

MÉMOIRE PRÉBUDGÉTAIRE 2026-2027

PÉRENNISER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE PÉDIATRIQUE AU QUÉBEC : LE RÔLE STRATÉGIQUE D'AGM ET DES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Déposé au ministère des Finances et au ministère de la Santé et
des Services sociaux par Clinique AGM



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF	3
LISTE DES RECOMMANDATIONS	5
PRÉSENTATION DE LA CLINIQUE AGM	6
CONTEXTE ET RÔLE UNIQUE D'AGM DANS L'ÉCOSYSTÈME PÉDIATRIQUE	7
L'ÉQUITÉ D'ACCÈS : UN ENJEU DE JUSTICE SOCIALE	9
RÉSULTATS ACTUELS : ACCÈS, LISTES D'ATTENTE, SATISFACTION ET SÉCURITÉ	10
COMPARAISON DE COÛTS ET GAINS POUR L'ÉTAT	12
ENJEUX DE PÉRENNITÉ : FINANCEMENT, INDEXATION, PRÉVISIBILITÉ ET ENVELOPPE DÉDIÉE	14
MAIN-D'ŒUVRE ET RÉTENTION DES SPÉCIALISTES PÉDIATRIQUES	16
SCÉNARIOS CHIFFRÉS : AVEC SOUTIEN STABLE ET SANS SOUTIEN	17
CONSÉQUENCES D'UNE FRAGILISATION D'AGM	19
RECOMMANDATIONS BUDGÉTAIRES ET MÉCANISME DE TRANSITION	22
CONCLUSION	25

SOMMAIRE EXÉCUTIF

La réduction des listes d'attente chirurgicales et l'amélioration durable de l'accès aux soins constituent des priorités clairement affirmées par le gouvernement du Québec. Dans ce contexte, le recours accru aux centres médicaux spécialisés (CMS) comme levier complémentaire aux blocs opératoires hospitaliers s'est imposé comme un outil structurant du rattrapage chirurgical depuis la pandémie¹.

En chirurgie pédiatrique, toutefois, cette orientation repose sur une capacité particulièrement limitée et fragile. La chirurgie chez l'enfant exige un haut niveau de spécialisation clinique, des équipes formées spécifiquement à la pédiatrie, des équipements adaptés ainsi que des protocoles distincts de ceux utilisés pour la clientèle adulte. Les plateaux opératoires doivent répondre à des exigences accrues en matière de sécurité anesthésique, de gestion de la douleur et de l'anxiété, ainsi qu'aux particularités physiologiques propres à l'enfant. Cette spécialisation restreint le nombre de sites capables d'offrir de la chirurgie ambulatoire pédiatrique à volume significatif et limite toute possibilité de redéploiement rapide de la capacité en cas de rupture ou de sous-financement.

La Clinique AGM occupe à cet égard une place unique dans l'écosystème québécois. Elle est présentement le seul centre médical spécialisé entièrement dédié à la chirurgie ambulatoire pédiatrique. AGM assume aujourd'hui une part significative de cette activité au Québec et contribue directement à la réduction des délais d'attente pour des inter-

ventions courantes, tout en libérant des capacités hospitalières pour les cas complexes nécessitant un plateau tertiaire. Sans cette capacité ambulatoire spécialisée, un nombre important d'enfants demeureraient en attente dans des blocs opératoires hospitaliers déjà fortement congestionnés.

Les constats opérationnels disponibles indiquent que les trajectoires réalisées en CMS pédiatrique permettent une prise en charge plus rapide, une organisation des soins optimisée pour l'ambulatorio et une utilisation plus efficace des ressources cliniques. Des analyses préliminaires réalisées par les HEC en 2021 suggèrent également que, pour certaines trajectoires types, le coût global par cas en CMS pédiatrique peut être inférieur à celui d'un parcours équivalent en milieu hospitalier, une fois considéré l'ensemble des coûts directs et indirects². Dans un contexte où le recours à la sous-traitance chirurgicale représente déjà une proportion significative des actes réalisés au Québec³, la stabilisation de la capacité ambulatoire pédiatrique constitue un enjeu d'efficacité et de saine gestion des ressources publiques.

1 Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Plus humain, plus performant : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, Québec, 2022.

2 HEC Montréal — Pôle Santé, Portrait des tendances et des pratiques de la chirurgie ambulatoire au Québec, juin 2021

3 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), Avis sur le projet de règlement sur l'accès aux services chirurgicaux, 1^{er} octobre 2025

Malgré ce rôle stratégique, le cadre de financement actuel de la chirurgie ambulatoire pédiatrique en CMS demeure marqué par une forte instabilité. Les ententes sont généralement de courte durée, peu ou pas indexées, sans enveloppe dédiée, exposées aux arbitrages budgétaires annuels des établissements hospitaliers malgré des contrats octroyés par appels d'offres. Cette instabilité limite la planification des volumes, fragilise la rétention de la main-d'œuvre spécialisée et freine la capacité des CMS pédiatriques à contribuer pleinement et durablement aux objectifs du Plan santé¹.

Ce mémoire soutient que l'enjeu central n'est pas la pertinence clinique ou organisationnelle de la chirurgie ambulatoire pédiatrique en CMS, mais bien l'absence d'un cadre financier structurant et pérenne permettant de sécuriser cette capacité essentielle du réseau. Sans un tel cadre, les cibles nationales en matière d'accès à la chirurgie pédiatrique demeureront difficiles à atteindre et à maintenir à moyen terme.

En conséquence, le mémoire formule une recommandation principale : la mise en place d'un cadre financier prévisible et dédié à la chirurgie ambulatoire réalisée en centres médicaux spécialisés (CMS), administré par Santé Québec, s'appuyant sur des ententes contractuelles conclues avec

le réseau public conformément aux mécanismes prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements d'application et comportant un volet explicitement réservé à la chirurgie ambulatoire pédiatrique. Ce cadre devrait s'appuyer sur des ententes pluriannuelles indexées, des volumes cibles et des mécanismes de préavis permettant une planification responsable des ressources humaines et matérielles.

Autour de cette recommandation centrale, le mémoire décline des propositions complémentaires visant à reconnaître formellement la chirurgie ambulatoire pédiatrique en CMS comme une capacité stratégique du réseau, à structurer la reddition de comptes et à intégrer l'impact réel de cette capacité dans les décisions budgétaires et les outils de suivi ministériels. L'expérience d'AGM, actuellement seul CMS entièrement dédié à la pédiatrie, constitue à cet égard un modèle organisationnel pertinent, susceptible d'inspirer, à terme, d'autres initiatives adaptées aux besoins du réseau.

La sécurisation de la chirurgie ambulatoire pédiatrique en CMS représente ainsi une décision cohérente avec les objectifs gouvernementaux de réduction des listes d'attente, d'équité d'accès pour les enfants et d'optimisation durable des ressources publiques⁴.

⁴ Gouvernement du Québec, communiqué « Pour réduire la liste d'attente en chirurgie, plus de Québécois bénéficieront de chirurgies dans les centres médicaux spécialisés », 25 septembre 2024.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

Mettre en place un cadre financier pérenne pour la chirurgie ambulatoire pédiatrique en CMS

Mettre en place une enveloppe budgétaire dédiée à la chirurgie ambulatoire réalisée en centres médicaux spécialisés (CMS), administrée par Santé Québec, et comportant un volet explicitement réservé à la chirurgie ambulatoire pédiatrique.

Cette enveloppe devrait s'appuyer sur des ententes contractuelles pluriannuelles conclues avec le réseau public, conformément aux mécanismes prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, incluant des volumes cibles, des mécanismes d'indexation et des préavis de modification suffisants pour permettre une planification responsable.

RECOMMANDATION 2

Reconnaître la chirurgie ambulatoire pédiatrique en CMS comme une capacité stratégique du réseau

Reconnaître formellement la chirurgie ambulatoire pédiatrique réalisée en CMS comme une capacité stratégique et complémentaire aux blocs opératoires hospitaliers, à intégrer aux outils de planification et de suivi de Santé Québec.

Cette reconnaissance devrait s'appuyer sur un modèle organisationnel structuré, inspiré de l'expérience d'AGM, actuellement seul CMS entièrement dédié à la pédiatrie, et susceptible d'orienter, à terme, d'autres initiatives adaptées aux besoins du réseau.

RECOMMANDATION 3

Intégrer l'impact des CMS pédiatriques aux décisions budgétaires

Intégrer l'impact des CMS pédiatriques dans les analyses budgétaires et les tableaux de bord ministériels, notamment en ce qui concerne les volumes opérés, les délais d'accès et l'utilisation des capacités hospitalières.

AGM s'engage à documenter ces indicateurs dans le cadre de mécanismes de reddition de comptes structurés, afin d'éclairer les arbitrages budgétaires.

PRÉSENTATION DE LA CLINIQUE AGM

La Clinique AGM est le seul centre médical spécialisé (CMS) au Québec entièrement dédié à la chirurgie ambulatoire pédiatrique sous anesthésie générale. Établie à Ville Mont-Royal et fondée en 1991, elle est détenue et dirigée par deux médecins spécialistes, les docteurs Pierre Fiset et Vincent Collard, anesthésistes.

Les installations, les équipements et les protocoles cliniques d'AGM ont été spécifiquement conçus pour répondre aux exigences propres à la pédiatrie ambulatoire. La clinique s'appuie sur une équipe multidisciplinaire hautement spécialisée, composée notamment d'anesthésistes pédiatriques, de chirurgiens de différentes spécialités, d'infirmières et d'inhalothérapeutes formés à la prise en charge des enfants et de leurs familles.

AGM fonctionne exclusivement dans le cadre du régime public d'assurance maladie. Tous les patients pris en charge sont couverts par la RAMQ. La clinique opère selon des ententes conclues avec le réseau public et agit en complémentarité avec les hôpitaux universitaires pédiatriques, contribuant à augmenter la capacité chirurgicale globale et à réduire les délais d'attente.

Par son volume d'activités, son haut degré de spécialisation et son intégration aux trajectoires de soins pédiatriques, AGM constitue aujourd'hui une infrastructure clinique stratégique pour la chirurgie ambulatoire pédiatrique au Québec.



CONTEXTE ET RÔLE UNIQUE D'AGM DANS L'ÉCOSYSTÈME PÉDIATRIQUE

Depuis la pandémie, le gouvernement du Québec a affirmé sa volonté de recourir davantage aux centres médicaux spécialisés (CMS) afin de réduire les listes d'attente chirurgicales et d'accélérer le rattrapage, en complément des blocs opératoires hospitaliers. Cette orientation s'inscrit dans un contexte de capacité hospitalière sous tension, marqué par la pénurie de main-d'œuvre, la pression sur les lits et un suivi étroit des délais d'accès par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par Santé Québec⁵.

Avant la mise en place des trajectoires ambulatoires pédiatriques à AGM, la majorité des interventions chirurgicales pédiatriques, y compris des actes courants et standardisés, étaient réalisées exclusivement dans les hôpitaux universitaires. Cette situation contribuait à la congestion des blocs opératoires pédiatriques et à l'allongement des délais pour des interventions non urgentes, en mettant en concurrence des clientèles aux besoins très différents.

Dans ce contexte, AGM occupe une place unique : il s'agit du seul centre médical spécialisé au Québec dont l'activité est exclusivement consacrée à la chirurgie ambulatoire pédiatrique. Les installations, l'équipement, les équipes et les protocoles ont été conçus spécifiquement pour répondre aux exigences de la prise en charge pédiatrique, dans un environnement sécuritaire, rassurant et adapté à l'ambulatoire.

AGM réalise chaque année un volume important d'interventions pour des enfants provenant de diverses régions du Québec. En 2025, plus de 12 500 interventions sous anesthésie générale y ont été réalisées, couvrant plusieurs spécialités pédiatriques, dont la dentisterie, l'ORL, la chirurgie générale, l'ophtalmologie, la chirurgie plastique, la gastro-entérologie et l'urologie. Une proportion significative de cette clientèle présente des vulnérabilités cliniques ou psychosociales, ou réside à distance d'un grand centre.

Ces activités sont réalisées dans le cadre d'ententes contractuelles conclues avec le réseau public, conformément aux mécanismes prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. AGM agit ainsi en complémentarité avec les établissements publics, au sein de trajectoires de soins organisées, et constitue une capacité additionnelle intégrée au dispositif québécois de chirurgie pédiatrique.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Données sur l'accès aux services médicaux spécialisés » et tableaux de bord sur les listes d'attente en chirurgie.

Sans cette capacité ambulatoire spécialisée, ces interventions devraient être prises en charge dans des blocs opératoires hospitaliers déjà fortement sollicités, au détriment des cas complexes nécessitant des plateaux tertiaires spécialisés.

À l'instar d'autres provinces canadiennes, le Québec fait face à des pressions importantes sur l'accès à la chirurgie pédiatrique. Toutefois, plusieurs juridictions ont choisi de répondre à cet enjeu par des investissements ciblés et protégés, misant sur des unités autonomes de chirurgie ambulatoire, des enveloppes dédiées et une planification pluriannuelle de la capacité.

En Ontario et en Alberta, des initiatives récentes ont démontré de façon probante que la sécurisation du financement de la chirurgie pédiatrique, qu'elle soit réalisée dans des unités ambulatoires spécialisées ou dans des structures autonomes à l'intérieur ou à l'extérieur des hôpitaux, permet une réduction rapide des listes d'attente et une augmentation durable des volumes. Ces approches reposent sur des principes communs : isoler la capacité ambulatoire, la protéger des arbitrages internes, et l'organiser autour de trajectoires standardisées à haut volume.

Bien que les modèles institutionnels varient, la logique sous-jacente est comparable à celle portée par AGM : sortir les chirurgies pédiatriques ambulatoires des blocs hospitaliers centralisés, les confier à des structures dédiées, agiles et spécialisées, tout en maintenant l'universalité, la gratuité et l'intégration au système public.

Dans ce contexte, le Québec dispose déjà, avec AGM, d'un modèle opérationnel éprouvé de partenariat public-privé en chirurgie ambulatoire pédiatrique. Ne pas sécuriser cette capacité placerait le Québec en décalage par rapport aux pratiques canadiennes émergentes, alors même que les autres provinces accélèrent leurs investissements pour répondre aux mêmes enjeux d'accès.

La comparaison interprovinciale ne vise donc pas à importer un modèle externe, mais à souligner que la solution proposée par AGM s'inscrit dans une tendance lourde, déjà adoptée ailleurs au Canada. Il s'agit maintenant pour le Québec de consolider et de pérenniser cette capacité, plutôt que de la fragiliser.

Les sections suivantes du mémoire documentent plus précisément l'impact de cette capacité sur l'équité d'accès, les délais d'attente, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que sur les coûts et la pérennité du système.



L'ÉQUITÉ D'ACCÈS : UN ENJEU DE JUSTICE SOCIALE

L'équité d'accès aux soins spécialisés constitue une obligation fondamentale du système de santé québécois. Santé Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont la responsabilité d'assurer un accès équitable aux services, indépendamment du lieu de résidence, de la condition socioéconomique ou de la vulnérabilité clinique des patients⁶.

Or, en chirurgie pédiatrique, cette équité est particulièrement fragile. Lorsque la capacité ambulatoire spécialisée est insuffisante ou instable, les enfants des régions éloignées ou des milieux plus vulnérables sont les premiers touchés : délais prolongés, déplacements répétés vers les grands centres, recours accru aux urgences et consultations non nécessaires, ou reports d'interventions pourtant standardisées.

C'est précisément dans ce contexte qu'AGM agit comme un levier concret d'équité. En offrant une capacité ambulatoire pédiatrique spécialisée, organisée et intégrée au réseau public, AGM permet à des enfants provenant de plusieurs régions administratives et de communautés autochtones d'accéder à des interventions chirurgicales dans des délais compatibles avec leurs besoins cliniques sans devoir attendre une place dans un bloc opératoire hospitalier déjà saturé.

Cette capacité a un effet direct sur l'utilisation du réseau. En l'absence d'un accès chirurgical ambulatoire prévisible, les enfants en attente consultent plus fréquemment à l'urgence, multiplient les visites médicales en région et, dans certains cas,

voient leur état se complexifier, entraînant des hospitalisations évitables ou des interventions plus lourdes. Ces trajectoires génèrent des coûts additionnels pour le système et accentuent les inégalités territoriales.

Investir dans AGM, c'est donc non seulement améliorer l'accès à la chirurgie pédiatrique, mais aussi prévenir des usages non nécessaires du réseau hospitalier et des services de première ligne en région. La chirurgie ambulatoire réalisée dans un cadre spécialisé et planifié permet d'éviter des hospitalisations, de réduire la pression sur les urgences et de limiter les déplacements répétés des familles, contribuant ainsi à une allocation plus efficiente et plus équitable des ressources publiques.

Le présent mémoire met en perspective la provenance géographique de la clientèle, les distances parcourues et certains éléments de vulnérabilité socio-économique afin d'éclairer le rôle d'AGM dans la réduction des inégalités d'accès aux soins spécialisés. Cette réflexion s'inscrit en cohérence avec la mission légale de Santé Québec visant à assurer une équité réelle et mesurable de l'accès aux soins à l'échelle du Québec.

⁶ Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment les dispositions relatives à l'accessibilité, à l'équité et à la responsabilité populationnelle du réseau; MSSS, «Données sur l'accès aux services médicaux spécialisés» et tableaux de bord sur les listes d'attente en chirurgie.

RÉSULTATS ACTUELS : ACCÈS, LISTES D'ATTENTE, SATISFACTION ET SÉCURITÉ

Les résultats présentés ci-dessous s'appuient sur les données opérationnelles internes d'AGM, extraites des systèmes cliniques et administratifs de la clinique. La cueillette des données a été effectuée en date du 25 décembre 2025. Certaines données complémentaires sont en cours de consolidation; les chiffres manquants seront transmis et intégrés dès leur validation finale.

VOLUMES RÉALISÉS

Pour l'année 2025, AGM a réalisé plus de 12 500 interventions ambulatoires pédiatriques sous anesthésie générale, réparties notamment comme suit :

1680

Myringotomies
(pose de tubes Trans
tympaniques)

1842

Adéno-
Amygdalectomie

1864

Chirurgies
générales
et urologie
pédiatriques

1592

Autres
interventions
chirurgicales
ambulatoires
pédiatriques

5528

Chirurgies
dentaires
pédiatriques

Ces volumes représentent une part significative de l'activité ambulatoire pédiatrique au Québec.

DÉLAIS D'ATTENTE : COMPARAISON SYNTHÉTIQUE

La contribution d'AGM se mesure surtout par la réduction des délais d'accès pour des interventions standardisées, auparavant réalisées exclusivement en milieu hospitalier.

Tableau — Comparaison des délais d'attente (exemples)

Intervention	Délai moyen avant AGM (milieu hospitalier)	Délai moyen à AGM	Situation actuelle dans les hôpitaux
Myringotomie	> 12 mois (jusqu'à 18 mois)	Quelques jours	< 1 mois
ORL pédiatrique (global)	> 12 mois	Moins d'un mois	3-6 mois pour la majorité des chirurgies tertiaires
Autres chirurgies ambulatoires	> 12 mois	Moins de trois mois pour la majorité des chirurgies ambulatoires	< 9 mois pour chirurgies tertiaires

Depuis le déploiement des trajectoires ambulatoires pédiatriques à AGM, les délais d'attente pour l'ensemble des procédures ambulatoires pédiatriques sont désormais inférieurs à neuf mois au CHU Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME). Dans certaines spécialités, notamment en ORL à l'HME, les listes d'attente ont été complètement résorbées.

Ces résultats constituent un indicateur concret d'amélioration de l'accès, en cohérence avec les cibles suivies par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par Santé Québec.

EFFETS CLINIQUES ET ORGANISATIONNELS

La réduction des délais se traduit par :

- ▶ Des jours d'attente évités pour les enfants ;
- ▶ Une diminution des symptômes persistants ;
- ▶ Une réduction des consultations répétées à l'urgence ;
- ▶ Une baisse du stress et de l'absentéisme pour les familles.

Chaque bloc d'interventions réalisé à AGM correspond à une capacité hospitalière libérée, permettant aux blocs opératoires pédiatriques universitaires de concentrer leurs ressources sur les cas complexes nécessitant un plateau tertiaire.

Les données publiques sur les listes d'attente en chirurgie illustrent l'ampleur du déficit accumulé depuis la pandémie et confirment que le rattrapage nécessite des capacités additionnelles structurées, au-delà des seuls blocs hospitaliers.

QUALITÉ, SÉCURITÉ ET SATISFACTION, ÉLÉMENTS COMPARATIFS

Sur le plan de la qualité et de la sécurité, les indicateurs internes d'AGM démontrent des résultats comparables, voire supérieurs, aux standards observés en milieu hospitalier pédiatrique pour des trajectoires ambulatoires similaires.

Les indicateurs

- ▶ Taux de complications : < 1 %
- ▶ Taux de transferts vers un centre hospitalier : 0,1 %
- ▶ Taux de reprises ou réadmissions : 0,03 %
- ▶ Satisfaction parentale globale : 97 %

Les premiers résultats disponibles indiquent un haut niveau de satisfaction des parents, tant en ce qui concerne la clarté de l'information, l'accueil, l'environnement clinique que la gestion de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Les résultats détaillés des sondages de satisfaction et des indicateurs de qualité sont disponibles.

COMPARAISON DE COÛTS ET GAINS POUR L'ÉTAT

Dans une perspective prébudgétaire, l'analyse de la chirurgie ambulatoire pédiatrique réalisée en centres médicaux spécialisés (CMS) doit porter sur les coûts globaux par trajectoire de soins, et non uniquement sur les tarifs associés aux actes chirurgicaux. Cette approche permet d'évaluer l'efficacité réelle des modèles organisationnels et d'éclairer les décisions d'allocation des ressources publiques.

UN CADRE DÉJÀ DÉVELOPPÉ PAR LE QUÉBEC

Entre 2016 et 2020, le gouvernement du Québec a mené un projet pilote visant l'établissement des coûts par cas en chirurgie, dans le cadre de la mise en œuvre d'approches de financement axées sur le patient. Ce chantier s'est appuyé sur l'expertise de PowerHealth Solutions, une entreprise australienne spécialisée dans le calcul des coûts par patient. En mai 2017, celle-ci s'est vu attribuer un contrat de trois ans pour déployer sa solution PowerPerformance Manager (PPM) dans 31 réseaux de santé et de services sociaux du Québec.

Les travaux réalisés ont démontré que, pour plusieurs trajectoires chirurgicales standardisées, les écarts de coûts sont principalement liés à l'organisation des soins et au type de plateau mobilisé, plutôt qu'à l'acte chirurgical lui-même.

APPLICATION À LA CHIRURGIE AMBULATOIRE PÉDIATRIQUE

Cette logique s'applique directement à la chirurgie ambulatoire pédiatrique. Historiquement, ces interventions étaient réalisées presque exclusivement dans des blocs opératoires hospitaliers tertiaires, conçus pour des cas complexes, avec des coûts structurels élevés.

Une comparaison rigoureuse doit inclure :

- ▶ **En milieu hospitalier** : mobilisation de plateaux tertiaires, occupation de lits, coûts de main-d'œuvre et d'annulations, consultations répétées et passages à l'urgence liés aux délais.
- ▶ **En CMS pédiatrique (AGM)** : trajectoires ambulatoires standardisées, absence d'hébergement, utilisation ciblée des équipes, réduction des aléas logistiques et meilleure prévisibilité des volumes.

Illustration comparative

Indicateur	Trajectoire AGM / CMS	Trajectoire hospitalière
Coût global par cas	1160 \$ excluant les honoraires professionnels des médecins	Nous n'avons pas les montants exacts, mais le meilleur proxy publié est le tarif officiel demandé par un établissement au Québec pour une chirurgie d'un jour est de 4820 \$ avant honoraires professionnels. Source : (https://www.ciusssnordmtl.ca/usagers-et-visiteurs/frais-et-paiements-de-factures/types-de-frais)
Délai moyen d'accès	Moins d'un mois	> 12 mois (historique)
Utilisation de lits	Aucune	Présente
Taux d'annulation	Moins de 5 %	Plus élevé

Les données disponibles convergent : les trajectoires ambulatoires pédiatriques réalisées à AGM permettent de traiter un volume élevé de cas à un coût global inférieur, tout en libérant des ressources hospitalières critiques.

GAINS POUR L'ÉTAT

Les gains associés à l'activité d'AGM incluent :

- ▶ Des coûts hospitaliers évités pour des interventions standardisées;
- ▶ Une meilleure affectation des plateaux tertiaires aux cas complexes;
- ▶ Une réduction de la pression sur les urgences pédiatriques;
- ▶ Une diminution des coûts indirects liés aux délais prolongés.

Les données internes d'AGM indiquent qu'une trajectoire ambulatoire pédiatrique réalisée en CMS représente un coût moyen d'environ 1100 \$ par cas, inférieur au coût global d'un parcours hospitalier comparable lorsque l'ensemble des composantes est pris en compte.

LECTURE PRÉBUDGÉTAIRE

Le Québec a déjà investi pour documenter le coût réel des soins par patient. Les enseignements issus du projet pilote mené avec PowerHealth Solutions montrent que l'efficience repose sur l'adéquation entre la trajectoire clinique et le plateau de soins utilisé.

Dans ce contexte, le financement stable de la chirurgie ambulatoire pédiatrique en CMS comme AGM constitue une optimisation de l'allocation des ressources publiques, cohérente avec les objectifs de performance et de soutenabilité du système de santé québécois

ENJEUX DE PÉRENNITÉ : FINANCEMENT, INDEXATION, PRÉVISIBILITÉ ET ENVELOPPE DÉDIÉE

La principale menace à la pérennité d'AGM, et plus largement des centres médicaux spécialisés (CMS), ne réside pas dans le niveau absolu de financement accordé à la chirurgie ambulatoire pédiatrique, mais dans la structure même des mécanismes de financement actuellement en place.

La principale menace à la pérennité d'AGM, et plus largement des centres médicaux spécialisés (CMS), ne réside pas dans le niveau absolu de financement accordé à la chirurgie ambulatoire pédiatrique, mais dans la structure même des mécanismes de financement actuellement en place.

Les ententes en vigueur sont généralement de courte durée, renégociées fréquemment, établies par établissement et peu ou pas indexées, dans un contexte où les coûts de main-d'œuvre, de fournitures médicales et d'équipements augmentent de façon soutenue. Les volumes achetés varient d'une année à l'autre en fonction des contraintes budgétaires des établissements hospitaliers partenaires, ce qui introduit une instabilité structurelle incompatible avec une planification clinique et organisationnelle responsable.

L'absence d'une enveloppe budgétaire dédiée à la chirurgie ambulatoire en CMS expose en outre la chirurgie pédiatrique à un risque constant de dilution au sein d'autres priorités hospitalières, pourtant légitimes, mais qui ne répondent pas nécessairement aux objectifs spécifiques de rattrapage et de maintien de l'accès en pédiatrie.

À ces contraintes s'ajoute une distorsion fiscale structurelle. Les CMS ne sont pas reconnus comme des établissements de santé au sens fiscal et doivent acquitter la TPS et la TVQ sur leurs achats, investissements, fournitures et équipements, contrairement aux établissements publics qui en sont exemptés. Par ailleurs, comme Revenu Québec considère que les CMS offrent des services directs aux patients, ceux-ci ne peuvent facturer la TPS/TVQ, les privant ainsi de toute possibilité de remise sur les intrants. Les barèmes utilisés dans les appels d'offres ne tiennent pas compte de cette réalité, ce qui place les CMS dans une situation de désavantage financier structurel par rapport au réseau public.

Dans ce contexte, AGM ne peut planifier ses volumes d'activités au-delà d'un horizon de trois ans, ni prendre des engagements raisonnables envers son personnel médical et infirmier, ni investir de manière structurée dans l'amélioration continue de ses processus, de ses installations et de la qualité des soins.

La mise en place d'une enveloppe budgétaire dédiée à la chirurgie ambulatoire réalisée en CMS, comportant un volet distinct pour la chirurgie ambulatoire pédiatrique, permettrait de sécuriser cette capacité essentielle du réseau. Administrée

par Santé Québec, une telle enveloppe pourrait s'appuyer sur des ententes multi établissement, pluriannuelles indexées, liées à des volumes cibles clairement définis et assorties de mécanismes de suivi et de reddition de comptes.

Le constat est clair : sans financement prévisible, indexé et pluriannuel des CMS pédiatriques comme AGM, les cibles nationales en matière d'accès à la chirurgie pédiatrique sont difficilement maintenables à moyen terme, au détriment des enfants, des familles et de la performance globale du système de santé.



MAIN-D'ŒUVRE ET RÉTENTION DES SPÉCIALISTES PÉDIATRIQUES

La pénurie de main-d'œuvre constitue l'un des principaux facteurs limitant la capacité chirurgicale du réseau de la santé. Cette réalité est particulièrement marquée en pédiatrie, où le bassin d'anesthésistes, de chirurgiens et de professionnels infirmiers possédant une expertise spécifique est restreint et difficilement remplaçable.

Dans ce contexte, AGM agit comme un levier net de capacité additionnelle pour le système de santé québécois. La clinique offre un environnement de pratique structuré, prévisible et spécialisé, permettant de mobiliser et de retenir des ressources cliniques hautement qualifiées qui, autrement, ne seraient plus actives dans le réseau.

AGM compte plusieurs anesthésistes pédiatriques travaillant de façon régulière et exclusive à la clinique. Ces professionnels, pour la plupart en fin de carrière active ou en préretraite, ne retourneraient pas exercer en milieu hospitalier si AGM cessait ses activités. Leur contribution représente donc un ajout net de capacité, et non un simple déplacement de ressources à l'intérieur du réseau.

Par ailleurs, environ 40 anesthésistes offrent des services à AGM de façon régulière, de même qu'une quarantaine de chirurgiens provenant principalement des centres hospitaliers universitaires pédiatriques (CHU Sainte-Justine et Hôpital de Montréal pour enfants), ainsi qu'une cinquantaine de dentistes. Cette mobilisation permet de soutenir un volume annuel d'environ 12 500 interventions pédiatriques sous anesthésie générale, soit près de 30 % du volume pédiatrique total au Québec, et environ 1,5 % de l'ensemble des anesthésies réalisées, tous groupes d'âge confondus.

Ces volumes ne pourraient être absorbés à court ou moyen terme par les blocs opératoires hospitaliers. AGM a ainsi créé une capacité chirurgicale additionnelle, en mettant à contribution des ressources médicales précieuses dans un cadre organisationnel complémentaire au réseau public. Ce modèle repose sur une utilisation particulièrement efficace des ressources infirmières et d'inhalothérapie. Un volume élevé d'interventions est réalisé avec un nombre limité de professionnels grâce à l'organisation spécialisée et à la prévisibilité des trajectoires ambulatoires.

Toutefois, cette fonction structurante est directement menacée par l'instabilité du financement. Des ententes de courte durée, non indexées et sujettes à des variations annuelles de volumes créent un environnement perçu comme incertain par les professionnels. Cette incertitude compromet la rétention des ressources et risque d'entraîner une perte définitive de capacité clinique, au détriment des patients pédiatriques.

Dans une perspective prébudgétaire, la reconnaissance et la pérennisation du rôle d'AGM constituent donc un levier concret de gestion de la main-d'œuvre spécialisée, en cohérence avec les objectifs de maintien de l'accès, de rattrapage chirurgical et de performance globale du système de santé.

SCÉNARIOS CHIFFRÉS : AVEC SOUTIEN STABLE ET SANS SOUTIEN

Afin d'éclairer la décision budgétaire, le présent mémoire propose une lecture comparative sur un horizon de trois à cinq ans, en mettant de l'avant un scénario recommandé, aligné avec les objectifs gouvernementaux, et un scénario de risque, correspondant au maintien du cadre actuel.

SCÉNARIO RECOMMANDÉ : SOUTIEN STABLE ET STRUCTURÉ À AGM

Le scénario privilégié repose sur la mise en place d'une entente pluriannuelle indexée, adossée à une enveloppe budgétaire dédiée, comportant des volumes cibles clairement définis pour la chirurgie ambulatoire pédiatrique.

Dans ce scénario, AGM est en mesure de :

- ▶ Planifier ses volumes d'activités sur un horizon prévisible ;
- ▶ Consolider et retenir ses équipes médicales et infirmières spécialisées ;
- ▶ Optimiser et simplifier les trajectoires ambulatoires et réduire durablement les délais d'accès ;
- ▶ Améliorer l'expérience des patients et de leur famille ;
- ▶ Ajuster progressivement sa capacité en fonction des priorités cliniques établies par Santé Québec.

Sur le plan budgétaire, ce cadre permet :

- ▶ Une stabilisation des volumes opérés en CMS pédiatrique ;
- ▶ Une réduction durable de la pression sur les blocs opératoires hospitaliers tertiaires ;
- ▶ Une maîtrise des coûts globaux par trajectoire, en cohérence avec les principes du financement axé sur le patient ;
- ▶ Une meilleure prévisibilité des dépenses pour l'État.

Ce scénario soutient directement l'atteinte et le maintien des cibles nationales en matière d'accès à la chirurgie pédiatrique, tout en optimisant l'utilisation des ressources publiques existantes.



SCÉNARIO DE RISQUE : MAINTIEN DU CADRE ACTUEL

À l'inverse, le maintien du régime actuel, caractérisé par des ententes de courte durée, non indexées, des volumes variables et des ajustements sans préavis, constitue un scénario de risque élevé pour le réseau.

Dans ce scénario :

- ▶ La capacité d'AGM demeure instable et difficilement planifiable;
- ▶ La rétention des équipes spécialisées est fragilisée;
- ▶ Les volumes opérés fluctuent d'une année à l'autre;
- ▶ Une part significative des 12 500 interventions annuelles pourrait devoir être redirigée vers les hôpitaux.

Les conséquences anticipées incluent :

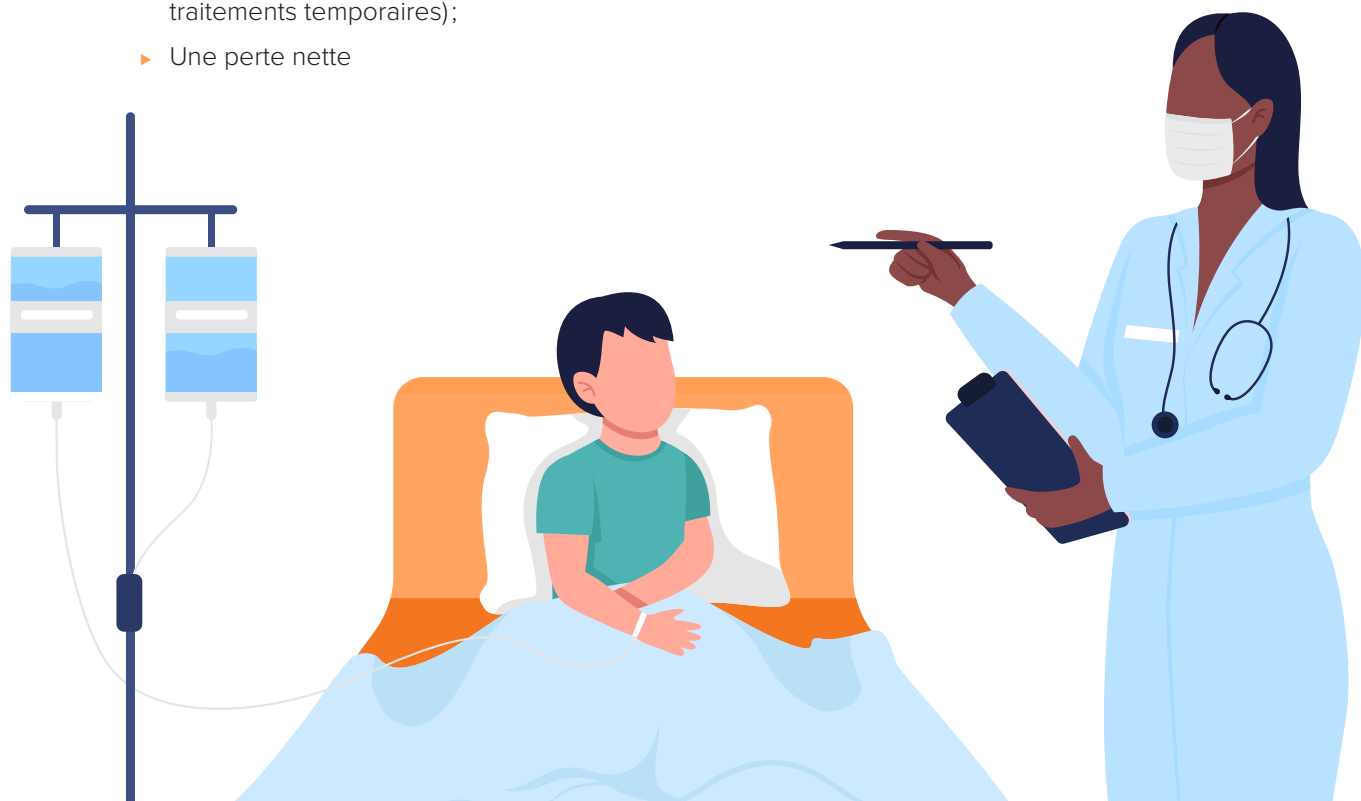
- ▶ Un allongement des délais d'attente pédiatriques;
- ▶ Une pression accrue sur les blocs opératoires hospitaliers déjà saturés;
- ▶ Des coûts additionnels assumés par le réseau public pour compenser la perte de capacité ambulatoire (consultations, médicaments, traitements temporaires);
- ▶ Une perte nette

LECTURE PRÉBUDGÉTAIRE

Le choix à opérer n'est donc pas entre deux options équivalentes, mais entre :

- ▶ Un scénario structurant, permettant de sécuriser une capacité chirurgicale pédiatrique essentielle à coût maîtrisé;
- ▶ Et un scénario de *statu quo*, porteur de risques cliniques, organisationnels et budgétaires.

Les annexes du mémoire proposent une trame détaillée de modélisation des volumes, des délais et des impacts financiers associés au scénario recommandé, à partir des données qu'AGM mettra à la disposition du ministère des Finances et de Santé Québec.



CONSÉQUENCES D'UNE FRAGILISATION D'AGM : AU-DELÀ DES CHIFFRES

La fragilisation d'AGM aurait des conséquences qui dépassent largement les enjeux de volumes ou de coûts. Elle remettrait en cause l'organisation des soins, la cohérence des politiques publiques et la capacité du Québec à maintenir un modèle moderne et performant de chirurgie ambulatoire pédiatrique.

Sur le plan opérationnel, la perte d'environ 12 500 interventions pédiatriques par année se traduirait par un retour de ces cas vers des blocs opératoires hospitaliers déjà saturés. Ce transfert entraînerait inévitablement un allongement des délais pour des interventions courantes, une pression accrue sur les urgences pédiatriques et une concurrence directe entre des cas simples et des cas complexes nécessitant des plateaux tertiaires spécialisés.

Sur le plan organisationnel, un tel recul irait à l'encontre des pratiques reconnues à l'échelle internationale. Les juridictions occidentales convergent vers la relocalisation de la chirurgie ambulatoire hors des hôpitaux, dans des cliniques spécialisées mieux adaptées aux volumes élevés. Le modèle québécois des centres médicaux spécialisés, et particulièrement celui d'AGM, constitue une illustration réussie d'un partenariat public-privé, inspiré de modèles scandinaves, respectant pleinement les principes d'universalité, de gratuité et de sécurité des soins. Revenir en arrière affaiblirait un modèle qui fonctionne.

Sur le plan politique et réputationnel, la fragilisation du seul CMS pédiatrique du Québec exposerait le gouvernement à des risques significatifs : médiatisation d'enfants en attente de chirurgies essentielles, mobilisation des familles et des associations, questionnements publics sur l'équité d'accès entre régions et comparaisons défavorables avec d'autres provinces.

Enfin, sur le plan de la cohérence des politiques publiques, une telle fragilisation contredirait directement les engagements gouvernementaux en matière de réduction des listes d'attente, d'amélioration de l'accès pour les clientèles vulnérables et d'optimisation des ressources existantes.

À l'inverse, pérenniser AGM, c'est consolider une capacité chirurgicale essentielle, alignée avec les meilleures pratiques internationales et les objectifs du système de santé québécois. C'est un choix de cohérence, d'efficacité et de responsabilité envers les enfants et leurs familles.

ANALYSE DU RETOUR SUR INVESTISSEMENT

Dans une perspective budgétaire, l'intérêt d'un financement stable d'AGM ne se mesure pas uniquement en coûts unitaires, mais dans le rendement global pour le système de santé et pour la société. Le retour sur investissement associé à la chirurgie ambulatoire pédiatrique repose sur une combinaison de gains cliniques, organisationnels et socioéconomiques.

GAINS DIRECTS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

AGM réalise des interventions chirurgicales ambulatoires standardisées, à haut volume, dans un environnement spécifiquement conçu pour la pédiatrie. En 2025, la clinique a réalisé 12 500 interventions sous anesthésie générale, à un coût moyen par cas inférieur à celui observé en milieu hospitalier pour des trajectoires comparables.

Il est important de préciser que, s'agissant de chirurgie ambulatoire, le bénéfice ne réside pas dans la libération directe de jours-lits hospitaliers, ces interventions ne nécessitant pas d'hospitalisation, mais dans le fait qu'elles n'entrent pas en concurrence avec les blocs opératoires hospitaliers, permettant à ces derniers de concentrer leurs ressources sur les cas complexes, urgents ou nécessitant des plateaux tertiaires spécialisés.

Chaque intervention réalisée à AGM correspond ainsi à une pression évitée sur le réseau hospitalier, tant en chirurgie qu'en consultations répétées, examens et suivis liés à des délais prolongés.

GAINS CLINIQUES ET ÉVITEMENT DE COÛTS FUTURS

Le rendement de l'investissement se manifeste également par des bénéfices cliniques précoces, qui contribuent à éviter des coûts ultérieurs pour le système. À titre d'exemples :

- ▶ Les myringotomies permettent de réduire les otites répétées, les consultations fréquentes à l'urgence ou en première ligne et les retards d'acquisition du langage ;
- ▶ Les amygdalectomies diminuent les troubles respiratoires nocturnes, améliorent la concentration et réduisent les consultations pour infections récurrentes ;
- ▶ La correction précoce de certains troubles visuels, urologiques ou dentaires contribue à prévenir des complications plus lourdes et plus coûteuses à long terme.

Ces effets, bien que difficiles à quantifier précisément à court terme, sont largement reconnus dans la littérature clinique et constituent un levier important de prévention secondaire.

GAINS SOCIOÉCONOMIQUES ET VALEUR SOCIALE

À ces bénéfices s'ajoutent des gains indirects, mais réels pour la société :

- ▶ Réduction de l'absentéisme parental, les délais étant raccourcis et les épisodes aigus mieux contrôlés ;
- ▶ Diminution du stress familial et des déplacements multiples vers les urgences ou les cliniques spécialisées ;
- ▶ Maintien au Québec d'une expertise spécialisée en pédiatrie, mobilisée dans un cadre stable et organisé.

Le financement d'AGM permet ainsi de transformer un investissement budgétaire en valeur sociale durable, en améliorant simultanément l'accès, la qualité de vie des enfants et l'efficacité du système.

LECTURE GLOBALE DU RENDEMENT

Le retour sur investissement d'AGM doit donc être compris comme un rendement systémique : chaque dollar investi contribue à réduire la pression sur les hôpitaux, à prévenir des complications évitables et à soutenir la participation économique des familles, tout en maintenant une capacité chirurgicale pédiatrique spécialisée indispensable au réseau.

Dans ce contexte, l'enjeu n'est pas de déterminer si le Québec peut se permettre de sécuriser le financement d'AGM, mais plutôt de reconnaître que ne pas le faire engendre des coûts cachés plus élevés à moyen et long terme.



RECOMMANDATIONS BUDGÉTAIRES ET MÉCANISME DE TRANSITION

À la lumière des constats présentés, les recommandations suivantes sont soumises dans le cadre du processus prébudgétaire 2026-2027. Elles visent à sécuriser une capacité chirurgicale pédiatrique essentielle, tout en offrant à l'État des leviers de planification, de prévisibilité et de performance.

RECOMMANDATION 1

Mettre en place une enveloppe budgétaire dédiée aux CMS en chirurgie ambulatoire

Créer une enveloppe budgétaire spécifique, distincte des budgets globaux des centres hospitaliers, dédiée à la chirurgie ambulatoire réalisée en centres médicaux spécialisés (CMS) et administrée par Santé Québec.

Cette enveloppe serait liée à des objectifs clairs de volumes, de délais et d'efficacité, en cohérence avec le Plan santé, et pourrait s'inspirer des principes du financement axé sur le patient déjà appliqués dans certains secteurs.

RECOMMANDATION 2

Sécuriser un volet pédiatrique distinct à l'intérieur de cette enveloppe

Réserver, au sein de l'enveloppe dédiée, un volet spécifique à la chirurgie ambulatoire pédiatrique, en reconnaissant explicitement la nécessité de protéger cette capacité pour une clientèle particulièrement vulnérable. Dans ce cadre, AGM serait reconnu comme centre de référence régional pour la chirurgie pédiatrique ambulatoire, avec des volumes minimaux garantis à convenir sur un horizon ferme de cinq ans.

RECOMMANDATION 3

Conclure des ententes pluriannuelles prévisibles avec AGM

Conclure avec AGM des ententes contractuelles pluriannuelles d'une durée minimale de cinq ans, incluant :

- ▶ Un plancher garanti de volumes et de financement, correspondant à un pourcentage minimal du volume annuel de référence (par exemple, un pourcentage des 12 500 interventions actuellement réalisées), indépendamment des ajustements ponctuels de programmation ;
- ▶ Des mécanismes d'indexation explicites tenant compte de l'évolution des coûts ;
- ▶ Des délais de préavis suffisants (par exemple douze mois) pour toute modification majeure.

Ces ententes doivent permettre une planification réelle de la main-d'œuvre, des investissements cliniques et de l'amélioration continue des processus.

RECOMMANDATION 4

Intégrer pleinement les CMS (AGM) aux outils de pilotage du réseau

Intégrer la capacité ambulatoire pédiatrique réalisée en CMS aux analyses internes de performance et aux tableaux de bord de suivi du Plan Santé¹, notamment en ce qui concerne :

- ▶ Les volumes réalisés ;
- ▶ Les délais d'accès ;
- ▶ L'impact sur les listes d'attente hospitalières ;
- ▶ L'évolution de l'équité d'accès pour les enfants.

MÉCANISME DE TRANSITION PROPOSÉ

Afin de faciliter l'implantation de l'enveloppe dédiée et d'assurer une transition ordonnée, un mécanisme progressif est proposé.

PHASE 1 (2025-2026) — STABILISATION

Garantie

d'un plancher minimal de volumes et de financement, correspondant à un pourcentage prédéterminé du volume annuel actuel d'AGM.



Ajustement des tarifs pour refléter l'évolution des coûts depuis 2023.



Application d'un préavis contractuel de douze mois pour toute modification substantielle.

PHASE 2 (2026-2027) — CONSOLIDATION



Passage à une entente pluriannuelle formelle.



Ajustement progressif des volumes cibles, en fonction des besoins identifiés par Santé Québec.



Intégration complète de la chirurgie ambulatoire pédiatrique en CMS aux outils de suivi ministériels.

PHASE 3 (2027-2028) — DÉPLOIEMENT MAÎTRISÉ



Évaluation, en collaboration avec Santé Québec, de la possibilité d'élargir le modèle à d'autres régions ou trajectoires pédiatriques.



Ajustement des volumes selon la performance observée et les priorités gouvernementales.

CONCLUSION

Le Québec dispose déjà d'un levier concret pour améliorer l'accès à la chirurgie ambulatoire pédiatrique, réduire la pression sur les plateaux tertiaires et soutenir l'équité : la capacité d'AGM, couverte par la RAMQ et réalisée en complémentarité contractuelle avec le réseau public. Toutefois, cette capacité ne peut être maintenue durablement sous un régime d'ententes courtes, non indexées et à volumes variables, qui expose le réseau à un risque opérationnel et budgétaire (perte de capacité, allongement des délais, hausse des recours évitables au système).

Pour l'exercice 2026-2027, l'enjeu n'est pas de créer une nouvelle offre, mais de sécuriser une capacité existante. La mesure la plus efficace consiste à mettre en place une enveloppe dédiée administrée par Santé Québec, incluant un volet pédiatrique protégé, et des ententes pluriannuelles indexées avec plancher garanti.

AGM peut fournir rapidement les données complémentaires requises (volumes détaillés, délais, indicateurs qualité/sécurité, comparatifs de trajectoires et éléments de modélisation) afin d'appuyer l'analyse et les arbitrages du ministère des Finances et de Santé Québec.



