sur les PPP) dans le but de dresser un portrait de la situation sur l'ensemble de ces éléments;
2. Procéder à des travaux notamment de lecture de recherche, d'inspection, d'analyse, d'enquête, d'entrevue afin de valider les assertions des modèles de propriété et de gestion en cause et du contrat;
3. Analyser les coûts de fonctionnement du CSSS Champlain, pour ensuite comparer le modèle public et le modèle CHSLD PPP et commenter les paramètres de risque. Nous devons convenir ici de la difficulté de l'exercice qui est de comparer des résultats publics effectifs avec des estimations budgétaires quant au mode PPP, puisqu'il n'est actuellement pas en opération;
4. Analyser et simuler, à partir du mécanisme de rémunération au contrat, les coûts de chacun des paramètres (services de soins infirmiers et d'assistance, services professionnels, exploitation-autres éléments, maintien des actifs, médicaments et immobilisations) dans le but d'identifier objectivement les avantages et les inconvénients du modèle PPP;



5. Ajuster les 2 comparateurs (public et privé) selon les constats relevés; ajuster les modélisations budgétaires alternatives (public et privé) en fonction des écarts de fonctionnement identifiés afin de formuler des constats sur des modes qui comprennent la même intensité d'opération, avec des coûts de prestation de soins et d'assistance sur des fonctions comparables;
6. Relever les particularités et présenter les appréhensions face au modèle PPP en général à partir de la littérature et en lien avec le contrat particulier étudié;
7. Identifier les impacts fiscaux (impôts, para-fiscalité et taxes à la consommation) pour l'État et les retombées économiques.

Probité du processus d'appel d'offres

Un processus coûteux et laborieux a été établi quant à l'appel d'offres et à l'établissement du choix de l'entreprise retenue pour réaliser le contrat.

Parmi les préoccupations soulevées par MCE Conseils et les experts dans le domaine des PPP :

- ▶ Il y a eu « deux » soumissions répondant aux critères du processus déposées selon le processus établi;
- ▶ Il y avait un écart considérable (estimé à ± 180 millions \$) sur le montant soumissionné entre le promoteur retenu et le coût de fonctionnement actuel des CHSLD privés-conventionnés; en excluant la contribution des usagers, l'écart est de 82 millions \$. Selon toutes les sources de littérature portant sur les PPP, la prémisse du processus de sélection devrait reposer sur une saine compétition entre les offres des soumissionnaires afin d'obtenir une prestation de soins cliniques et d'assistance adéquate au meilleur prix. Cette saine compétition ne semble pas apparente ici. *À priori, en raison des importants écarts de prix entre les soumissionnaires (voir mode de fonctionnement actuel), est-ce que des coûts supplémentaires sont à prévoir au cours de l'exploitation sur une période de 25 ans? Comment les dépassements sont-ils prévus et résolus dans le contrat entre les parties?*
- ▶ L'entreprise n'a aucune expérience spécifique des soins de longue durée et de la gestion clinique; elle est uniquement expérimentée dans l'hébergement en résidences privées.
- ▶ De par ses préoccupations de rigueur et de transparence, le processus établi essaie de légitimer le contrat de PPP; l'ASSS de la Montérégie fait valoir « que la population aura des services d'aussi bonne qualité ». Qu'en est-il au niveau de la qualité des soins?

Coût du contrat

- ▶ Constat : Le coût du contrat pour l'ASSS ne pourra en toute vraisemblance être maintenu aux 203 M\$ (en dollars constants, soit excluant l'indexation du coût de la vie prévue au contrat) prévus pour la durée de 25 ans selon un budget total de fonctionnement de 301 M\$ (incluant la contribution des usagers). Ce coût moyen annuel, estimé à 8,1 M\$, pourrait être insuffisant, notamment en raison des éléments suivants : le contrat apparaît être fixé à un coût plancher minimal et bien en deçà du marché actuel; il ne prévoit pas des salaires compétitifs alors qu'il y a déjà une pénurie de main-d'œuvre dans la région.
- ▶ Des clauses d'ajustements ont été ajoutées pour tenir compte de « tous les nouveaux coûts » après la fin du processus d'avril 2009, soit en août 2009; cela est particulier dans un contexte où l'annonce du contrat et des rapports émis par les firmes pour confirmer le coût du contrat ont été faits en avril 2009 et que des clauses d'ajustements ont été ajoutées par la suite.



- ▶ La rémunération des soins et des services se fait sur la base de l'approche ISO-SMAF (grille d'évaluation et de cotation des soins à donner aux usagers) reconnue mondialement qui propose une formule évolutive. Certaines études ont permis de recenser que le pointage (valeur-coût d'un service) de cette approche a tendance à augmenter avec la perte d'autonomie qui s'accroît dans le temps et, par conséquent, les coûts se multiplient rapidement compte tenu de la hausse des soins nécessaires. La confirmation de cette hypothèse relevée fréquemment dans la littérature entraînerait inévitablement une pression significative sur l'enveloppe budgétaire prévue. Dans l'éventuel refus de l'ASSS de rehausser les paramètres, le promoteur pourrait recourir à la formule d'arbitrage.
- ▶ Fait particulier, il semblerait que ce soit le personnel du promoteur qui se verra confier l'évaluation clinique de chacun des usagers, menant directement à la détermination de leur rémunération et des coûts de la prestation des soins cliniques. Ainsi, les salariés du soumissionnaire gagnant détermineront les services à rendre, entraînant la concentration d'un pouvoir de décision médicale et économique entre les mêmes mains. Des soins inutiles ou au contraire des pénuries de services pour des objectifs d'économie pourraient ainsi exister. Ce type de risque apparaît plus grand dans le PPP que dans le secteur public où ces considérations n'existent pas.

Organisation du travail

- ▶ Une des particularités du contrat repose sur le ratio infirmière-préposée (PAB); en effet, le contrat prévoit un ratio (minimum) de 1 infirmière (30%) pour 2 préposées (PAB-70%);
- ▶ Les CHSLD du CSSS Champlain avaient en 2009 un ratio de 1 infirmière pour 2 préposées (34%-66%), soit un ratio supérieur de 4 points en pourcentage au minimum du contrat du CHSLD PPP. Les sources à l'origine de ce ratio s'expliquent par une pénurie de main-d'œuvre (infirmière), conjuguée avec la titularisation des postes, dont, par exemple, la création de « petits » postes peu intéressants pour les individus (poste 4/15 jours). Les postes de préposées étant plus faciles à combler.
- ▶ Les travaux actuels de réorganisation du travail dans les établissements publics visent un ratio minimal de 35% d'heures soins (la moyenne étant de 40%) des infirmières auprès des usagers et une utilisation plus adéquate de ces personnes, notamment en réduisant certaines tâches administratives des infirmières (telle la prise d'inventaire), en rehaussant leurs rôles cliniques, et en optimisant l'application du plan d'intervention interdisciplinaire.
- ▶ La mise en place de l'ISO-SMAF conduit habituellement à un transfert des tâches des infirmières vers les PAB selon les plans de soins et de services. Par ailleurs, la clientèle visée, dans le contrat PPP, est décrite comme étant une clientèle nécessitant des soins cliniques évolutifs « exigeants », nécessitant davantage de suivi clinique comme la mise à jour périodique du plan d'intervention disciplinaire, le suivi des prescriptions des médicaments à l'utilisateur, etc. Dans l'éventualité où un ratio ne s'apparente pas à un ratio minimum de 35% d'heures soins, il y a lieu de s'inquiéter de la qualité des soins, puisque le rôle de l'infirmière autorisée dans le suivi et l'application du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) de soins est primordial auprès de chacun des usagers.
- ▶ La logique du contrat indique que l'ASSS et le Groupe Savoie ont misé sur des économies de taux horaires en ayant moins d'heures soins d'infirmières bachelières et davantage d'heures d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires. Cela ne semble pas concorder avec le profil des usagers (clientèle lourde) attendus dans cet établissement et avec les orientations prises dans le réseau de la santé, tel que décrit précédemment. Le partenaire privé a obtenu le contrat puisqu'il a soumissionné le prix le plus bas. Aurait-il été le plus bas soumissionnaire si toutes les entreprises avaient utilisé le même ratio (et la même stratégie de rémunération), ce ratio faisait-il partie des critères et paramètres de l'appel d'offres?



- ▶ Il y aura davantage de prestations de soins à 3,25 heures dans le CHSLD PPP alors que la moyenne est de 3,1 heures en Montérégie. Par contre, les heures soins infirmiers et d'assistance prévues au CHSLD PPP sont estimées à 3,25 heures/usager alors qu'en 2009 le ratio des trois (3) CHSLD du CSSS Champlain était de 3,39 heures/usager. Il y a là des contradictions.

Est-ce que, à clientèle égale, la prestation de soins infirmiers et d'assistance ne devrait-elle pas être comparable?

Les PPP et les constats relevés

- ▶ La littérature¹ sur les PPP évoque plusieurs problématiques, notamment :

Les PPP sont évolutifs au fil du temps; ils s'améliorent peut-être, mais ils ne sont jamais à l'abri de démêlés juridiques.

L'analyse de la rentabilité de la formule PPP retenue par l'État québécois est incomplète; on ne considère pas, entre autres, les impacts fiscaux, la parafiscalité, les retombées économiques et la valeur de l'immeuble pour le comparateur public, alors qu'on considère des impacts fiscaux pour le Projet de référence (CHSLD PPP); l'étude n'est pas conséquente à cet égard.

Le cadre contractuel retenu ne garantit pas à la population que le privé ne pourra pas exiger une contribution supplémentaire si la rentabilité des opérations n'est pas au rendez-vous.

Le modèle CHSLD PPP est difficilement comparable à la structure du CHSLD Champlain avec les trois (3) installations actuelles; il y a nettement moins de comités et de conseils, soit deux (CM et CU) en PPP, en comparaison avec le modèle public, soit sept (CMDP, CII, CIIA, CM, CU, CVQ, CGR, CRH), alors que la loi exige au public qu'il y ait, entre autres, comme « objectif » d'assurer la continuité des soins et la qualité des soins.

Les problématiques pressenties dans le cadre du présent PPP apparaissent fondées à la lumière des informations relevées sur les travaux de recherche et d'analyse à l'endroit des formules PPP tant au Canada qu'ailleurs dans le monde. On peut citer : les questions de désyndicalisation et de diminution des conditions salariales, l'accessibilité aux services de même qualité entre le public et le privé (alors qu'on prévoit offrir plus d'heures soins en PPP), et les hypothèses de risque surévaluées.

La préoccupation, exprimée dans ce document, repose davantage sur l'évolution des coûts d'exploitation qui pourra difficilement se limiter au taux d'inflation. Et ce, compte tenu du secteur dans lequel le PPP évoluera, soit celui des soins à la personne (la disponibilité de la main-d'œuvre et les conditions salariales en sont de bons exemples); il y a fort à parier qu'il y aura rupture de soins continus, compte tenu de la pénurie actuelle de main-d'œuvre et des salaires inférieurs au marché.

Un autre élément de risque se situe au niveau de la durée du contrat soit à très long terme. Ce genre de contrat augmente les probabilités de renégociation avant l'échéance du terme, notamment en ce qui concerne la renégociation de certaines clauses quant à la prestation de soins/services (évolution et ajustements des besoins de services sur une période de 25 ans) assurant ainsi la rentabilité de la société par actions.

L'essence même de la relation (PPP) est contenue dans un contrat d'affaires, entre deux parties, sujet à ajustement et négociation. Cela engendrera des coûts substantiels puisque ce dernier

¹ Voir bibliographie



repose sur des aspects légaux et opérationnels (ajustements de la prestation de soins et d'assistance et des services).

Nos hypothèses d'ajustements à la section « Ajustements des comparateurs » démontrent les possibilités de révision de coûts liés au contrat du PPP; ce rehaussement de coût est de 60 millions \$.

C'est la collectivité qui fera les frais de cette décision de privatiser les soins. Il est du rôle du Ministère d'assurer la prestation des soins de qualité, quelle que soit la personne qui les réalise.