

# Chapitre 1

## Section 1.11

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

# Factures des médecins

Suivi des audits de l'optimisation des ressources,  
section 3.11 du *Rapport annuel 2016*

### APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées				
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre	Ne s'applique plus
Recommandation 1	1		1			
Recommandation 2	3	1	1	1		
Recommandation 3	3		2	1		
Recommandation 4	1	1				
Recommandation 5	3			3		
Recommandation 6	1			1		
Recommandation 7	2			2		
Recommandation 8	2			2		
Recommandation 9	2	2				
Recommandation 10	4		1	3		
Recommandation 11	2		1	1		
Recommandation 12	3	1	1		1	
Recommandation 13	1		1			
Recommandation 14	1	1				
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>48</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

## Conclusion globale

Au 31 août 2018, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) avait entièrement mis en œuvre 21 % des mesures que nous avons recommandées dans notre *Rapport*

*annuel 2016*. Par exemple, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a élaboré des indicateurs clairement définis pour mesurer la qualité des soins pour les patients en soins primaires. Au moment du présent suivi, QSSO avait relevé un total de 199 indicateurs potentiels de soins primaires et en avait classé 23 par ordre de priorité comme indicateurs clés.

Le Ministère a fait des progrès dans la mise en œuvre de 27 % des mesures recommandées. Par exemple, au moment de notre suivi, le Ministère était en train d'évaluer les taux de paiement par capitation pour les organismes de santé familiale et les groupes de santé familiale afin de s'assurer que les honoraires versés pour la gamme de services que les médecins fournissent réellement à leurs patients inscrits sont justifiés.

Il y a eu peu ou pas de progrès dans la tranche restante de 48 %. Par exemple, le Ministère n'a fait aucun progrès pour ce qui est d'obtenir des renseignements exacts sur les pratiques des médecins, notamment sur leurs coûts de fonctionnement et leur marge bénéficiaire pour les services couverts par le régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé).

Le Ministère a indiqué qu'il ne mettrait pas en œuvre la mesure recommandée de recouvrer les paiements excédentaires de 3,2 millions de dollars versés aux médecins pour des tests de mesure du rythme cardiaque qui avaient été facturés de façon inappropriée, car les médecins concernés ont cessé de facturer le Ministère de cette façon-là. Cela a empêché le Ministère de s'adresser à la Commission de révision des paiements effectués aux médecins.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

## Contexte

Les médecins de l'Ontario exercent leurs activités à titre de fournisseurs de services indépendants et facturent leurs services à la province dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé) établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Au 31 mars 2017, l'Ontario comptait environ 30 922 médecins, soit 16 471 spécialistes et 14 451 médecins de famille (2016 : 30 200 médecins, soit 16 100 spécialistes et 14 100 médecins de famille), qui fournissent des

services de santé à plus de 13 millions de résidents. Le coût pour la province pour l'exercice terminé à cette date a été de 11,86 milliards de dollars (2016 : 11,59 milliards).

Dans le cadre de l'Accord de décembre 2012 sur les droits de représentation de l'Ontario Medical Association (l'OMA), les négociations conjointes et le règlement des différends, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a reconnu l'OMA comme étant le seul agent négociateur des médecins. Aux termes de cet accord, le Ministère et l'OMA ont convenu, entre autres choses, de mener des consultations et des négociations de bonne foi sur la rémunération des médecins et les responsabilités connexes.

Le Ministère est chargé d'établir des politiques et des modèles de paiement pour rémunérer équitablement les médecins, tout en veillant à ce que les fonds publics soient dépensés de façon efficace.

Les médecins de l'Ontario peuvent facturer leurs services selon trois grands modèles :

- Modèle de paiement à l'acte (exercice 2016-2017 : 6,52 milliards de dollars [2015-2016 : 6,33 milliards]) : selon ce modèle, le médecin touche des honoraires normalisés pour chaque service fourni. Il facture ses services en utilisant les codes de tarif qui figurent dans le barème des prestations de l'Assurance-santé. Ce modèle est le principal mécanisme de facturation utilisé par les médecins depuis 1972.
- Modèle de paiement par capitation (exercice 2016-2017 : 3,41 milliards de dollars [2015-2016 : 3,38 milliards]) : selon ce modèle, les médecins forment des groupes de pratique (tels que des organismes de santé familiale et des groupes de santé familiale) et sont rémunérés selon le nombre de patients inscrits auprès d'eux, auxquels le groupe offre un éventail de services prédéterminés. Au 31 mars 2017, 9 001 médecins de famille sur 14 451 avaient opté pour l'un des modèles de paiement par capitation.

- Autres plans de paiement (exercice 2016-2017 : 1,93 milliard de dollars [2015-2016 : 1,88 milliard]) et autres contrats conclus avec des hôpitaux et des groupes de médecins pour la prestation de certains services. En plus de la somme de 1,93 milliard de dollars, des paiements à l'acte d'environ 1,3 milliard ont été faits aux médecins participant à d'autres plans de paiement. Cette somme est incluse dans les 6,52 milliards versés dans le cadre du modèle de paiement à l'acte mentionné ci-dessus.

Notre audit a révélé que, durant la période de cinq ans précédant notre audit de 2016, les médecins de l'Ontario étaient parmi les mieux rémunérés au Canada. Si cette situation s'explique en partie par le fait que le ratio de médecins par rapport à la population est le troisième au Canada, il faut également souligner qu'en Ontario, un plus grand nombre de médecins sont rémunérés selon des modèles tels que le modèle de paiement par capitation, qui est plus coûteux que celui de paiement à l'acte. Par exemple, en 2014-2015, les médecins de famille participant aux modèles de paiement par capitation ont reçu des incitatifs de 364 millions de dollars en plus de la somme fixe versée pour chaque patient inscrit, quel que soit le nombre de consultations ou de services réellement fournis.

Parmi les autres observations importantes de notre *Rapport annuel 2016*, mentionnons ce qui suit :

- Les modèles de paiement par capitation utilisés par les médecins de famille ne remplissaient pas les objectifs initiaux et causaient des problèmes de gestion au Ministère.
- Selon l'estimation du Ministère pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, des paiements par capitation de base de l'ordre de 522 millions de dollars ont été versés aux médecins membres des organismes de santé familiale, somme qui n'aurait pas été versée dans le cadre d'un modèle de paiement à l'acte. Cette

situation s'explique en partie par le fait que des sommes ont été versées pour environ 1,78 million de patients que les médecins avaient inscrits, mais ne traitaient pas.

- Selon le système de facturation du Ministère, 40 % des patients inscrits se sont rendus à des cliniques sans rendez-vous ou ont consulté des médecins de famille ne faisant pas partie du groupe auprès duquel ils étaient inscrits. De plus, environ 27 % des patients inscrits avaient des problèmes de santé chroniques et obtenaient régulièrement des services de soins primaires de sources externes, ce qui est contraire aux pratiques exemplaires. Cette situation a donné lieu à des paiements en double cumulatifs de 76,3 millions de dollars pour la période de cinq ans terminée en 2014-2015. Le Ministère n'a pas recouvré ces paiements.
- En 2014-2015, environ 243 000 visites ont été faites aux urgences pour des affections qui auraient pu être traitées dans un établissement de soins primaires. Selon les estimations du Ministère, ces visites ont coûté 62 millions de dollars, dont 33 millions ont été engagés par des patients inscrits auprès d'organismes de santé familiale qui sont rémunérés selon le modèle de paiement par capitation. Le Ministère n'a pas recouvré ce montant auprès des médecins de famille des patients.
- Le Ministère a eu de la difficulté à contrôler les coûts du modèle de paiement à l'acte. Par exemple :
  - Les demandes de paiement à l'acte augmentent annuellement de 3,3 %, malgré l'objectif du Ministère de limiter cette hausse à 1,25 %. Le Ministère n'avait pas réussi à réduire les paiements des services médicalement inutiles.

- Nous avons constaté que les paiements bruts par médecin (avant déduction des frais de cabinet et des frais généraux) présentaient d'importants écarts dans certaines spécialités. Cependant, le Ministère ne disposait pas de renseignements complets sur les pratiques et les marges bénéficiaires des médecins, qui l'auraient aidé à analyser les écarts.
- Le Ministère ne disposait pas d'un mécanisme d'application efficace pour recouvrer les paiements inappropriés auprès des médecins. Son processus de recouvrement des paiements inappropriés était long et exigeant en ressources : il revenait au Ministère de prouver que les médecins, qui facturent selon le principe d'intégrité, sont fautifs, et non aux médecins de prouver qu'ils ont droit aux paiements.
- Le Ministère n'avait pas fait enquête sur de nombreux cas où les factures des médecins dépassaient le nombre standard de jours de travail et le nombre prévu de services. En 2015-2016, par exemple, neuf spécialistes ont soumis des demandes de paiement indiquant que chacun avait fourni des services pendant plus de 360 jours. Le Ministère avait effectué des enquêtes sur certains cas, mais celles-ci n'avaient pas été réalisées dans des délais raisonnables.
- Depuis le début de 2013, le Ministère ne s'employait pas activement à recouvrer les paiements en trop au moyen d'exams proactifs. Il avait recouvré environ 19 700 \$ en 2014 et rien du tout en 2013 et en 2015. Par contre, les sommes recouvrées au cours des années antérieures s'élevaient à plus d'un million de dollars.
- Le Ministère n'assurait plus de suivi auprès des médecins qui avaient présenté des factures inappropriées dans le passé.
- Le Ministère s'était fixé comme objectif d'économiser 43,7 millions de dollars en 2013-2014 en réduisant le nombre de tests

cardiaques préopératoires inutiles, mais les économies réelles se sont chiffrées à seulement 700 000 \$.

Le rapport contenait 14 recommandations préconisant 29 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit. Le Ministère s'était engagé à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

## Comité permanent des comptes publics

Le 29 mars 2017, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu une audience publique sur notre audit de 2016. En février 2018, le Comité a déposé un rapport à l'Assemblée législative à la suite de cette audience. Le Comité a approuvé nos conclusions et recommandations et a formulé six autres recommandations. Le Ministère a fait rapport au Comité en août 2018. Les recommandations du Comité et notre suivi de ses recommandations figurent à la **section 3.05 du chapitre 3** du présent volume de notre *Rapport annuel 2018*.

## État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre le 2 avril 2018 et le 31 août 2018, et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée nous a confirmé par écrit, au 31 octobre 2018, qu'il nous avait fourni une mise à jour complète de l'état des recommandations formulées dans notre *Rapport annuel 2016*.

## Malgré les investissements importants dans les modèles de paiement par capitation, la plupart des objectifs ne sont pas atteints

### Recommandation 1

*Afin d'assurer la rentabilité des modèles de paiement par capitation, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit examiner les paiements par capitation de base et apporter tout ajustement nécessaire pour que les honoraires versés soient justifiés compte tenu de l'éventail de services que les médecins fournissent réellement à leurs patients inscrits.*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2020.**

### Détails

Durant notre audit de 2016, nous avons constaté que les modèles de paiement par capitation coûtaient beaucoup plus cher que le modèle traditionnel de paiement à l'acte. Le Ministère estimait qu'en 2014-2015, un médecin de famille membre d'un organisme de santé familiale gagnait un revenu annuel brut de 420 600 \$, contre 352 300 \$ en moyenne pour un médecin membre d'un groupe de santé familiale. Ces deux salaires moyens étaient considérablement plus élevés que la facturation brute de 237 100 \$ que les médecins auraient touché, en moyenne, selon le modèle traditionnel de paiement à l'acte. Or, les paiements par capitation de base que les médecins reçoivent avant de voir leurs patients inscrits ont initialement été conçus pour être sans incidence sur les coûts, ou sensiblement les mêmes que si les services étaient fournis selon le modèle de paiement à l'acte.

De plus, le Ministère a estimé que, pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, les médecins des organismes de santé familiale ont reçu des paiements par capitation de base d'environ 522 millions de dollars qui n'auraient pas été payés selon le modèle de paiement à l'acte, en partie parce que les médecins ont été rémunérés pour

environ 1,78 million de patients inscrits qui ne les ont pas consultés au cours de l'exercice en question.

Après notre audit de 2016, le Ministère a entrepris une évaluation des taux par capitation de base pour les organismes de santé familiale et les groupes de santé familiale. Celle-ci était toujours en cours au moment de notre suivi. L'évaluation examine notamment les services fournis aux patients en fonction de données démographiques telles que l'âge et le sexe, ainsi que la fréquence à laquelle chacun des services couverts par les modèles de paiement par capitation est fourni aux patients inscrits.

Le Ministère et l'Ontario Medical Association (l'OMA) n'ont pas de contrat depuis le 31 mars 2014, date où la dernière entente a expiré. En mai 2017, les deux parties ont convenu d'une convention-cadre d'arbitrage exécutoire. Le conseil d'arbitrage de trois personnes est composé d'un arbitre choisi conjointement par le Ministère et l'OMA, d'un représentant du Ministère et d'un représentant de l'OMA. La première phase de l'arbitrage a débuté en mai 2018.

En juin 2018, les parties ont convenu de reprendre les négociations en juillet afin de tenter de rétablir la relation et d'explorer la possibilité de parvenir à un règlement accepté de part et d'autre. Les dates en juillet prévues pour l'arbitrage ont plutôt servi à la négociation, et d'autres dates de négociation ont été ajoutées pour août et septembre. En octobre, les parties sont revenues au processus d'arbitrage; des audiences sont prévues pour décembre. La deuxième phase de l'arbitrage suivra.

Le Ministère a indiqué que tout rajustement des paiements par capitation de base exigerait une collaboration avec l'OMA dans le cadre du processus de négociation ou d'arbitrage, qui devrait être terminé d'ici mars 2020. L'évolution des négociations est difficile à prévoir, et les délais pour tout retour à l'arbitrage sont laissés à la discrétion du conseil d'arbitrage. La date cible du Ministère prévue pour mars 2020 représente donc une estimation.

## Recommandation 2

*Afin de s'assurer que les patients reçoivent des soins de meilleure qualité qui sont rentables, et que les modèles de paiement par capitation auxquels participent les médecins de famille atteignent ses buts et objectifs, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit :*

- *définir clairement des indicateurs pour mesurer la « qualité des soins » aux patients inscrits;*

**État : Entièrement mise en oeuvre.**

### Détails

Durant notre audit de 2016, nous avons constaté que, même si l'un de ses objectifs était d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients des médecins de famille, le Ministère n'avait pas clairement défini ce terme pour les modèles de paiement par capitation, et il n'avait fixé aucune cible pour mesurer la qualité.

À la fin de 2015, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a lancé le rapport sur les soins primaires sur son site Web. Au moment du présent suivi, dans le cadre du projet Cadre de mesure du rendement des soins primaires, QSSO avait désigné un total de 199 indicateurs potentiels de soins primaires et priorisé 23 autres indicateurs clés, dont :

- le pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont discuté des médicaments qui leur sont prescrits avec leur fournisseur de soins primaires;
- le pourcentage de patients qui voient leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant leur sortie de l'hôpital, pour certaines affections;
- le pourcentage du nombre total de consultations pour des soins primaires où le patient voit le médecin auprès duquel il est inscrit ou virtuellement inscrit;
- le pourcentage de patients diabétiques qui ont subi au moins deux analyses de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au cours des 12 mois précédents.

De plus, les médecins de famille peuvent maintenant s'inscrire pour recevoir les rapports MyPractice de QSSO, qui fournissent des renseignements confidentiels sur leur propre cabinet par rapport à leurs pairs à l'échelle de la province. Les rapports comprennent des indicateurs dans les domaines de la prescription d'opioïdes, du dépistage du cancer, de la gestion du diabète et de l'utilisation des services de santé par leurs patients (par exemple, les visites aux services des urgences, les réadmissions à l'hôpital et les visites à leur propre médecin). En juin 2018, plus de 2 700 médecins de famille s'étaient inscrits pour recevoir les rapports MyPractice.

- *établir des cibles que les modèles de paiement par capitation devraient atteindre au cours d'une période donnée;*

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Comme il est mentionné précédemment, au moment de notre audit de 2016, le Ministère n'avait pas établi de cibles pour mesurer la qualité des soins prodigués aux patients des médecins de famille. En 2015, le Ministère a préparé un rapport sur le rendement qui regroupe des statistiques et des paramètres de rendement pour chaque modèle de paiement par capitation. Le rapport ne portait que sur l'exercice 2014-2015 et ne comprenait pas de points de référence ni de normes par rapport auxquels les paramètres établis pouvaient être mesurés. L'analyse comparative par rapport à des normes de rendement (ou par rapport aux réalisations de systèmes à rendement élevé) permet d'établir des objectifs de rendement et de quantifier le potentiel d'amélioration.

Au cours de notre suivi, le Ministère a indiqué que, pour établir des objectifs pour les modèles de paiement par capitation, il devrait collaborer avec l'OMA dans le cadre d'un exercice de négociation ou d'arbitrage dont il est question dans la **recommandation 1**. Nous avons toutefois constaté qu'en se préparant à l'arbitrage, le Ministère avait

fait peu de progrès dans la détermination des objectifs à atteindre et des délais à respecter.

- *recueillir et rendre publiques des données pertinentes et fiables afin de surveiller et d'évaluer périodiquement le rendement par rapport aux cibles.*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2020.**

### Détails

QSSO publie sur son site Web 10 des 23 indicateurs clés des soins primaires. Les indicateurs portent sur l'accès aux soins primaires, la prévention et la détection des maladies, et la coordination du système de santé. Les données sont stratifiées selon, par exemple, l'âge, le sexe, le revenu, le niveau de scolarité et le milieu urbain ou rural. Les 10 indicateurs présentés sur le site Web de QSSO sont comparés entre les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de la province et selon l'année. Les 13 autres indicateurs ne font pas l'objet d'un rapport public en raison de l'absence d'une source de données cohérente ou de l'inadéquation des rapports publics. Toutefois, bon nombre de ces indicateurs sont déclarés au niveau des cabinets de médecins.

Ni le Ministère ni QSSO n'avaient fixé d'objectifs de rendement pour les dix indicateurs de soins primaires publiés. Le Ministère et QSSO comparent plutôt ces indicateurs aux données disponibles provenant d'autres administrations et utilisent une analyse d'une année à l'autre pour surveiller toute grande tendance. Encore une fois, le Ministère a indiqué que l'établissement de cibles pour les modèles de paiement par capitation nécessiterait une collaboration avec l'OMA par la négociation ou l'arbitrage, qui devrait être terminé d'ici mars 2020.

### Recommandation 3

*Afin de s'assurer que les patients ayant besoin de soins ont accès à leur médecin de famille en temps opportun et de réduire la pression sur les services d'urgence, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- *définir clairement le nombre minimal d'heures normales (y compris les exigences en matière de disponibilité le soir et la fin de semaine) dans chaque contrat de paiement par capitation;*  
**État : peu ou pas de progrès.**

### Détails

Il était ressorti de notre audit de 2016 que les paiements par capitation de base avaient été fixés selon l'hypothèse que les heures normales de bureau des médecins ayant opté pour ce modèle seraient suffisamment longues pour que leurs patients puissent obtenir des soins non urgents sans avoir à se rendre aux services d'urgence. Selon le contrat des organismes de santé familiale, les médecins membres doivent s'assurer qu'un nombre suffisant de médecins sont disponibles pour répondre aux besoins des patients inscrits durant des heures raisonnables et normales, du lundi au vendredi (sauf les jours de congé reconnu), pendant une période suffisante et commode. Les termes « raisonnables et normales » et « suffisante et commode » n'étaient toutefois pas définis dans le contrat. Les contrats fondés sur le modèle de paiement par capitation ne précisaient pas non plus le nombre minimal de services qu'un médecin ou un groupe de médecins devait fournir sur une période donnée.

En réponse à notre suivi, le Ministère a indiqué qu'il faudrait modifier les contrats afin de mieux définir les « heures normales », et qu'il devrait donc collaborer avec l'OMA dans le cadre d'un exercice de négociation ou d'arbitrage mentionné dans la **recommandation 1**. Nous avons constaté qu'en se préparant à l'arbitrage, le Ministère avait fait peu de progrès dans la définition du nombre minimal d'heures normales (y compris le soir et la fin de semaine) dans chaque contrat de paiement par capitation.

- *assurer une surveillance périodique et déterminer si les médecins participant aux modèles de paiement par capitation respectent*

les exigences en matière de disponibilité pendant et après les heures normales;

- prévoir des conséquences pour ne pas avoir respecté les exigences du contrat, telles que l'imposition d'une pénalité administrative ou d'une amende.

**État : En voie de mise en œuvre d'ici mars 2020.**

### Détails

Notre audit de 2016 indique que de nombreux médecins de famille ayant opté pour le modèle de paiement par capitation ne travaillent pas le nombre d'heures requises le soir et les fins de semaine. Nous avons constaté qu'en 2014-2015, 60 % des organismes de santé familiale et 36 % des groupes de santé familiale ne satisfaisaient pas aux exigences en matière de disponibilité après les heures normales de travail, mais que le Ministère n'avait pris aucune mesure à leur égard. Les contrats de paiement par capitation ne prévoient pas de sanctions pécuniaires en cas de non-respect des exigences en matière de disponibilité après les heures normales, même si la non-disponibilité du médecin de famille peut amener les patients à se rendre aux services d'urgence ou dans des cliniques sans rendez-vous, ce qui entraîne le financement en double de services déjà payés et couverts par les paiements par capitation de base.

Depuis notre audit de 2016, le Ministère a achevé les travaux préliminaires visant à améliorer le cadre de responsabilité des médecins qui ont choisi un autre plan de paiement, comme un organisme de santé familiale ou un groupe de santé familiale. Cette analyse porte notamment sur un système proposé de gestion du rendement qui permettrait, entre autres, de vérifier si les médecins participant aux modèles d'inscription satisfont à toutes les exigences en matière de disponibilité pendant et après les heures normales, et qui pourrait inclure des sanctions pécuniaires en cas de non-conformité.

Au moment de notre suivi, le Ministère a indiqué que, pour surveiller les heures de travail des médecins participant aux modèles de paiement

par capitation et prendre des mesures en cas de non-respect des exigences, il devrait collaborer avec l'OMA dans le cadre d'un exercice de négociation ou d'arbitrage, qui devrait se terminer d'ici mars 2020.

### Recommandation 4

*Pour assurer la continuité des soins primaires, comme le prévoit l'un des objectifs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, celui-ci doit examiner diverses options, comme l'échange obligatoire des dossiers des patients entre médecins, afin de mieux coordonner les soins aux patients qui obtiennent régulièrement des soins auprès de plus d'un médecin de soins primaires, et d'apporter des changements dans le but ultime de donner la priorité aux patients.*

**État : entièrement mise en œuvre.**

### Détails

Dans notre audit de 2016, nous avons constaté qu'en faisant signer aux patients un formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille, le Ministère pensait s'assurer que les patients s'adresseraient systématiquement à ce médecin pour obtenir des soins primaires. Cependant, le système de facturation du Ministère indiquait qu'en 2015, 40 % des patients inscrits s'étaient rendus à des cliniques sans rendez-vous ou avaient consulté des médecins de famille n'appartenant pas au groupe auprès duquel ils étaient inscrits. Qui plus est, le Ministère n'exigeait pas que les cliniques transmettent les dossiers des patients aux cabinets de leurs médecins de famille. Ce manque d'intégration entre les cliniques et les cabinets nuisait à la continuité des soins et pouvait entraîner la prestation en double de services tels que les tests diagnostiques.

Au moment de notre suivi, le Ministère avait autorisé l'accès à deux visualiseurs cliniques de la province, soit ConnectingOntario et ClinicalConnect, pour plus de 100 des 857 groupes de pratique de soins primaires et 800 des 2 739 médecins de soins primaires exerçant seuls dans la province. Ces visualiseurs cliniques sont

des portails Web qui permettent aux médecins d'accéder en temps réel aux dossiers de santé numériques des patients. Ces dossiers comprennent des renseignements tels que les médicaments délivrés, les résultats des tests de laboratoire, les visites à l'hôpital, les services de soins à domicile et en milieu communautaire, les soins de santé mentale, les rapports d'imagerie diagnostique et l'information provenant des programmes de lutte contre le cancer.

Le Ministère collabore avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour élargir l'accès aux visualiseurs cliniques provinciaux, son objectif étant d'atteindre un taux d'accès de 80 % des fournisseurs de soins primaires d'ici mars 2022. Les spécifications de connectivité ont déjà été établies.

Un projet pilote qui a été lancé en janvier 2016 est également en cours et permet aux médecins de soins primaires d'échanger des données grâce aux visualiseurs cliniques. Quatre cliniques y participent. Le projet pilote vise notamment à simplifier l'utilisation et à recueillir les leçons apprises avant qu'une stratégie puisse être élaborée à l'échelle de la province. Le Ministère s'attend à proposer une approche provinciale d'ici mars 2019.

### Recommandation 5

*Afin de réduire au minimum le nombre de visites effectuées aux services d'urgence pour obtenir des soins non urgents qui pourraient être fournis dans un établissement de soins primaires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- *déterminer si les services après les heures normales qui sont offerts par les médecins contractuels sont suffisants pour que leurs patients inscrits puissent obtenir des soins non urgents;*
- *mieux informer les patients quant à l'endroit où ils peuvent se rendre pour obtenir des soins non urgents lorsque leur médecin de famille n'est pas disponible;*

- *examiner les pratiques exemplaires d'autres pays, notamment celles facilitant l'accès aux soins après les heures normales dans la collectivité.*

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Dans notre audit de 2016, nous avons constaté qu'en 2014-2015, environ 243 000 visites avaient été faites aux urgences pour des affections qui auraient pu être traitées dans un établissement de soins primaires. Selon les estimations du Ministère, ces visites ont coûté 62 millions de dollars, dont 33 millions ont été engagés par des patients inscrits auprès d'organismes de santé familiale. Nous avons remarqué que, selon l'enquête du Ministère pour la période allant de septembre 2014 à octobre 2015, 42 % des Ontariens (le même pourcentage qu'en 2013) avaient indiqué que leur dernière visite aux services d'urgence était attribuable à une affection qui aurait pu être traitée par leur médecin de premier recours si celui-ci avait été disponible.

Notre suivi a révélé que le Ministère avait fait peu de progrès dans la mise en oeuvre des trois mesures. Depuis notre audit de 2016, le Ministère n'a pas évalué si les services offerts en dehors des heures normales par les médecins contractuels sont suffisants pour que leurs patients inscrits obtiennent des soins non urgents, et il n'a pas tenu compte des pratiques exemplaires d'autres administrations en ce qui concerne l'accès aux soins en dehors des heures normales. Bien que l'éducation des patients (sur l'endroit le plus approprié où obtenir des soins non urgents lorsque leur médecin de famille n'est pas disponible) ne nécessite pas de négociations avec l'OMA, le Ministère a indiqué qu'il consulterait l'OMA au sujet des documents de sensibilisation des patients. Le Ministère n'avait pas d'échéancier prévu pour cette consultation.

Le Ministère a de nouveau indiqué que tout changement proposé pour la première et la troisième mesures nécessiterait de collaborer avec l'OMA dans le cadre d'un exercice de

négociation ou d'arbitrage dont il est question à la **recommandation 1**.

## Les paiements aux médecins varient considérablement

### Recommandation 6

*Afin de mieux comprendre la disparité importante de la rémunération des médecins au sein d'une même spécialité et entre les spécialités, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit obtenir de l'information exacte sur les pratiques des médecins, y compris leur coût d'exploitation et leur marge de profit liée à la prestation des services assurés par l'Assurance-santé.*

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Lors de notre audit de 2016, nous avons remarqué qu'il existait, au sein d'une même spécialité, d'importants écarts entre la rémunération brute médiane et la rémunération brute du 90<sup>e</sup> centile. Nous avons constaté que, dans les cinq spécialités affichant les écarts les plus importants en 2014-2015, les écarts allaient d'environ 460 400 \$ à 713 000 \$. Nous avons également constaté que les paiements moyens versés aux médecins différaient considérablement selon la spécialité médicale et étaient attribuables aux différences dans la nature du travail et le mode de rémunération. Cependant, le Ministère ne disposait pas de renseignements complets sur les pratiques et les marges bénéficiaires des médecins, qui l'auraient aidé à analyser les écarts.

Après notre audit de 2016, le Ministère a fait peu de progrès dans l'obtention de renseignements complets et exacts sur les pratiques des médecins, notamment sur leurs coûts d'exploitation et leur marge bénéficiaire dans la prestation des services de l'Assurance-santé, qui lui permettraient de mieux comprendre les écarts importants dans la rémunération des médecins. Le Ministère a de nouveau indiqué, à la suite de cette recommandation, qu'il devrait collaborer avec

l'OMA dans le cadre d'un exercice de négociation ou d'arbitrage comme il est mentionné dans la **recommandation 1**. Toutefois, le Ministère avait fait peu de travail pour déterminer les renseignements financiers pertinents et la façon de les obtenir auprès des cabinets de médecins.

## La mise en oeuvre des modèles de paiement par capitation comporte des lacunes

### Recommandation 7

*Pour que la prime d'accès versée en vue d'encourager les médecins de famille appartenant aux modèles de paiement par capitation ait l'effet voulu, et pour éviter qu'elle entraîne le paiement en double de certains services médicaux, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- *mettre en oeuvre les recommandations découlant de son examen de principe de la prime d'accès afin de sensibiliser les médecins ciblés, d'améliorer les rapports transmis aux médecins pour qu'ils comprennent mieux l'utilisation par leurs patients des services à l'externe, et de sensibiliser les patients à l'engagement qu'ils prennent lorsqu'ils s'inscrivent auprès de leur médecin de famille;*
- *restructurer la prime de façon à éviter le paiement en double de services.*

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Dans notre audit de 2016, nous avons mentionné que, dans certains cas où un patient consulte un médecin autre que celui auprès duquel il est inscrit, le Ministère paie en double des services déjà couverts par les paiements par capitation de base : une première fois lors du paiement par capitation versé au médecin de famille participant au modèle, puis à nouveau lors du paiement à l'acte versé à l'autre médecin (par exemple, le médecin de la clinique sans rendez-vous). Il en a résulté des paiements en double totalisant 76,3 millions

de dollars au cours des cinq années précédant l'exercice 2014-2015.

Le groupe de travail du Ministère sur la prime d'accès a formulé un certain nombre de recommandations en mai 2014. Cependant, en raison des négociations en cours du Ministère avec l'OMA, aucune des recommandations du rapport n'avait été mise en oeuvre au moment de la tenue de notre audit.

Depuis notre audit de 2016, le Ministère a fait peu de progrès dans la mise en oeuvre de cette recommandation. Il n'a pas mis en oeuvre les recommandations découlant de son examen de la politique sur la prime d'accès de mai 2014 ni remanié la prime de manière à éviter les paiements en double. Le Ministère a réitéré que la modification de la prime d'accès nécessiterait de collaborer avec l'OMA dans le cadre d'un exercice de négociation ou d'arbitrage comme il est mentionné dans la **recommandation 1**.

### Recommandation 8

*Pour que les modèles de paiement par capitation soient plus rentables et que les paiements par capitation, les primes et les incitatifs servent aux fins prévues, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- verser des paiements par capitation, des primes et des incitatifs seulement s'il est justifié de le faire, preuves à l'appui;
- recenser périodiquement le nombre de patients qui ne consultent pas le médecin de famille auprès duquel ils sont inscrits, et déterminer s'il est raisonnable de continuer de verser aux médecins le plein montant des paiements par capitation de base pour ces patients.

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Lors de notre audit de 2016, nous avons constaté, en janvier 2014, que le Ministère avait payé 40 millions de dollars à titre de modificateur de

paiement provisoire aux médecins participant aux modèles de paiement par capitation qui avaient inscrit des patients ayant de grands besoins. De cette somme, 17,4 millions de dollars avaient été versés à environ 3 400 médecins participant aux modèles de paiement par capitation, qui étaient rémunérés selon la formule des paiements à l'acte bonifiés. Ces médecins recevaient donc déjà une rémunération pour le traitement de patients ayant de grands besoins, et ils n'auraient pas dû recevoir cette somme. Toutefois, même si le paiement de 17,4 millions de dollars n'était pas justifié, le Ministère a accepté de le maintenir après ses négociations avec l'OMA en 2012.

Notre audit a également révélé qu'en 2014-2015, 1,78 (33 %) des 5,4 millions de patients inscrits auprès d'un organisme de santé familiale n'avaient pas consulté leurs médecins. Nous avons alors estimé que ces médecins avaient néanmoins reçu un total de 243 millions de dollars simplement pour avoir inscrit ces patients.

Nous discutons de l'évaluation des taux par capitation de base que le Ministère a entreprise à la suite de notre audit de 2016, et qui était en cours au moment de notre suivi, dans la recommandation 1. Depuis notre audit, le Ministère a fait peu de progrès dans la mise en oeuvre de la recommandation de payer des primes et des incitatifs uniquement lorsqu'il dispose de preuves démontrant que ces paiements atteignent l'objectif visé. Il n'a pas non plus fait de progrès dans la mise en oeuvre de la recommandation de recenser périodiquement le nombre de patients qui ne consultent pas le médecin de famille auprès duquel ils sont inscrits, et de déterminer s'il est raisonnable de continuer de verser aux médecins le plein montant des paiements par capitation de base pour ces patients. Au moment de notre suivi, le Ministère a indiqué que le rajustement des paiements par capitation de base, des primes et des incitatifs continuait d'être assujéti au cadre de négociation ou d'arbitrage avec l'OMA, car les modifications apportées à ces paiements obligerait le Ministère à collaborer avec l'OMA en suivant ce processus.

## Faible surveillance des paiements à l'acte faits aux médecins

### Recommandation 9

*Afin de s'assurer que les dépenses en soins de santé servent seulement à régler des procédures qui sont médicalement nécessaires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec les professionnels de la santé compétents pour :*

- *établir, pour chaque spécialité, des normes et des lignes directrices fondées sur des données probantes afin de s'assurer que tous les tests et procédures administrés sont médicalement nécessaires;*

**État : Entièrement mise en oeuvre.**

### Détails

Au moment de notre audit de 2016, nous avons remarqué que le Ministère avait déterminé que plus de 500 médecins avaient facturé chacun plus d'un million de dollars à l'Assurance-santé en 2014-2015, et qu'il en avait sélectionné 12 qui feraient l'objet d'une analyse plus poussée. Le Ministère soupçonnait que certaines de ces factures pouvaient être injustifiées, par exemple parce que des services médicalement inutiles avaient été fournis, que les services facturés n'avaient pas été fournis, ou que la norme de soins n'avait pas été respectée. Par ailleurs, notre examen des données de 2015-2016 indique que les tendances en matière de facturation d'au moins 648 spécialistes comportaient des anomalies par comparaison avec la fourchette prévue de jours facturés et de services, par catégorie de spécialité.

En septembre 2017, QSSO a créé le Comité des normes de qualité de l'Ontario, qui représente un sous-comité du conseil d'administration de QSSO dont la gouvernance consiste à superviser le Programme des normes de qualité (le Programme). Ce Programme établit des normes de qualité pour les cliniciens, les organismes et le système de santé en tenant compte des meilleures données probantes accessibles et par consensus des membres d'un

comité consultatif d'experts. Le Ministère et QSSO ont collaboré pour prioriser les normes de qualité à élaborer, en mettant l'accent sur les domaines où les soins cliniques présentent des variations importantes et injustifiées.

Au moment de notre suivi, le Programme avait finalisé 14 normes de qualité et les avait publiées sur le site Web de QSSO. Les 14 normes portent sur un certain nombre de domaines, dont la démence, la délivrance d'opiacés sur ordonnance et la dépendance à leur égard, les fractures de la hanche et la naissance vaginale après une césarienne. Onze autres normes sont en cours d'élaboration, comme celles concernant les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le glaucome, les douleurs lombaires et l'insuffisance cardiaque.

Chaque norme comprend des énoncés de qualité qui informent les professionnels et les organismes de santé des soins à fournir à quelles étapes. Les normes comprennent également des indicateurs de qualité pour aider les professionnels et les organismes de santé à améliorer les soins, ainsi que des recommandations sur les modalités d'adoption des normes.

- *mieux sensibiliser les patients aux procédures courantes qui ne sont pas fondées sur des données probantes.*

**État : Entièrement mise en oeuvre.**

### Détails

Chaque norme de qualité élaborée par le Programme comprend un guide à l'intention des patients qui vise à orienter les patients, les familles et les soignants à reconnaître les soins de grande qualité et à poser des questions éclairées aux professionnels de la santé. Les guides à l'intention des patients ont été élaborés avec la participation de patients et de soignants qui ont de l'expérience dans le domaine concerné. On encourage les cliniciens et les organismes de soins de santé à informer leurs patients que les guides sont accessibles sur le site Web de QSSO, afin que les patients puissent poser à leurs fournisseurs de

soins de santé des questions éclairées sur les soins qui leur sont offerts. Les guides sont également mis à la disposition des groupes de patients concernés afin qu'ils puissent les transmettre à l'ensemble de leurs communautés de patients.

S'il y a lieu, les guides mettent les patients en garde contre les interventions qui ne sont pas fondées sur des données probantes. Par exemple, l'ébauche du guide sur l'arthrose stipule que l'arthroscopie ne doit pas être utilisée pour traiter l'arthrose du genou, car elle ne modifie pas la progression de la maladie ni n'améliore la qualité de vie des patients.

### Recommandation 10

*Afin de renforcer le processus de surveillance des paiements à l'acte faits aux médecins et de veiller à ce que les fonds publics soient entièrement recouverts en cas de facturation inappropriée, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- *évaluer les coûts et les avantages liés à la modification du processus d'examen de la facturation à l'acte et rétablir la fonction d'inspecteur pour surveiller les pratiques de facturation des médecins;*

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Dans notre rapport de 2016, nous avons constaté qu'en 2005, le Ministère avait radicalement modifié sa façon d'auditer les paiements versés aux médecins. Ce changement a été apporté en réponse à un rapport demandé par le gouvernement en 2004. Avant 2005, le Ministère embauchait, par l'entremise du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, des inspecteurs auditeurs qui pouvaient examiner sur place les dossiers médicaux, interviewer les médecins et faire des observations sur leurs pratiques. Depuis, le Ministère confie le processus d'audit à des conseillers médicaux plutôt qu'à des inspecteurs. Les conseillers ne peuvent qu'examiner les dossiers

médicaux hors site, après avoir reçu des copies des dossiers des médecins. Nous avons constaté que la Colombie-Britannique et l'Alberta effectuent des inspections sur place dans le cadre de leurs audits des factures des médecins.

Depuis notre audit de 2016, le Ministère n'a pas évalué les coûts ni les avantages de modifier le processus d'examen de la facturation à l'acte ou de rétablir une fonction d'inspecteur. Le Ministère a indiqué que la mise en oeuvre de tout changement apporté au processus d'examen de la facturation exigerait des modifications de la *Loi sur l'assurance-santé*.

- *surveiller la facturation de façon efficace et s'assurer que les médecins corrigent leurs pratiques erronées en temps opportun;*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2020.**

### Détails

Durant notre audit de 2016, nous avons constaté que le Ministère s'efforçait de former les médecins aux bonnes pratiques de facturation et leur enjoignait de corriger leurs factures à venir. Nous nous attendions donc à ce qu'un processus de surveillance continue soit mis en place pour veiller à ce que les médecins aux pratiques de facturation problématiques changent leur façon de faire. Nous avons toutefois constaté que le Ministère ne faisait pas de suivi auprès de tous ces médecins.

Nous avons signalé en 2016 que, depuis le début de 2013, le Ministère ne s'employait pas activement à recouvrer les paiements en trop au moyen d'examens proactifs. Il avait recouvré environ 19 700 \$ en 2014 et rien du tout en 2013 et 2015. Par contre, les sommes recouvrées au cours des années antérieures s'élevaient à plus d'un million de dollars.

Après notre audit, le Ministère a engagé huit employés à temps plein pour effectuer plus d'examens des factures inappropriées potentielles et plus de suivis auprès des médecins aux factures problématiques, ainsi que pour régler un plus grand nombre de cas avec les médecins qui remboursent

volontairement les paiements excédentaires au Ministère.

Entre 2016 et le moment de notre suivi, le Ministère a recouvré ou était en voie de recouvrer un montant de 819 950 \$ auprès de quatre médecins à la suite des examens proactifs. Il s'agit d'une augmentation importante par rapport aux 19 700 \$ recouverts de 2013 à 2015, mais elle demeure bien inférieure au montant de 1 837 000 \$ recouvré auprès de 184 médecins en 2012 seulement.

Les examens réactifs et les recouvrements fondés sur les plaintes reçues ont considérablement augmenté depuis notre audit. De 2016-2017 à 2017-2018, le Ministère a effectué 338 examens réactifs et a recouvré ou était en voie de recouvrer un montant de 2 436 500 \$ auprès de 57 médecins. Il s'agit d'une amélioration par rapport aux 260 examens réactifs effectués entre 2014-2015 et 2015-2016, qui ont permis de recouvrer 501 400 \$ auprès de 19 médecins.

Le Ministère s'est doté d'un logiciel qui lui permet de surveiller et de repérer plus efficacement les paiements indus et d'interagir avec les médecins visés.

Le Ministère a l'intention d'informer le gouvernement et de prévoir d'autres mesures pour surveiller efficacement les factures et s'assurer que les médecins corrigent leurs factures inappropriées en temps opportun d'ici mars 2020.

- *établir un mécanisme efficace de recouvrement des paiements en trop faits aux médecins, sur confirmation d'une pratique de facturation inappropriée;*

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Il est ressorti de notre audit de 2016 que le processus de recouvrement du Ministère en lien avec les factures inappropriées des médecins était inefficace, long et exigeant en ressources. En effet, il revient au Ministère de prouver que les médecins ont soumis des factures qui ne respectent pas les

dispositions de la *Loi sur les services de santé*. À moins qu'un médecin n'accepte de rembourser volontairement des paiements inappropriés, il est très difficile de recouvrer ces paiements. La loi actuelle interdit au Ministère d'ordonner à un médecin de rembourser un trop-payé ou de demander le remboursement de réclamations facturées en violation des dispositions de la *Loi sur les services de santé*, à moins d'avoir obtenu une ordonnance de la Commission de révision des paiements effectués aux médecins. Nous avons également relevé de nombreux cas où le Ministère disposait de preuves confirmant que certaines factures n'étaient pas adéquates, mais il n'a pas déployé les efforts nécessaires pour recouvrer les paiements excédentaires auprès des médecins.

Au moment de notre suivi, le Ministère suivait toujours le même processus. Il a expliqué que tout changement apporté au processus de recouvrement nécessiterait des modifications de la *Loi sur l'assurance-santé*.

- *simplifier le processus d'examen et de sensibilisation relatif à la facturation des services de médecin.*

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Comme il est mentionné précédemment, au moment de notre suivi, le Ministère mettait à l'essai un nouveau logiciel afin de surveiller et de repérer plus efficacement les paiements inappropriés et d'interagir avec les médecins visés. En juin 2018, le Ministère a indiqué que la mise en œuvre du logiciel n'était pas terminée. D'autres investissements s'imposent pour pouvoir exploiter entièrement cet outil. Une fois mis en œuvre, le logiciel améliorera la surveillance et l'analyse des données nécessaires pour relever et suivre les paiements inappropriés et interagir avec les médecins visés.

Depuis notre audit de 2016, le Ministère a réalisé peu de progrès afin de simplifier le processus d'examen et d'éducation en place portant sur la question de la facturation des

médecins. Il a expliqué que tout changement au processus d'examen et d'éducation nécessiterait des modifications législatives à la *Loi sur l'assurance-santé*.

## Le Ministère éprouve de la difficulté à gérer les services de soins de santé facturés selon le modèle de paiement à l'acte

### Recommandation 11

*Afin de veiller à ce que les tarifs du barème des prestations tiennent compte des pratiques actuelles en médecine et des besoins du système de soins de santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- rétablir le Comité de paiement des services médicaux, pour effectuer des examens périodiques des honoraires des médecins et fournir des conseils sur la révision des tarifs, fondés sur des données probantes;

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2020.**

### Détails

Dans notre audit de 2016, nous avons constaté, le 31 décembre 2015, que les plus récentes données disponibles du Ministère indiquaient que l'utilisation des services rémunérés à l'acte augmentait annuellement de 3,3 %, ce qui était supérieur au taux de croissance annuel des dépenses de 1,25 %. En raison de ses difficultés à limiter les coûts associés au modèle de paiement à l'acte, le Ministère a procédé en 2015 à une réduction générale des paiements aux médecins. Ces réductions générales ne reposaient sur aucune donnée probante et, dans certains cas, elles ont eu une incidence disproportionnée sur les médecins au revenu plus faible.

En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le Ministère est tenu de créer un comité chargé de faire des recommandations opportunes et appropriées pour modifier le barème des honoraires et autres programmes de paiement de manière à tenir compte des pratiques actuelles en médecine

et à répondre aux besoins du système de soins de santé. Ce comité a également pour tâche d'assurer un meilleur équilibre relatif des honoraires compte tenu de l'innovation, de l'accès, de l'intégration et de la compétitivité. Au moment de notre dernier audit, nous avons constaté que ce comité, appelé Comité de paiement des services médicaux, était inactif depuis le 31 mars 2014, date d'expiration de la dernière entente entre le Ministère et l'OMA.

Depuis notre audit, le Ministère n'a pas été en mesure de rétablir ce comité, car il est toujours en négociation ou en arbitrage avec l'OMA. Le Ministère a reconnu qu'il serait avantageux qu'un comité bilatéral composé de représentants du Ministère et de l'OMA formule des recommandations sur les modifications à apporter au barème des honoraires et à d'autres programmes de paiement, et il a indiqué que le mandat d'un tel comité dépendrait du résultat de l'exercice de négociation ou d'arbitrage décrit dans la **recommandation 1**.

- évaluer l'incidence des progrès technologiques sur la durée des traitements, en vue de l'ajustement éventuel des codes d'acte.

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Notre audit de 2016 indique que lorsque les progrès technologiques permettent aux médecins de fournir leurs services plus facilement et plus rapidement, le volume de services augmente. Par exemple, en 2006, la chirurgie de la cataracte prenait environ une heure et coûtait 516 \$. Au moment de notre audit, les progrès technologiques avaient grandement facilité cette chirurgie et réduit le temps requis à une quinzaine de minutes. Les honoraires ont donc été ramenés à 442 \$ en septembre 2011, par suite d'un examen du Comité de paiement des services médicaux.

En réponse à notre suivi, le Ministère nous a informés que l'ajustement des codes de rémunération à l'acte nécessiterait la collaboration de l'OMA dans le cadre d'un exercice de négociation

ou d'arbitrage décrit dans la **recommandation 1**. Le Ministère n'avait pas évalué les répercussions des progrès technologiques sur les délais de traitement au moment de notre suivi.

## Le Ministère a récemment pris des mesures face à la hausse considérable du nombre de services d'échocardiographie facturés

### Recommandation 12

*Afin de renforcer la surveillance de l'utilisation des services d'échographie cardiaque, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit travailler avec l'Ontario Association of Cardiologists et le Réseau ontarien de soins cardiaques pour :*

- *évaluer l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie qui a été mis sur pied par le Réseau ontarien de soins cardiaques pour prévenir l'utilisation inappropriée des services d'échographie cardiaque;*  
**État : En voie de mise en œuvre d'ici décembre 2019.**

### Détails

Lors de notre audit de 2016, l'Ontario Association of Cardiologists avait soulevé des préoccupations concernant la pertinence de certains services d'échocardiographie (tests d'échographie cardiaque). Nous avons remarqué que le Ministère n'était pas en mesure de déterminer si les installations respectaient les normes, et qu'il ne serait pas en mesure de le faire avant que le nouveau programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie géré par le Réseau ontarien de soins cardiaques soit jugé utile pour assurer la surveillance des installations où les services sont offerts.

Le 22 juin 2017, le Réseau ontarien de soins cardiaques et le Réseau ontarien de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux ont fusionné

pour devenir CorHealth. À l'automne 2016, avant la fusion, le Réseau ontarien de soins cardiaques avait commencé à effectuer des évaluations de la qualité des installations d'échocardiographie inscrites. CorHealth prévoit terminer les visites sur place d'ici le 31 mars 2019. Le barème des prestations des services médicaux exige que les cliniques soient approuvées ou qu'elles déploient les efforts nécessaires en vue d'obtenir leur approbation dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie avant que l'Assurance-santé de l'Ontario puisse les rembourser pour ces services. Au moment de notre suivi, 1 061 cliniques avaient été approuvées ou étaient en voie de l'être. De ce nombre, 175 avaient reçu un certificat attestant le respect des normes, 571 visaient l'obtention d'un certificat, et les 295 autres n'étaient pas fonctionnelles.

Le taux de croissance des services d'échocardiographie est passé d'une moyenne annuelle de 4,52 % entre 2012-2013 et 2015-2016 à 1,67 % de 2015-2016 à 2016-2017. Le Ministère continue de surveiller l'incidence du programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie sur le volume de services. Il prévoit terminer son évaluation de la mesure dans laquelle le programme aide à prévenir les services inappropriés d'échocardiographie en décembre 2019. Les responsables du programme auront donc neuf mois après la fin des visites sur place en mars 2019 pour visiter les cliniques afin de corriger les lacunes éventuelles.

- *contrôler l'utilisation des services d'échographie cardiaque dans les installations, telles que les laboratoires exploités par des personnes autres que des médecins, et prendre des mesures correctives en cas d'anomalies;*  
**État : Entièrement mise en œuvre.**

### Détails

Au moment de notre audit de 2016, l'Ontario Association of Cardiologists avait remis en question la décision du Ministère de payer le même montant

pour les services d'échographie cardiaque, que la procédure soit administrée par un médecin sur place ou sous la télésurveillance d'un médecin. L'Ontario Association of Cardiologists était préoccupée par le fait que cette décision avait fait gonfler les bénéfices des laboratoires commerciaux. Toutefois, en 2016, le Ministère ne disposait pas d'informations complètes qui lui auraient permis de vérifier cette allégation. En effet, il ne savait pas combien de laboratoires existaient à l'époque, ni lesquels étaient exploités par des médecins par opposition à des sociétés commerciales.

Comme il est mentionné plus haut, le barème des prestations des services médicaux exige que les cliniques soient approuvées ou qu'elles déploient les efforts nécessaires en vue d'obtenir leur approbation dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie avant que l'Assurance-santé de l'Ontario puisse les rembourser pour ces services (échographie cardiaque). Dans le cadre de l'entente de financement, CorHealth rend compte tous les six mois de l'état d'avancement et des résultats du programme. Le réseau CorHealth fournit également au Ministère des mises à jour deux fois par mois sur l'approbation des cliniques auprès du programme, et il signale les cliniques qui suscitent des préoccupations importantes. Le Ministère a indiqué qu'au moins sept cliniques avaient réduit la portée de leurs services dans le cadre du processus d'approbation et que 10 cliniques avaient volontairement décidé de ne pas offrir de services d'échographie cardiaque.

- *recouvrer les paiements en trop de 3,2 millions de dollars faits aux médecins par suite de la facturation inappropriée de tests de mesure du rythme cardiaque.*

**État : Ne sera pas mise en oeuvre. Le Bureau de la vérificatrice générale est d'avis que le Ministère devrait envisager tous les autres moyens de recouvrer l'argent.**

### Détails

Lors de notre audit de 2016, nous avons constaté, en octobre 2014, que le Ministère avait pris connaissance de demandes de paiement à l'acte visant deux tests de mesure du rythme cardiaque facturés de façon inappropriée et réglés. Le Ministère a déterminé qu'environ 70 médecins avaient reçu des paiements en trop d'au moins 3,2 millions de dollars entre avril 2012 et mai 2015. Toutefois, au moment de notre audit, le Ministère ne prévoyait pas recouvrer directement les 3,2 millions de dollars qu'il avait versés en double. Il a indiqué que la *Loi sur l'assurance-santé* ne l'autorisait pas à recouvrer directement ces 3,2 millions de dollars. À la demande du Ministère, le fournisseur a cessé de facturer de cette façon et, en vertu de la *Loi sur les services de santé*, le Ministère ne peut, renvoyer la question à la Commission de révision des paiements effectués aux médecins.

Le Ministère nous a informés que la loi relative au processus de recouvrement des paiements inadéquats est toujours en vigueur. Le Ministère examine actuellement la loi concernant le recouvrement des réclamations inappropriées. De plus, l'examen de suivi effectué par le Ministère à la suite de notre audit n'a révélé aucune preuve que les médecins savaient que leurs demandes de remboursement étaient inappropriées, et ils ont cessé de présenter des demandes de remboursement de cette manière. De plus, il n'a pas été en mesure de trouver des données probantes pour confirmer que les médecins savaient ou auraient dû savoir que les demandes étaient inappropriées, et il ne pouvait donc renvoyer les réclamations à la Commission de révision des paiements effectués aux médecins (la Commission) pour recouvrement.

## Les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle sont en hausse

### Recommandation 13

*Afin de limiter la hausse des coûts de l'assurance responsabilité professionnelle, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit examiner, en collaboration avec l'Association canadienne de protection médicale et l'Ontario Medical Association, les recommandations du rapport du consultant tiers dès son dépôt au début de 2017, et prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire le fardeau des coûts pour les contribuables.*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2019.**

### Détails

Dans notre audit de 2016, nous avons mentionné que les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins en Ontario avaient augmenté de façon marquée et qu'ils continuaient d'augmenter. Cette importante hausse de coûts avait été assumée par le Ministère et les contribuables. Notre rapport suggérait également que le Ministère, l'OMA et l'Association canadienne de protection médicale fassent un examen conjoint du contexte juridique entourant la hausse des fautes professionnelles médicales.

En mars 2016, le Ministère a confié à un consultant tiers le mandat d'effectuer un examen de la question et de formuler des recommandations sur les moyens de réduire les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle, d'accroître l'efficacité du système de justice civile en ce qui a trait à la responsabilité médicale, et de s'assurer que les patients-plaignants dans les affaires de faute professionnelle reçoivent une indemnisation appropriée dans un délai raisonnable. L'expert-conseil a demandé que la présentation de son rapport soit reportée, et il l'a terminé en décembre 2017, soit près d'un an après la date d'échéance initiale de janvier 2017. Le rapport contient 40 recommandations, notamment :

- Déterminer si un système sans égard à la faute est une solution envisageable dans les affaires de responsabilité médicale.
- S'inspirer de l'expérience des hôpitaux américains qui ont enregistré des diminutions spectaculaires du nombre d'erreurs médicales.
- Consacrer davantage de moyens aux initiatives de gestion des risques et au partage de données.

En raison de la diffusion tardive du rapport, au moment de notre suivi, le Ministère était en train d'examiner les recommandations et d'élaborer un plan de mise en oeuvre approprié. Il prévoit informer le gouvernement au sujet du plan de mise en oeuvre d'ici mars 2019.

### Recommandation 14

*Afin d'éviter de se retrouver en situation de conflit d'intérêts lorsqu'il enquête sur les pratiques de facturation des médecins, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec l'Association canadienne de protection médicale et l'Ontario Medical Association afin de s'assurer que les fonds publics ne servent pas à rembourser aux médecins les frais d'adhésion à verser à l'Association canadienne de protection médicale au titre des honoraires d'avocats que celle-ci engage pour aider les médecins à justifier leurs pratiques de facturation.*

**État : Entièrement mise en oeuvre.**

### Détails

Dans notre audit de 2016, nous avons fait la constatation suivante : dans certains cas, lorsque le Ministère examine la facturation des médecins et les prie de fournir les dossiers médicaux à l'appui de leurs demandes de paiement, ceux-ci peuvent demander à l'Association canadienne de protection médicale de les aider à justifier leurs pratiques de facturation et, dans les cas plus graves, de leur fournir un soutien juridique. Étant donné que la majeure partie des coûts de l'assurance responsabilité professionnelle est assumée par

le Ministère, nous estimions que cette pratique pouvait donner lieu à un conflit d'intérêts, car la perspective d'avoir à régler une partie des frais juridiques des médecins pourrait dissuader le Ministère d'enquêter.

Le 18 mai 2018, le Ministère a demandé à l'Association canadienne de protection médicale de confirmer par écrit que la subvention du Ministère exclut les montants associés à la défense des différends relatifs aux honoraires entre un médecin et le gouvernement ou aux affaires criminelles mettant en cause un médecin. En juillet 2018, l'Association canadienne de protection médicale a répondu au Ministère en indiquant

que la facturation et les infractions criminelles représentent un faible pourcentage du total des coûts de protection en matière de responsabilité médicale et que le montant du financement que l'Association canadienne de protection médicale consacre annuellement au sujet de la facturation et des infractions criminelles est considérablement inférieur à la part non remboursée des cotisations des médecins en Ontario. D'après la réponse reçue de l'Association canadienne de protection médicale, le risque que le Ministère se trouve dans une situation de conflit d'intérêts semble faible. Par conséquent, aucune autre mesure ne s'impose.