

# Établissements de santé autonomes

## Contexte

Les établissements de santé autonomes (ESA), situés dans les collectivités de l'Ontario, offrent sans frais certains services de santé aux patients assurés au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) financé par le gouvernement provincial. Quelque 800 établissements offrent principalement des services de diagnostic (radiographie, échographie et polysomnographie) et environ 25 offrent des services de chirurgie (ex. chirurgie de la cataracte et chirurgie plastique) ou de dialyse. Les patients ont généralement besoin d'un formulaire d'aiguillage signé par leur médecin pour bénéficier des services et les résultats des examens, le cas échéant, sont transmis au médecin. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (la Loi), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est responsable de la délivrance des permis, du financement et de la coordination des évaluations d'assurance de la qualité des services fournis dans ces établissements.

Les établissements, qui sont majoritairement des sociétés à but lucratif (moins de 3 % sont des organismes sans but lucratif), appartiennent à des propriétaires exploitants indépendants. D'après les estimations du Ministère, environ la moitié des établissements appartiennent en propriété

exclusive à des médecins ou sont contrôlés par des médecins, dont beaucoup sont des radiologistes qui interprètent, par exemple, les radiographies et les échographies. Le Ministère verse aux propriétaires des « frais d'établissement » – c.-à-d. un montant pour chaque type de service fourni ou un montant établi par contrat – pour les frais généraux comme le loyer, la dotation, les fournitures et l'équipement.

En 2010-2011, le Ministère a versé 408 millions de dollars en frais d'établissement. Le montant total des frais d'établissement payés a augmenté d'environ 4 % par année entre 2006-2007 et 2010-2011, principalement à cause du volume accru de services fournis (les frais payés aux établissements pour chaque type de service sont demeurés relativement stables). La Figure 1 présente le montant total des frais d'établissement versés par type de service.

En outre, le Ministère verse aux médecins – souvent des radiologistes – qui travaillent dans ces établissements des honoraires uniformisés pour chaque service fourni appelés « honoraires professionnels ». Le Ministère ne fait pas le suivi du montant total des honoraires professionnels versés aux médecins pour les services particuliers qu'ils fournissent dans des établissements de santé autonomes.

Le Ministère a confié par contrat à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre), l'organisme de surveillance professionnelle des médecins de l'Ontario, le mandat de contrôler la

**Figure 1 : Total des frais d'établissement payés par type de service, 2006-2007 à 2010-2011**  
(en millions de dollars)

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
<b>Services de diagnostic</b>					
Échographie	129,9	138,0	150,7	166,2	173,0
Radiologie (incluant rayons X)	116,1	114,6	110,7	113,6	111,0
Médecine nucléaire <sup>1</sup>	39,5	41,6	44,0	42,5	40,8
Polysomnographie	29,3	32,8	36,5	39,1	39,6
IRM et tomodensitographie	5,7	5,7	8,4	8,9	10,0
Épreuves fonctionnelles pulmonaires <sup>2</sup>	2,1	2,0	2,1	2,3	2,4
<b>Total partiel</b>	<b>322,6</b>	<b>334,7</b>	<b>352,4</b>	<b>372,6</b>	<b>376,8</b>
<b>Services chirurgicaux et thérapeutiques</b>					
Dialyse	9,9	9,8	10,2	11,0	15,2
Avortement	6,4	6,2	6,5	7,0	7,1
Ophthalmologie	6,4	6,5	6,4	6,4	6,4
Chirurgie plastique	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
Chirurgie vasculaire <sup>3</sup>	0,9	0,7	0,7	0,8	0,8
Chirurgie au laser <sup>4</sup>	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4
<b>Total partiel</b>	<b>25,0</b>	<b>24,5</b>	<b>25,2</b>	<b>26,7</b>	<b>31,0</b>
<b>Total</b>	<b>347,6</b>	<b>359,2</b>	<b>377,6</b>	<b>399,3</b>	<b>407,8</b>

1. Tests réalisés au moyen de matériel radioactif (ex. on administre une petite quantité de matériel radioactif à un patient puis, grâce à des techniques d'imagerie, on suit son cheminement dans le corps pour analyser le flux sanguin dans le cœur ou les poumons).

2. Test permettant de mesurer la fonction ventilatoire des poumons.

3. Chirurgie effectuée sur des patients ayant des problèmes liés aux artères ou aux veines.

4. Chirurgie effectuée au moyen d'un rayon laser pour couper des tissus ou enlever une anomalie ou une lésion en surface.

qualité des services fournis dans les établissements détenteurs d'un permis au titre de la Loi. De plus, il inspecte les établissements dotés de matériel de radiographie, y compris les ESA, en vertu de la *Loi sur la protection contre les rayons X*.

## Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à déterminer si le Ministère a mis en place des systèmes et des processus lui permettant de s'assurer que les ESA fournissent aux Ontariens les services assurés en temps opportun et de façon rentable, conformément aux exigences de la loi. La haute direction du Ministère a examiné et

accepté les objectifs de la vérification et les critères connexes.

Nos travaux de vérification ont été exécutés principalement dans les bureaux du Programme des établissements de santé autonomes (le Programme) du Ministère à Kingston. Nous avons également obtenu des renseignements auprès du Service d'inspection des installations radiologiques du Ministère, dont les bureaux sont à Toronto. Dans notre vérification, nous avons examiné les documents pertinents, analysé l'information, interviewé le personnel compétent du Ministère et passé en revue les recherches pertinentes de l'Ontario et d'autres administrations. Nous avons aussi réalisé une enquête auprès des ESA afin de déterminer si certains services y étaient offerts. Nous nous sommes entretenus avec des représentants de l'Ordre et de la Commission canadienne de sûreté

nucléaire en ce qui concerne l'exploitation des ESA en Ontario. De plus, nous avons discuté avec les membres de la haute direction afin d'obtenir des renseignements à propos d'établissements similaires dans d'autres administrations canadiennes.

Nous n'avons pas fait appel à l'équipe du service de vérification interne du Ministère pour réduire l'étendue de nos travaux, car elle n'a pas récemment effectué de travaux de vérification dans les ESA.

## Résumé

Lors de notre dernière vérification en 2004, nous avons constaté que le Ministère avait généralement mis en place des procédures adéquates pour s'assurer que les ESA se conformaient à la législation et aux politiques ministérielles, mais avons relevé un nombre de secteurs où il devait intervenir, notamment la détermination des niveaux de service nécessaires pour répondre aux besoins des patients, le caractère raisonnable des montants versés en frais généraux aux établissements, les temps d'attente pour l'obtention des services, et les services communautaires à soumettre à un processus d'assurance de la qualité. Depuis notre vérification de 2004, le Ministère a pris des mesures pour améliorer la surveillance des services offerts dans les ESA. Par exemple, il a pris des dispositions auprès de l'Ordre pour que celui-ci évalue plus souvent les établissements où des problèmes ont été recensés; il a aussi modifié la *Loi de 1991 sur les médecins* pour permettre à l'Ordre d'effectuer des inspections de la qualité des services offerts dans les cliniques communautaires qui font des anesthésies (ex. pour des chirurgies plastiques ou des coloscopies) mais qui ne sont pas visées par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*.

Les préoccupations que nous avons soulevées en 2004 dans plusieurs autres secteurs persistent néanmoins. Par exemple, les données du Ministère indiquent que dans environ la moitié des

municipalités de l'Ontario, certains services de diagnostic aux patients (dont les radiologies, les échographies et les examens fonctionnels respiratoires) restent insuffisants. De plus, même s'il n'a pas augmenté les montants versés aux établissements pour les frais généraux depuis 2006 (en fait, il a réduit ces montants de 2,5 % au printemps 2012), le Ministère n'a pas mené d'étude pour déterminer les frais généraux actuels réels liés à la prestation des services. Ces coûts peuvent avoir changé considérablement, car une nouvelle technologie permettant des examens beaucoup plus rapides entraîne souvent une réduction des frais généraux et des dépenses de dotation.

Il est particulièrement important de s'assurer de l'accessibilité des services et du caractère raisonnable des frais d'établissement, puisque le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé 2012 précise qu'un certain nombre d'actes médicaux moins complexes pourraient être exécutés dans des cliniques communautaires, comme des ESA, plutôt que dans les hôpitaux. Nous avons également observé ce qui suit :

- Chaque établissement reçoit le même montant pour chaque type de service offert quel que soit le nombre, alors que les grands établissements en milieu urbain bénéficient souvent d'économies d'échelle, puisque certains coûts (comme le loyer et les salaires du personnel de réception) n'augmentent généralement pas en proportion du nombre de services offerts. Le paiement de frais légèrement supérieurs dans les collectivités où la population est moins nombreuse et de frais inférieurs dans les collectivités à plus haute densité, par exemple, pourrait inciter plus d'établissements à s'installer dans des régions actuellement mal desservies sans que cela ait d'incidence sur le montant total des frais d'établissement versés par le Ministère.
- En règle générale, le Ministère ne permet pas facilement aux établissements de se réinstaller dans les régions mal desservies.

- Le Ministère estimait que certains services, comme l'IRM, la dialyse et la coloscopie, coûtent environ de 20 % à 40 % de moins s'ils sont offerts dans des cliniques communautaires, y compris les ESA, plutôt que dans les hôpitaux.
- Même si le Ministère dispose de certains renseignements à propos des propriétaires des établissements et estime qu'environ la moitié appartiennent entièrement ou majoritairement à des médecins, dont beaucoup sont des radiologistes, il n'a pas analysé les tendances des médecins à aiguiller les patients vers leur propre établissement ou vers l'établissement d'une personne apparentée. En outre, beaucoup de patients pensent qu'ils doivent se rendre à l'établissement désigné sur le formulaire d'aiguillage de leur médecin, alors qu'en réalité ils peuvent choisir n'importe quel hôpital ou établissement offrant le service dont ils ont besoin. En 2009, l'Association canadienne des radiologistes soulignait que près de 30 % des services de tomodensitographie et autres services d'imagerie au Canada ne fournissent aucun renseignement utile ou sont inappropriés. Selon l'estimation du Ministère, il est probable qu'environ 20 % des examens pour lesquels il verse des frais d'établissement soient inappropriés.
- Contrairement aux hôpitaux, les établissements sont évalués par l'Ordre afin de garantir, entre autres, que les images diagnostiques sont interprétées correctement par le médecin, qui est souvent un radiologiste. Toutefois, en mars 2012, environ 12 % des établissements n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation au cours des cinq dernières années. Même dans les établissements évalués, les évaluateurs de l'Ordre n'avaient pas examiné le travail de tous les médecins qui y travaillent.
- En mars 2012, le Service d'inspection des installations radiologiques du Ministère (le Service) n'avait pas inspecté près de 60 % des établissements aussi souvent que nécessaire pour garantir que l'équipement de radiologie, par exemple le matériel de rayons X, était convenablement blindé pour prévenir l'exposition du personnel et des patients à des rayonnements d'intensité excessive.
- Le Service et le Programme des ESA n'échangeaient pas régulièrement de l'information. Par exemple, le Service n'avait pas l'adresse de 12 établissements ayant déménagé, et n'a donc pas inspecté le matériel de radiologie dans les nouveaux locaux pour s'assurer qu'il était installé de manière sûre. En outre, les rapports d'inspection des établissements préparés par le Service n'étaient pas systématiquement acheminés au Programme.
- Même si le Ministère a tenté d'améliorer le service aux patients en mettant en place deux sites Web où est publiée, entre autres, la liste des établissements où les patients peuvent obtenir des services de diagnostic comme des radiographies et des échographies, ces deux sites Web ne mentionnaient pas tous les établissements offrant ces services. L'un des sites Web, où est publiée la liste des adresses et services de tous les ESA, pourrait être plus convivial :
  - s'il offrait une fonction de recherche (ex. par code postal ou par service) pour aider les patients à trouver les établissements;
  - s'il fournissait de l'information sur les temps d'attente dans les établissements pour les services qui ne sont généralement pas offerts le jour même (comme l'imagerie par résonance magnétique [IRM] et la tomodensitographie) afin d'informer les patients qui veulent passer un examen le plus tôt possible.

## Constatations détaillées de la vérification

### MESURES PRISES DEPUIS NOTRE VÉRIFICATION DE 2004

Depuis notre dernière vérification en 2004, le Ministère a mis en oeuvre plusieurs initiatives touchant les ESA, dont les suivantes :

- En 2006, le Ministère, en collaboration avec l'Ordre, a entrepris des réévaluations à l'improviste dans certains établissements et, en 2009, il a commencé à faire des évaluations plus fréquentes des établissements où des problèmes majeurs avaient été recensés.
- En 2008, l'Ordre a commencé à communiquer au Ministère les noms des médecins suspendus qui travaillaient dans des établissements.
- En 2011, le Ministère a entrepris un examen de la facturation des ESA afin de relever les pratiques douteuses; cet examen se poursuivait au moment de notre vérification.

### ACCÈS AUX SERVICES

#### Répartition des services en établissement

Avant l'introduction de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (la Loi) en 1990, les organismes pouvaient offrir des services de santé hors des hôpitaux et facturer un montant aux patients pour couvrir leurs frais généraux. Quand la Loi est entrée en vigueur, tout organisme qui fournissait déjà des services de santé visés par la Loi bénéficiait de droits acquis s'il envoyait une demande d'établissement au Ministère et réussissait une évaluation d'assurance de la qualité menée par l'Ordre. Ces organismes ont donc obtenu les permis requis pour offrir leurs services dans les locaux qu'ils occupaient à ce moment. Après l'obtention d'un permis, ils pouvaient facturer leurs frais généraux au Ministère, mais n'étaient plus autorisés à facturer ces frais aux patients.

#### Évaluation des niveaux de service

Depuis l'octroi de droits acquis aux établissements en place au moment où ils ont été assujettis à la Loi, le Ministère a délivré seulement six nouveaux permis à des établissements qui le facturent sur une base de paiement à l'acte. Toutefois, les établissements ayant un permis peuvent en tout temps demander l'autorisation d'offrir des services pour lesquels ils n'ont actuellement pas de permis dans cinq catégories de services (radiologie, médecine nucléaire, échographie, épreuves fonctionnelles pulmonaires et polysomnographie) ou de sous-spécialités, notamment des services de mammographie (qui relèvent de la radiologie) ou des services d'échographie obstétrique et gynécologique (qui relèvent de l'échographie). Le Ministère approuve la demande seulement si la région où se trouve l'établissement est jugée mal desservie pour ce type d'examen ou d'acte diagnostique. La province est divisée en 105 régions, correspondant principalement à des municipalités de tailles diverses.

En réponse à une recommandation dans notre *Rapport annuel 2004*, le Ministère a indiqué que son comité des services de diagnostic (formé de représentants du Ministère, de l'Ontario Medical Association [OMA] et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario) avait pour mission, entre autres, de formuler des recommandations à propos de l'accès des patients aux services de diagnostic dans les régions mal desservies. Ce comité a été dissous en 2008 et, selon le Ministère, n'a jamais formulé de recommandation.

Pour déterminer si une région est mal desservie ou desservie à l'excès, le Ministère calcule le nombre total de services facturés par habitant par les hôpitaux pour les patients externes et par les ESA dans les régions définies par le Ministère, et compare les chiffres à la moyenne provinciale. Ce calcul est effectué pour les 5 grandes catégories de services ainsi que pour plus de 15 sous-spécialités relevant de ces catégories. Comme le montre la Figure 2, les hôpitaux et les ESA exécutent un nombre considérable d'actes relevant de ces catégories de services.

**Figure 2 : Nombre de services de diagnostic sélectionnés effectués dans les hôpitaux et établissements, 2010-2011**

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Type de service	Services aux patients externes d'hôpitaux	Services d'établissement	Total
Radiologie (incluant rayons X)	4 515 000	3,878 000	8 393 000
Échographie	2 152 000	4,267 000	6 419 000
Médecine nucléaire <sup>1</sup>	752 000	432 000	1 184 000
Épreuves fonctionnelles pulmonaires <sup>2</sup>	593 000	152 000	745 000
Polysomnographie	43 000	106 000	149 000
<b>Total</b>	<b>8 055 000</b>	<b>8 835 000</b>	<b>16 890 000</b>

1. Tests réalisés au moyen de matériel radioactif (ex. on administre une petite quantité de matériel radioactif à un patient puis, grâce à des techniques d'imagerie, on suit son cheminement dans le corps pour analyser le flux sanguin dans le cœur ou les poumons).
2. Test permettant de mesurer la fonction ventilatoire des poumons.

Le Ministère n'a pas de point de référence de ce qui constitue un niveau raisonnable de services de diagnostic par habitant. Il a donc établi qu'une région est mal desservie si le niveau de service par habitant est inférieur à 70 % de la moyenne provinciale. Une région est desservie à l'excès si le niveau de service par habitant est supérieur à 150 % de la moyenne provinciale. Le Ministère considère que toutes les autres régions (c.-à-d. celles où le niveau de service par habitant se situe entre 70 % et 150 % de la moyenne provinciale) sont desservies de façon adéquate. Il a précisé que, selon son analyse, l'offre dans les cinq grandes catégories de services est globalement suffisante, puisqu'on compte environ 1 300 services par 1 000 habitants en Ontario.

Le Ministère n'a toutefois pas analysé la répartition des régions mal desservies et desservies à l'excès dans la province ou dans le temps. Dans notre analyse des données du Ministère, nous avons constaté que, selon la définition de celui-ci, environ 50 % des municipalités de l'Ontario (en milieu tant rural qu'urbain) ont toujours été mal desservies et environ 7 %, toujours desservies à l'excès entre 2007-2008 et 2010-2011. Nous avons aussi constaté qu'il arrivait qu'une région mal desservie soit adjacente à une région desservie à l'excès. Ainsi, on comptait dans une région mal desservie 632 services par millier d'habitants en 2010-2011, alors que l'on comptait dans une région voisine 3 299 services par millier d'habitants. Le

Ministère n'a pas déterminé si les régions qu'il considère comme mal desservies avaient en fait un accès adéquat à des services parfois offerts à quelques kilomètres seulement dans une région voisine. En outre, la dernière analyse de l'accessibilité des services offerts par les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS, mandatés pour collaborer avec les fournisseurs de soins de santé locaux afin de déterminer les priorités en matière de services de santé dans la région desservie par chaque réseau, la province comptant en tout 14 RLISS) remonte à 2007. À ce moment-là, le nombre de services allait de 1 100 par millier d'habitants dans un RLISS à près de 3 400 par millier d'habitants dans un autre. À l'heure actuelle, les RLISS sont responsables de la planification et du financement des services de diagnostic offerts dans les hôpitaux seulement, mais le Ministère a indiqué qu'il examinait la mesure dans laquelle les RLISS devraient participer à la planification et au financement des services de diagnostic dans les établissements de santé autonomes dans l'avenir.

En outre, le Ministère ne rajuste pas en fonction de l'âge ou du sexe les statistiques démographiques utilisées pour ses analyses du nombre de services par habitant. Comme les services de diagnostic sont plus souvent requis à mesure que la population vieillit et que certains services sont généralement prodigués à des femmes plutôt qu'à des hommes, les résultats seraient plus significatifs si on tenait

compte de ces facteurs démographiques. Par exemple, les échographies obstétriques et gynécologiques ne sont prodiguées qu'à des femmes, et l'analyse minérale des os est beaucoup plus souvent effectuée chez des personnes âgées, puisque les os sont plus poreux avec l'âge. Toutes les analyses par habitant menées par le Ministère étaient pourtant fondées sur la population totale et ne tenaient pas compte de la proportion de femmes ou de personnes âgées dans la population d'une région donnée.

Le Ministère n'encourage pas les propriétaires d'établissement à se réinstaller dans des régions mal desservies de la province. En conséquence, même si les résidents de certaines régions doivent attendre plus longtemps pour des services de diagnostic, le processus actuel d'approbation par le Ministère des nouveaux services offerts par des établissements existants ne tient pas nécessairement compte du problème des régions mal desservies. Le Ministère est d'avis que les hôpitaux communautaires seraient mieux en mesure de répondre aux demandes de services locales dans les régions peu peuplées.

Le Ministère a indiqué que, parce que les ESA ne fournissent qu'une petite partie des autres services comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitographie, son analyse du nombre de ces autres services par habitant et par RLIS exclut généralement ces services offerts par les établissements. Nous avons toutefois constaté que le nombre d'appareils d'IRM et de tomodensitographie par habitant serait au moins de 10 à 50 % supérieur si les appareils des établissements étaient pris en compte.

### Réinstallation des établissements

Pour garantir l'accessibilité des services dans toute la province, particulièrement dans les régions qui, selon les études du Ministère, sont mal desservies, les ESA doivent obtenir l'approbation du Ministère avant de se réinstaller dans de nouveaux locaux. Le Ministère permet aux établissements de déménager uniquement dans leur région actuelle (les régions définies par le Ministère) ou à moins de cinq kilomètres de leur emplacement actuel

s'ils s'installent dans une autre région. En outre, le Ministère refuse tout déménagement si un hôpital situé dans un rayon d'un kilomètre du nouvel emplacement s'y oppose. Le Ministère n'approuve pas non plus les déménagements d'une région desservie à l'excès dans une région mal desservie si le déménagement contrevient à l'une de ces règles. En 2011, le Ministère a autorisé 47 déménagements.

Nous avons constaté que certaines régions définies par le Ministère sont très grandes, alors que d'autres sont petites. Par exemple, les établissements situés dans la ville d'Ottawa, dont la superficie atteint près de 2 800 kilomètres carrés, ont beaucoup plus de choix d'emplacements pour offrir leurs services comparativement à ceux de la ville de St. Thomas, dont la superficie est d'environ 40 kilomètres carrés. Les établissements situés à Toronto peuvent déménager n'importe où dans la ville. Nous avons aussi constaté qu'il existait plusieurs régions en forme d'anneau (généralement constituées des localités entourant une ville) à l'intérieur desquelles les établissements peuvent déménager sans toutefois pouvoir s'installer dans la ville située au centre, et les établissements au centre ne peuvent généralement pas déménager dans la couronne.

Le Ministère a expliqué que beaucoup de propriétaires d'établissement aimeraient quitter une région moins peuplée pour s'installer dans une région où la population est plus dense. Certains propriétaires ont donc tenté de se déplacer par « bond » de leur emplacement actuel vers une région plus densément peuplée. Par exemple, dans un cas particulier, un établissement a présenté sept demandes d'autorisation de déménagement sur une période de quatre ans; deux de ces demandes ont été approuvées et les cinq autres ont été refusées parce que le nouvel emplacement ne respectait pas la règle des cinq kilomètres et qu'il se trouvait dans une autre région. Bien que ce contrôle des réinstallations soit sans aucun doute nécessaire, nous nous attendions à ce que le Ministère envisage les changements à apporter pour encourager les établissements à déménager d'une région desservie à l'excès dans une région mal desservie.

## Services offerts à l'avenir dans les ESA

Après une analyse du coût de la prestation de certains services dans les hôpitaux plutôt que dans les collectivités, le Ministère a déterminé qu'il serait possible de réaliser des économies en assurant la prestation de divers services, notamment ceux moins complexes sur le plan médical, dans des cliniques communautaires, comme les ESA, plutôt que dans les hôpitaux. Particulièrement, le Ministère estimait que les services d'IRM et de dialyse, ainsi que les services de coloscopie et d'échocardiographie, coûtent moins cher – environ de 20 % à 40 % de moins – lorsqu'ils sont exécutés par un fournisseur de la collectivité plutôt que dans un hôpital. Au moment de notre vérification, la plupart de ces services étaient plus souvent offerts en milieu hospitalier que dans les collectivités.

Le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé (le Plan), publié par le Ministère en janvier 2012, souligne que les actes médicaux courants pourraient être offerts à l'avenir dans des cliniques communautaires, comme les ESA, plutôt que dans des hôpitaux. Le Plan précise que les ESA existants pourront réaliser un plus grand nombre d'interventions de la cataracte parce qu'ils peuvent le faire pour moins cher qu'un hôpital. Même si cette question n'est pas abordée dans le Plan, le Ministère nous a informés qu'en 2013-2014, il s'attendait à accroître le nombre de services d'IRM offerts dans un ESA existant, à un coût inférieur à celui des hôpitaux. Au moment de notre vérification, le Ministère n'avait pas de plan particulier pour transférer la prestation d'autres services dans les établissements communautaires.

### RECOMMANDATION 1

Pour s'assurer que les Ontariens ont accès rapidement et facilement aux examens et aux interventions dont ils ont besoin, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- mieux recenser les régions mal desservies de la province comme l'indiquent les niveaux des services offerts à la fois par les hôpitaux

et les établissements de santé autonomes (par exemple, en analysant la répartition de la population et des sexes dans chaque région et en déterminant les besoins en services qui en découlent);

- trouver des moyens de répondre aux besoins des patients dans les régions recensées comme mal desservies, par exemple en offrant des incitatifs pour encourager les établissements à offrir des services dans ces régions ou en révisant les politiques qui restreignent la capacité des établissements à déménager dans les régions mal desservies.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est heureux de constater que le vérificateur souligne le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, qui fait état de son engagement d'assurer à tous les Ontariens un accès à des services de santé appropriés, notamment un accès rapide et commode aux examens et interventions dont ils ont besoin. Grâce à ce Plan, un plus grand nombre de services seront offerts dans les collectivités et selon divers modèles de prestation convenant aux types de services et répondant aux besoins en soins de santé communautaires. Le modèle de prestation des services par l'entremise des ESA constitue une base solide pour offrir plus de services de diagnostic et d'interventions dans les collectivités.

Pour soutenir la transition à la prestation d'un plus grand nombre de services dans les collectivités et pour s'assurer que les services sont planifiés et offerts en fonction des besoins des populations locales et régionales, le Ministère entend :

- explorer activement les possibilités de planification conjointe entre les RLSS et les ESA afin d'assurer la combinaison et la répartition appropriées des examens diagnostiques et des interventions pour répondre aux besoins locaux en matière de santé et pour



mieux déterminer les régions de la province mal desservies comme l'indiquent les niveaux des services offerts à la fois par les hôpitaux et les ESA;

- améliorer la planification du volume des services offerts dans les collectivités et à proximité du lieu de résidence des patients, dont la possibilité d'offrir des incitatifs pour attirer les fournisseurs de services des ESA dans les régions mal desservies, et réviser ses politiques de réinstallation des ESA pour faciliter le transfert d'examen diagnostiques et d'interventions aux régions mal desservies.

## FACTURATION

### Ententes de financement

#### Établissements en régime de paiement à l'acte

Les ESA en régime de paiement à l'acte (par exemple, ceux offrant des services de radiographie et d'échographie) reçoivent des frais d'établissement uniformisés pour chaque type de service exécuté. Ces frais ont été négociés par le Ministère et l'OMA, l'organisme négociateur qui représente les médecins en Ontario, et ont été calculés pour correspondre à peu près aux frais généraux (incluant le loyer, la dotation, les fournitures et l'équipement) liés à l'exécution de chaque service. Les tarifs sont établis

dans le barème des frais d'établissement payés aux ESA. Tous les frais d'établissement sont assortis d'honoraires professionnels correspondants, que les médecins peuvent facturer pour l'exécution d'un examen ou l'interprétation de ses résultats. Ces honoraires professionnels, qui sont également négociés par le Ministère et l'OMA, sont établis dans la liste des prestations du RASO. La Figure 3 présente les cinq principaux frais d'établissement facturés, le volume de chaque service ainsi que les honoraires professionnels et les frais d'établissement correspondants, par service. Le Ministère ne disposait pas de renseignements sur le montant total des honoraires professionnels facturés pour ces services.

Entre 1992 et 2005, le Ministère a diminué plusieurs fois et augmenté une fois les frais d'établissement généraux versés aux ESA. À partir de 2005, aucun changement n'a été apporté jusqu'en mai 2012, lorsque le Ministère a réduit de 2,5 % tous les frais d'établissement et de 5 % les honoraires professionnels connexes, pour tenir compte de la situation actuelle, des améliorations de la technologie et des changements dans les normes en matière de soins. D'autres frais de service ont aussi été réduits, notamment les frais de coloscopie.

Tous les établissements reçoivent le même montant pour chaque service, peu importe où l'établissement est situé et le nombre de services qu'il offre, alors que les grands établissements peuvent profiter

Figure 3 : Total des cinq principaux frais d'établissement payés, 2010-2011, et frais connexes

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Type de service	2010-2011		Au 1 <sup>er</sup> avril 2011 (\$)	
	Total des frais d'établissement payés (en millions de dollars)	Volume	Frais d'établissement payés par service	Honoraires professionnels payés par service
Radiographie thoracique (rayons X - 2 vues)	20,0	826 000	24,18	11,30
Échographie pelvienne complète (en présence d'un médecin)	17,7	355 000	50,00	32,30
Échographie pelvienne complète (en l'absence d'un médecin)	16,4	328 000	50,00	24,20
Polysomnographie (diagnostic initial)	15,5	41 000	380,25	128,30
Échographie vaginale ou rectale	14,6	291 000	50,00	24,20

d'économies d'échelle parce que certains coûts, par exemple le loyer et les salaires du personnel de réception, n'augmentent pas en proportion du nombre de services offerts.

Dans un rapport publié en 2000, le Comité sur les frais techniques (le Comité), formé de représentants du Ministère, de l'OMA et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, indiquait que « le remboursement des coûts devrait être le principe sous-jacent du financement du volet technique des services diagnostiques » et reconnaissait que la majorité des frais d'établissement n'avaient pas été fixés selon une méthode de calcul rigoureuse. Le Comité se doutait qu'avec l'introduction de nouveaux équipements et technologies (qui permettent d'accélérer la prestation de certains services), certains frais ne reflétaient pas exactement les coûts, et a souligné qu'il manquait d'information sur l'écart entre les frais et les coûts réels. Il a donc recommandé que le barème des frais soit examiné dès que possible et a suggéré que, dans l'idéal, la méthode de calcul des frais devrait tenir compte de facteurs tels que les économies d'échelle dont bénéficient les établissements à fort volume.

Dans notre *Rapport annuel 2004*, nous recommandions au Ministère de « déterminer objectivement le coût actuel de la prestation de chaque type de services » et d'« examiner la relation qui existe entre le volume de services offerts et les coûts de prestation des services ». À l'époque, le Ministère avait indiqué que le comité sur les services diagnostiques se pencherait sur cette question. Ce comité a toutefois été dissous en 2008 sans avoir effectué d'analyse, apporté de changement au barème des frais ou évalué les frais généraux actuels liés à l'exploitation d'un établissement.

Le Ministère nous a cependant fourni le rapport d'analyse comparative des systèmes d'imagerie médicale dans cinq différentes administrations canadiennes, rédigé en 2008 par un autre gouvernement provincial à partir des données de 2006-2007. Les résultats de cette analyse comparative montrent que les frais d'établissement en Ontario à l'époque étaient souvent inférieurs à ceux

d'autres provinces. Le Ministère n'a toutefois pas vérifié si c'était toujours le cas en examinant les données à jour sur les frais payés par d'autres administrations. Nous avons remarqué que la Colombie-Britannique et l'Alberta offraient une gamme de services, aussi bien de diagnostic que de chirurgie, dans des cliniques communautaires. Ces deux provinces n'avaient pas d'honoraires professionnels et de frais d'établissement distincts; le paiement total versé comprenait tous les frais et honoraires. Nous avons comparé les frais d'établissement et les honoraires professionnels combinés pour trois services payés en Ontario avec les frais payés pour les mêmes services en Colombie-Britannique, et avons constaté un écart de plus ou moins 6 % entre les frais payés en Ontario et en Colombie-Britannique.

En avril 2011, le Ministère a demandé à l'OMA (qui représente les médecins), à l'Association des hôpitaux de l'Ontario (qui représente les hôpitaux) et à la Coalition of Independent Health Facilities (qui représente les ESA) de lui proposer des options de financement des frais d'établissement au plus tard en octobre 2011. Dans sa réponse, la Coalition ne proposait pas d'option de financement, mais plutôt une orientation des discussions futures sur le financement. Ni l'OMA ni l'Association des hôpitaux de l'Ontario n'ont proposé d'options, bien qu'elles aient obtenu une prorogation jusqu'en mars 2012 pour le faire. Le Ministère a indiqué qu'il ne s'attendait plus à d'autres propositions concernant les frais d'établissement de la part de l'OMA et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, parce que la renégociation de l'entente sur les services de médecin, qui établit la rémunération des médecins, constituait la principale priorité en 2012.

Comme mentionné plus haut, le Ministère n'autorise pas les établissements à offrir de nouveaux services si les services en question sont déjà plus que suffisants dans la région. Les établissements peuvent cependant ajouter des services à leur offre en achetant, sans avoir à obtenir l'approbation du Ministère, de l'équipement de diagnostic supplémentaire; l'entente entre le Ministère et les établissements exige uniquement

que les établissements informent le Ministère dans les 30 jours de tout achat de nouvel équipement. De l'équipement supplémentaire signifie que davantage de services seront prodigués et donc que le Ministère versera un montant plus élevé pour les frais d'établissement et les honoraires professionnels. Si l'établissement offrant les services se trouve dans une région mal desservie, la région bénéficie de l'accessibilité accrue de services.

Contrairement au nombre illimité de services pour lesquels les établissements peuvent recevoir des paiements, les laboratoires, qui sont aussi en régime de paiement à l'acte, sont assujettis à un niveau de financement provincial maximal (pour tous les laboratoires de l'Ontario), et un montant maximal s'applique à chaque laboratoire.

### Établissements visés par un contrat négocié

Le Ministère finance 35 établissements, incluant des établissements offrant des services d'IRM et de chirurgie de la cataracte, aux termes de contrats négociés pour la prestation d'un volume ou d'un nombre d'heures de services prédéterminé. Si un établissement fournit moins de services que ce qui est prévu au contrat, le Ministère réduit son financement. Les établissements qui prodiguent plus de services que ce qui est prévu au contrat ne touchent pas de fonds supplémentaires du Ministère.

Le montant (selon le volume ou le nombre d'heures prévu au contrat) versé aux établissements bénéficiant de droits acquis depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (la Loi) a été négocié par le Ministère et les établissements. En conséquence, dans sept cas, le Ministère a approuvé des services d'IRM et de tomodensitographie, qui n'étaient auparavant pas prévus dans la Loi, dans le cadre d'un processus concurrentiel. Pour les autres nouveaux services, comme les chirurgies de la cataracte, le Ministère a négocié directement avec des fournisseurs connus, comme l'autorise la Loi. Dans tous les cas, les contrats subséquents ont été négociés par le Ministère et chacun des établissements.

En 2004, le Ministère a mis sur pied un groupe d'experts afin d'améliorer, entre autres, l'accès aux services d'IRM et de tomodensitographie dans les hôpitaux et les ESA ainsi que la qualité et l'efficacité de ces services. Le rapport publié en 2005 par le groupe d'experts faisait état de la prestation inefficace de ces services. Dans le cas des services d'IRM, la situation s'expliquait principalement par le fait que le Ministère avait alloué un temps plus long que nécessaire pour certains types d'examen par IRM et qu'il payait les établissements pour refaire les examens après qu'ils aient commis des erreurs. En ce qui concerne les tomodensitographies, le rapport indiquait que les examens devraient prendre 20 minutes, quelle que soit la partie du corps examinée, alors que les tarifs prévus au contrat étaient fondés sur un temps estimatif par service, qui était en moyenne 60 % plus long. Le Ministère nous a expliqué qu'il avait jugé à l'époque que la réduction de tarifs pour les tomodensitographies suggérée par le groupe d'experts n'était pas appropriée pour les établissements, même s'il n'avait aucune analyse pour appuyer ses conclusions. Entre 2007 et 2009, au moment de la renégociation des contrats de cinq ans avec les cinq ESA offrant des services d'IRM, le Ministère n'a encore une fois pas tenu compte des recommandations du groupe d'experts. En revanche, deux ans après la négociation des contrats, le Ministère a communiqué avec ces établissements à propos d'une réduction des tarifs. Certains d'entre eux ont accepté les tarifs réduits, mais les autres ont refusé. Le Ministère a continué de payer ces établissements au taux prévu dans le contrat négocié en 2007 et a versé le tarif réduit aux autres établissements. Le Ministère a fait savoir qu'il entendait négocier un tarif réduit avec les autres établissements au renouvellement du contrat en 2012.

Pour la plupart des contrats négociés, le Ministère ne valide pas régulièrement le caractère raisonnable des tarifs payés. Même s'il n'est pas nécessairement commode d'organiser un processus concurrentiel dans tous les cas, le Ministère pourrait tout de même, par exemple, obtenir périodiquement de l'information auprès d'autres

administrations, sinon examiner régulièrement les coûts pour s'assurer qu'ils sont raisonnables. Comme les frais d'établissement ne font pas l'objet d'un examen périodique, il est possible que certains services coûtent plus cher à offrir, mais il est plus probable que les améliorations de la technologie fassent en sorte que les frais d'établissement payés sont de beaucoup supérieurs aux coûts réels de la prestation des services.

### Aiguillage vers les services

Les patients ont généralement besoin d'un formulaire d'aiguillage de leur médecin pour obtenir des services auprès d'un ESA. Dans son rapport de 2010 *Décisions, décisions : les médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique au Canada*, le Conseil canadien de la santé a souligné que l'amélioration de l'accès à l'imagerie diagnostique a « mené à une augmentation des tests de diagnostic, dont une partie peut être considérée comme découlant d'une surutilisation ». Le rapport cite des études révélant une surutilisation de l'imagerie diagnostique, mais conclut qu'il est difficile d'en donner les raisons et de la quantifier. À cet égard, l'Association canadienne des radiologistes avance dans son site Web que près de 30 % des tomodensitographies et d'autres examens d'imagerie au Canada ne fournissent aucun renseignement utile ou sont inappropriés. Des études menées dans d'autres administrations indiquent également que l'imagerie diagnostique n'est probablement pas toujours utilisée à bon escient. En se fondant sur les études de deux autres administrations, le Ministère a estimé qu'environ 20 % des frais d'établissement facturés en Ontario sont probablement injustifiés – notamment à cause d'examen inutiles.

Dans certains cas, le médecin qui demande les examens est celui qui offre le service ou travaille pour l'établissement vers lequel le patient est orienté, ou encore en est le propriétaire. On parle alors d'« auto-aiguillage », puisque le médecin se renvoie lui-même le patient. Cette pratique peut

améliorer les soins aux patients dans certains cas; ainsi, un ophtalmologiste peut prescrire et exécuter une échographie de l'oeil pour faciliter le diagnostic et le traitement hâtif d'une affection soupçonnée. Toutefois, diverses études y compris un article publié en 2012 dans le *Journal of American Medical Association* indiquent [Traduction] « que l'on constate de plus en plus que les médecins détenant des intérêts dans du matériel d'imagerie sont plus susceptibles de faire passer des examens par imagerie à leurs patients que les médecins qui orientent leurs patients vers des radiologistes pour des services indépendants ». L'article précise en outre : [Traduction] « lorsqu'un médecin aiguille un patient vers un service d'imagerie qui lui appartient et qu'aucune supervision n'est faite par un tiers, il se peut que ce médecin prenne une décision inconsciente au sujet de l'imagerie diagnostique ».

L'une des conditions pour le maintien du permis d'un ESA en régime de paiement à l'acte est l'approbation par le Ministère de changement dans les propriétaires majoritaires. De 2008 à 2011, le Ministère approuvé plus de 175 de ces changements. Les établissements doivent confirmer les noms des propriétaires tous les cinq ans au moment du renouvellement de leur permis. De plus, certains propriétaires font parvenir au Ministère les documents indiquant la date des changements de l'actionnariat. Le Ministère ne demande toutefois pas régulièrement aux établissements de confirmer les propriétaires, par exemple en cochant une case sur un formulaire et en signant pour indiquer qu'il n'y a aucun changement ou en inscrivant les changements puis en signant. Par conséquent, le Ministère consent beaucoup d'efforts administratifs pour faire le suivi des régimes de propriété.

Même si le Ministère estime qu'environ la moitié des établissements de l'Ontario appartiennent en propriété exclusive à des médecins ou sont contrôlés par ces derniers, il n'a pas analysé les tendances de l'aiguillage de ces médecins vers leur propre établissement. Le Ministère ne dispose pas non plus de renseignements sur les médecins qui aiguillent les patients vers un établissement dans lequel leur

conjoint ou un proche parent détient un intérêt. Le Ministère pourrait se servir d'un formulaire de confirmation des propriétaires des établissements pour déterminer périodiquement si le ou les propriétaires ou un membre de leur famille immédiate sont médecins.

En mai 2012, le Ministère a proposé de payer seulement 50 % des frais d'établissement et des honoraires professionnels relatifs aux services lorsqu'un médecin aiguille un patient vers une clinique où il travaille. Il n'a toutefois pas estimé l'incidence de la réduction de 50 % sur les ESA, même si certains de ses documents indiquent que certains établissements pourraient être forcés de fermer et que cette mesure risque d'entraîner une dégradation de la qualité et de la sûreté des services d'imagerie ou d'examen parce que les cliniques pourraient devoir prendre des « raccourcis » afin de réduire leurs coûts et d'assurer leur viabilité. De plus, le Ministère ne disposait généralement pas de renseignements sur ce qui pourrait être considéré comme une proportion raisonnable d'examen en auto-aiguillage ni sur ce qui serait une proportion démesurée exigeant un suivi. En juin 2012, en réponse aux préoccupations soulevées par l'OMA, le Ministère a annoncé qu'il allait mettre sur pied un groupe d'experts chargé d'examiner les auto-aiguillages des médecins et qu'il attendrait ses recommandations avant de modifier les frais et les honoraires liés aux auto-aiguillages.

### Vérification de la facturation

Comme le montre la Figure 1, le total des paiements versés aux établissements a augmenté d'environ 4 % par année, passant de 348 millions de dollars en 2006-2007 à 408 millions en 2010-2011. Les paiements de frais d'établissement pour les services de diagnostic ont notamment augmenté d'environ 4 % par année, passant de 323 à 377 millions de dollars. Les frais payés pour des échographies affichent toutefois une hausse de 7 % par année durant la même période, passant de 130 à 173 millions. Particulièrement, les frais pour

12 échographies ont augmenté de plus de 50 % de 2006-2007 à 2010-2011. Par exemple, le coût total des échographies facturées sous le code « frais divers – extrémités, par membre » a augmenté de 130 % de 2006-2007 à 2010-2011, passant de 2,9 à 7,5 millions de dollars, soit une hausse de plus de 20 % par année en moyenne. Les frais d'établissement ont très peu évolué, ce qui est essentiellement attribuable à l'augmentation du volume des services fournis. Le montant total des paiements versés pour des services prévus par contrat (comme les services de dialyse et d'avortement) est passé de 31 millions de dollars en 2006-2007 à 41 millions en 2010-2011. La hausse la plus importante était attribuable au versement de fonds ponctuels par le Ministère en 2010-2011 pour le remplacement d'environ 70 appareils de dialyse dans les établissements offrant ce type de service. Même si le Ministère examine les volumes des services et leur effet, dans une certaine mesure, sur les coûts totaux des services prévus par contrat, il n'a pas étudié les raisons expliquant les changements du volume des paiements à l'acte.

Le Ministère a indiqué que par le passé, il recensait sans formalité quelques fois par année les pratiques de facturation douteuses (par exemple, par l'entremise des plaintes et des évaluations des demandes d'élargissement des services des établissements), et signalait environ un cas par année à la Police provinciale de l'Ontario. En novembre 2011, le Ministère a lancé un projet d'intégrité des demandes de paiement, qui comprenait la vérification des données sur les demandes de paiement des frais d'établissement en 2010-2011. Cet examen a permis de déterminer des tendances inhabituelles en matière de facturation dans environ 25 % des établissements en activité. Par exemple, cinq établissements facturaient plus de 500 et jusqu'à 2 200 échographies combinées de la tête et du bassin pratiquées à l'occasion de la même visite, alors que la majorité des établissements facturaient moins de 50 échographies combinées semblables. D'après le Ministère, cette combinaison de services de diagnostic devrait rarement être nécessaire,

puisque très peu de problèmes de santé l'exigent. En dépit de cette analyse ciblée, le Ministère était d'avis que beaucoup de pratiques de facturation inhabituelles seraient résolues en sensibilisant les établissements aux pratiques de facturation appropriées et a précisé qu'il élaborait du matériel informatif qui sera remis aux établissements à compter de l'automne 2012. De plus, le Ministère nous a fourni une liste d'autres analyses de données prévues en vue de déceler les pratiques de facturation inappropriées, sans toutefois avoir adopté de plan pour les réaliser.

Le Ministère fournit à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) des renseignements détaillés sur les services facturés par chaque établissement. L'Ordre nous a cependant informés que même s'il reçoit des données du Ministère sur les soins fournis aux patients, cette information n'est pas transmise aux évaluateurs et le mandat de ces derniers ne comprend pas la vérification des demandes de paiement. On communique plutôt aux évaluateurs le nombre de patients ayant reçu un service particulier durant une période donnée – par exemple, au cours des quelques derniers mois. Les évaluateurs de l'Ordre sélectionnent un échantillon des actes posés auprès des patients en fonction de l'information fournie par l'établissement visité pour s'assurer, entre autres, que chaque patient a présenté un formulaire d'aiguillage signé par un médecin. Ils ne déterminent toutefois pas si les actes facturés au Ministère ont effectivement été posés. Nous avons aussi constaté que le protocole d'entente entre le Ministère et l'Ordre ne précise pas qu'on attend des évaluateurs qu'ils vérifient les factures envoyées au Ministère par les établissements, que ce soit à partir des données du Ministère ou d'une autre façon.

Les établissements doivent communiquer au Ministère les dates d'entrée en fonction et de départ des médecins. Le Ministère a indiqué qu'il ne paie que les services fournis par un médecin figurant sur la liste du personnel de l'établissement. Les médecins signent le formulaire que l'établissement présente au Ministère et sur lequel figure la date

à laquelle il est entré en fonction, mais lorsque l'établissement produit le formulaire indiquant le départ d'un médecin, celui-ci ne le signe généralement pas et la date du départ n'y est pas précisée. De plus, tous les frais d'établissement facturés au Ministère devraient généralement être associés à des honoraires professionnels correspondants facturés par le médecin de l'établissement qui a interprété les résultats des analyses ou réalisé la chirurgie, selon le cas. Le Ministère a ajouté qu'il ne faisait ni périodiquement ni ponctuellement de rapprochement entre les frais d'établissement et les honoraires professionnels facturés par les propriétaires des établissements et les médecins, respectivement, afin de déceler d'éventuelles irrégularités.

## RECOMMANDATION 2

Pour optimiser la gestion rentable du Programme des établissements de santé autonomes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- examiner régulièrement les frais qu'il paie aux établissements de santé autonomes (pour couvrir les coûts de la dotation et de l'équipement ainsi que d'autres frais généraux) en évaluant les coûts réels des services et en comparant périodiquement les frais à ceux d'autres administrations;
- envisager des solutions de rechange afin de mieux gérer le volume des frais que les établissements peuvent facturer dans les régions desservies à l'excès, par exemple exiger de ces établissements qu'ils obtiennent son approbation avant d'accroître leur capacité en achetant de l'équipement supplémentaire;
- envisager de demander aux propriétaires d'établissement de lui déclarer tout conflit d'intérêts possible et examiner périodiquement les données de facturation afin de repérer les établissements ayant des pratiques de facturation inhabituelles, notamment les factures d'un nombre anormalement élevé

d'auto-aiguillages de patients par un médecin propriétaire de l'établissement ou y travaillant ou encore parent du propriétaire, et faire un suivi auprès de ces établissements;

- pour certains services, vérifier périodiquement que les établissements ont facturé uniquement les services fournis aux patients, par exemple en comparant les factures des établissements et les formulaires d'aiguillage des médecins ou les honoraires professionnels facturés par ces derniers pour les mêmes services.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examinera la possibilité d'effectuer un examen interadministration et une analyse de la valeur relative par rapport au coût des frais techniques qu'il paie aux ESA.

Le Ministère convient que l'information sur l'équipement acheté par les exploitants des ESA présente de l'intérêt. À cet égard, il a établi un programme de subventions en 2011-2012 pour aider les ESA à acheter de l'équipement numérique et songe à offrir un financement sous forme de subventions à cette fin pour une deuxième année. De plus, le Ministère envisage une planification des capacités à l'échelon local avec l'aide des RLISS, et songe à exiger des ESA des régions desservies à l'excès qu'ils obtiennent son approbation avant d'accroître leurs capacités.

Le Ministère est préoccupé par l'auto-aiguillage et l'utilisation appropriée des services de diagnostic et d'imagerie dans la province, y compris les services fournis dans des établissements appartenant à des médecins. Son Comité d'experts en matière d'utilisation appropriée des services de diagnostic et d'imagerie médicale devrait formuler ses recommandations à l'automne 2012 à propos de l'utilisation appropriée des services de diagnostic et d'imagerie fournis dans divers milieux professionnels, notamment les ESA. Ces recommandations, lorsqu'elles auront été formulées, seront

examinées de près conjointement avec l'OMA et des mesures seront établies pour résoudre les problèmes relatifs à l'auto-aiguillage et à l'utilisation appropriée des services en Ontario, y compris dans les ESA. Par ailleurs, le Ministère convient qu'il doit prêter attention à la participation ou à l'intérêt important des médecins dans l'exploitation d'un ESA et il explore activement les mécanismes possibles pour exiger des médecins qu'ils déclarent cette information.

En outre, le Ministère prend d'autres mesures pour mettre en oeuvre des processus de surveillance et de gestion de l'utilisation des services, notamment les analyses proactives des données sur les demandes de paiement, un programme de rayonnement et de sensibilisation auprès des fournisseurs, les vérifications des cliniques, et le recouvrement des paiements. L'initiative de vérification des cliniques comprendra des processus de vérification visant à s'assurer que les établissements facturent au Ministère uniquement les services qu'ils ont fournis à des patients.

## SURVEILLANCE DU RENDEMENT

### Évaluations d'assurance de la qualité réalisées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

Pour garantir la qualité des services, en vertu de la Loi, tous les établissements doivent nommer un expert-conseil en qualité qui est chargé de conseiller les propriétaires sur la qualité des services et les normes connexes visant l'établissement. Le médecin propriétaire d'un établissement peut se désigner comme expert-conseil en qualité. Pour obtenir une assurance indépendante de la qualité des services fournis par l'établissement, le Ministère a conclu un protocole d'entente avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre), l'organisme professionnel qui chapeaute les médecins en Ontario. Aux termes du protocole, l'Ordre mène des évaluations d'assurance de la qualité des

services fournis dans les établissements en se fondant sur les paramètres de la pratique clinique et les normes relatives aux établissements (les Normes) établies par l'Ordre.

Les évaluations sont effectuées par des évaluateurs nommés par l'Ordre, généralement une équipe formée d'un médecin et d'un technicien spécialiste ayant l'expérience des services d'établissement évalués. Les évaluateurs passent généralement une journée à l'établissement puis présentent leur rapport à l'Ordre. Ce rapport indique si l'établissement satisfait aux Normes et fournit des observations détaillées à l'appui des conclusions ainsi que des recommandations d'amélioration, le cas échéant. L'Ordre examine ce rapport, puis le transmet au Ministère.

Si l'établissement ne satisfait pas aux Normes, le rapport est soumis à l'examen du conseiller médical du Ministère, qui le conseille sur les mesures supplémentaires à prendre. À la demande du Ministère, l'Ordre effectue une réévaluation et, à l'occasion, des évaluations ciblées pour faire le suivi de certaines questions. Le Ministère peut intervenir en suspendant ou en révoquant le permis de l'établissement, selon les recommandations du rapport d'évaluation.

Le Ministère a versé à l'Ordre environ 1,5 million de dollars pour l'exécution d'évaluations d'assurance de la qualité dans les ESA, ce qui comprenait plus de 200 évaluations d'établissement en 2010-2011. Au moment de notre vérification, le Ministère et l'Ordre négociaient un protocole d'entente révisé, aux termes duquel les établissements, et non le Ministère, devront payer l'Ordre pour l'exécution des évaluations.

### Indépendance des évaluateurs

Comme les évaluateurs doivent avoir de l'expérience dans les services qu'ils examinent, la plupart des médecins et des techniciens spécialistes qui évaluent les établissements pour le compte de l'Ordre travaillent régulièrement dans des hôpitaux ou dans des ESA. Pour prévenir d'éventuels conflits d'intérêts entre un évaluateur et l'établissement

évalué, l'Ordre demande verbalement aux évaluateurs s'ils se trouvent en conflit d'intérêts (après avoir fourni des exemples de conflit d'intérêts, par exemple être membre de la famille d'une personne qui travaille dans l'établissement ou avoir déjà travaillé avec une personne travaillant à l'établissement). Les évaluateurs ne sont généralement pas autorisés à évaluer un établissement à l'égard duquel ils se trouvent en conflit d'intérêts. Toutefois, l'Ordre n'exige pas des évaluateurs qu'ils signent une attestation confirmant qu'ils ne sont pas en conflit d'intérêts.

Même s'il revient à l'Ordre de nommer les évaluateurs, les établissements peuvent dans certains cas (par exemple, un conflit d'intérêts possible) refuser un évaluateur et demander qu'une autre personne soit nommée à sa place, en raison de la concurrence que se livrent certains établissements. L'Ordre nous a informés que les établissements exercent ce droit dans environ 2 % des cas.

### Calendrier des évaluations

Le Ministère utilise sa base de données, qui comprend les dates de toutes les évaluations et réévaluations des établissements, pour déterminer quels établissements il demandera à l'Ordre d'évaluer au cours de la prochaine année. Le Ministère a pour politique générale d'évaluer chaque établissement tous les cinq ans. Il remet la liste des établissements de l'année à l'Ordre, qui est responsable de planifier les évaluations avec chaque établissement.

Nous avons constaté qu'en janvier 2012, l'Ordre n'avait pas évalué près de 12 % des établissements qui auraient dû l'être au cours des cinq dernières années. Le Ministère a expliqué que les évaluations pouvaient être reportées pour différentes raisons, dont une pénurie d'évaluateurs possédant les connaissances spécialisées requises pour évaluer les services (l'Ordre a souligné qu'il était difficile, par exemple, de trouver des évaluateurs pour les cliniques de polysomnographie parce qu'il existe peu de spécialistes de ce domaine) et les projets de déménagement des établissements.



Dans notre *Rapport annuel 2004*, nous recommandions au Ministère de songer à demander à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario d'effectuer au moins quelques évaluations sans préavis. Au moment de notre vérification, les établissements recevaient un préavis d'au moins six à huit semaines pour se préparer à la visite des évaluateurs. (Les réévaluations se font parfois à l'improviste, comme il en est question à la rubrique Suivi des évaluations ci-dessous.)

### Réalisation des évaluations et rapports sur les résultats

Les évaluateurs de l'Ordre utilisent une liste de contrôle fondée sur les paramètres de la pratique clinique et les normes relatives aux établissements (les Normes) pour réaliser les évaluations. Le Ministère dispose d'un exemplaire des Normes mais ne reçoit généralement pas de copie des listes de contrôle utilisées. Pour remplir cette liste de contrôle, les évaluateurs sélectionnent et examinent un échantillon d'images diagnostiques (dans le cas des établissements offrant des services de diagnostic) ou de dossiers de patients, de notes de chirurgie, etc. (dans le cas des établissements offrant des services de dialyse et de chirurgie). Dans la mesure du possible, ils observent aussi des examens effectués sur des patients. Nous avons constaté que les lignes directrices de l'Ordre en matière d'échantillonnage recommandent les mêmes tailles d'échantillon minimales (entre 10 et 15 dossiers par type de service, selon le type d'établissement) pour tous les établissements offrant un service particulier, quel que soit le nombre d'actes posés par l'établissement. Nous avons aussi constaté que la méthode employée par les évaluateurs pour constituer l'échantillon ne permettait pas d'examiner le travail de tous les professionnels de l'établissement.

Après avoir reçu le rapport des évaluateurs, l'Ordre rend compte des résultats au Ministère dans les 3 à 20 jours ouvrables, selon la gravité des résultats (ces échéances ont été établies en 2005). Nous

avons constaté que l'Ordre a généralement respecté ces échéances en 2010-2011. Aucune échéance n'est toutefois fixée pour la présentation par les évaluateurs des résultats des évaluations à l'Ordre. Nous avons constaté qu'en 2010-2011, le délai médian entre la date de l'évaluation et la date à laquelle l'Ordre transmettait les résultats au Ministère s'établissait à 47 jours, 90 % des rapports étant reçus dans les 84 jours. La plus grande partie de cette période correspondait au temps écoulé entre la date de l'évaluation et la réception du rapport des évaluateurs par l'Ordre.

Les résultats des évaluations comprennent une cote attribuée aux établissements sur une échelle de un (cote la plus élevée : l'établissement respecte les normes établies et il n'y a aucune recommandation) à cinq (cote la plus faible : les soins aux patients sont à risque, et les recommandations peuvent comprendre la fermeture immédiate de l'établissement). Entre janvier 2007 et janvier 2012, plus de 80 % des quelque 1 110 établissements évalués ont obtenu une cote indiquant qu'ils respectaient les Normes et ont fait l'objet de peu ou pas de recommandations importantes (c'est-à-dire que ces établissements ont reçu l'une des deux meilleures cotes).

### Suivi des évaluations

L'Ordre détermine généralement quels établissements exigent un suivi après l'évaluation, en fonction des commentaires des évaluateurs. Le suivi peut prendre la forme d'une simple demande de documents à l'établissement, par exemple un plan d'action expliquant comment il corrigera les lacunes cernées, jusqu'à l'exécution d'une réévaluation par l'Ordre à la demande du Ministère. Les réévaluations sont généralement effectuées de 3 à 12 mois après l'évaluation initiale, selon ce que l'Ordre juge nécessaire. Six établissements ont fait l'objet d'une réévaluation en 2010-2011.

Dans nos rapports annuels de 1996 et 2007, nous constatons que le Ministère et l'Ordre ne s'étaient pas entendus sur les échéanciers des activités de suivi de l'Ordre, et recommandions que

le Ministère révisé son protocole d'entente avec l'Ordre pour y intégrer des échéanciers. Aucun échéancier n'était toutefois en place au moment de notre vérification.

Le Ministère peut demander à l'Ordre d'effectuer les réévaluations sans préavis. Dans ce cas, l'Ordre envoie des évaluateurs sans prévenir l'établissement ou bien l'informe qu'une évaluation sera faite dans le mois qui vient, sans préciser de date. Nous avons eu connaissance d'un cas où l'établissement a refusé de recevoir les évaluateurs à l'occasion de deux visites à l'improviste en 2010, pour enfin les accueillir en mars 2011, même si la Loi stipule que tous les propriétaires d'établissement sont tenus de coopérer pleinement avec les évaluateurs. La Loi prévoit cependant des sanctions limitées en cas de refus de coopérer, et l'Ordre nous a expliqué qu'il n'avait pas le pouvoir d'imposer des sanctions dans une telle situation.

En 2009-2010, pour confirmer que les établissements où des problèmes avaient été cernés et corrigés continuaient de satisfaire aux Normes, le Ministère a demandé à l'Ordre d'évaluer certains établissements tous les deux ou trois ans, plutôt que tous les cinq ans. En 2010-2011, l'Ordre a réalisé 26 évaluations de mi-cycle.

### Inspections réalisées par le Service d'inspection des installations radiologiques

Alors que les Normes de l'Ordre exigent des établissements qu'ils vérifient tous les six mois l'équipement radiologique, le Ministère est tenu, en vertu de la *Loi sur la protection contre les rayons X*, d'inspecter périodiquement les établissements dotés d'un tel équipement, incluant principalement l'équipement de radiographie mais aussi le matériel de tomographie et de fluoroscopie (qui émet une série de rayons X afin de produire une image en mouvement continu sur un écran pour illustrer, par exemple, le cheminement d'une substance de contraste dans le corps d'un patient). Il incombe au Service d'inspection des installations radiologiques

(le Service) du Ministère de réaliser ces inspections et de s'assurer que l'installation initiale de l'équipement radiologique est appropriée (par exemple, vérifier que les murs contiennent suffisamment de plomb pour les besoins du blindage). Le Service veille aussi à ce que le matériel de rayons X ne produise pas de radiations excédant les normes établies dans la *Loi sur la protection contre les rayons X*. La vérification des radiations émises par le matériel de tomographie ne relève toutefois pas du Service, puisqu'il n'existe pas de normes comparables pour ce matériel.

Le Service est responsable de l'inspection du matériel dans un peu plus de 7 600 établissements dotés d'équipement radiologique – incluant des hôpitaux, des cabinets de dentistes et plus de 450 ESA. En 2011-2012, le Service a inspecté au total près de 1 700 établissements, dont environ 70 ESA.

Le Service compte quatre inspecteurs, qui effectuent des visites annoncées au préalable prévues en fonction du risque que présentent les divers types d'établissement. Par exemple, les ESA doivent être évalués dans l'année qui suit leur ouverture et tous les deux ou trois ans par la suite, à moins qu'ils obtiennent une mauvaise cote après une inspection, auquel cas ils doivent être inspectés chaque année jusqu'à ce que la situation soit corrigée. Le Ministère a pour politique d'inspecter tout le matériel radiologique dans les nouveaux locaux et environ 25 % du matériel dans les locaux existants. Le Service ne peut aisément déterminer le pourcentage de l'équipement inspecté parce qu'il ne consigne pas tout l'équipement utilisé dans les établissements visités. Nous avons aussi constaté que la politique du Ministère ne précise pas que les inspecteurs doivent s'assurer que tout le matériel est vérifié au fil du temps, mais plutôt que le matériel présentant un risque élevé, tel l'équipement de fluoroscopie, doit être inspecté.

Notre examen des renseignements de la base de données sur les inspections du Service a révélé qu'en mars 2012, près de 60 % des ESA n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation selon l'échéancier

prescrit. En outre, le Ministère ne pouvait dire combien de ces établissements étaient nouveaux ni combien avaient obtenu une mauvaise cote à la dernière inspection.

Le Service n'utilise pas les travaux d'autres entités de surveillance, par exemple l'Association canadienne des radiologistes, l'Ontario Association of Radiologists et le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, qui examinent tous certains types de matériel radiologique d'imagerie diagnostique, y compris celui des ESA. Les travaux de ces organismes pourraient permettre au Service de réduire le temps passé dans certains établissements et de se concentrer sur les établissements ou le matériel qui n'ont pas encore été inspectés.

Le Ministère n'a pas établi de politique ou de procédure à propos du type d'information qui doit circuler entre le Service et le Programme, les communications sont plutôt laissées à la discrétion du personnel de chaque secteur. Nous avons constaté des communications et des échanges d'information minimaux entre le Service et le Programme. Par exemple, le système d'inspection du Service n'est pas relié à la base de données du Programme et, bien que le Ministère ait indiqué que les données pouvaient être comparées manuellement afin de relever les disparités, cela n'a pas été fait. Cette situation a pour conséquence, entre autres, que le Service a par erreur catégorisé près de 40 ESA comme des cabinets de dentistes, qui font l'objet d'une inspection tous les cinq ans plutôt que tous les trois ans comme les ESA. Dans le système informatique du Service, deux établissements étaient indiqués comme fermés alors qu'ils étaient toujours en activité, et les données relatives à 12 établissements qui étaient démenagés depuis plus d'un an n'étaient pas à jour. Par ailleurs, les rapports d'inspection du Service n'étaient pas transmis au Programme; le personnel chargé des inspections nous a toutefois dit que le Programme était informé de toute question importante.

## Surveillance par le Ministère

### Suspension et révocation de permis

La Loi stipule que le Ministère peut révoquer, suspendre ou refuser de renouveler le permis d'un établissement pour diverses raisons, notamment des problèmes d'assurance de la qualité (ex. du matériel exigeant un entretien) ou des problèmes opérationnels (ex. un établissement exerçant ses activités dans des locaux non approuvés, cessant ses activités pendant au moins six mois sans prendre de mesures raisonnables pour préparer la réouverture ou transférant plus de 50 % des intérêts de l'établissement sans avoir au préalable obtenu l'approbation du Ministère).

La Loi confère au Ministère le pouvoir de suspendre immédiatement le permis d'un établissement s'il y a un risque immédiat pour la santé ou la sécurité des patients. Nous avons constaté que la dernière suspension a eu lieu en 2011. Le Ministère a expliqué que le plus souvent, il n'y a pas de risque immédiat pour les patients. Dans ce cas, en vertu de la Loi, le Ministère doit émettre un avis de « recommandation de suspension » du permis de l'établissement, une pratique qui donne le temps à l'établissement de corriger les problèmes d'assurance de la qualité décelés pour éviter la suspension de son permis. Entre janvier 2007 et janvier 2012, le Ministère a délivré de tels avis à 32 établissements. Le Ministère a finalement suspendu sept établissements qui n'avaient pas pris en temps opportun les mesures correctives requises.

Le Ministère peut révoquer le permis des établissements suspendus qui ne corrigent pas les problèmes cernés et de ceux qui ont des problèmes opérationnels. D'après les dossiers du Ministère, six permis ont été révoqués de janvier 2007 à janvier 2012. La plupart de ces révocations étaient attribuables au fait que l'établissement avait cessé ses activités durant plus de six mois sans prendre les mesures qui s'imposaient pour préparer sa réouverture.

Quand le Ministère propose de suspendre ou de révoquer un permis, la Loi accorde 15 jours au

propriétaire de l'établissement pour demander une audience à la Commission d'appel et de révision des services de santé. Les établissements qui demandent une audience peuvent continuer d'offrir des services aux patients et de facturer les frais au Ministère jusqu'à ce que la Commission rende une décision. Nous avons constaté qu'entre janvier 2007 et janvier 2012, des établissements ont demandé des audiences concernant sept recommandations de révocation. Des 21 demandes d'audience traitées entre janvier 2007 et janvier 2012, 17 ont été réglées entre le Ministère et le propriétaire de l'établissement avant que la Commission ne rende une décision, trois ont été retirées par le propriétaire, et la Commission a rendu une décision dans le dernier cas. La plupart des appels réglés concernaient les propriétaires de trois établissements. Nous avons aussi constaté que le délai moyen de règlement des demandes d'audience était d'environ cinq ans pour les questions d'assurance de la qualité et de deux ans pour les problèmes opérationnels.

Même si la Loi donne au Ministère un grand pouvoir discrétionnaire en ce qui concerne l'octroi d'un permis à un établissement s'il a des motifs valables de croire que celui-ci n'est pas exploité conformément à la loi ou avec honnêteté et intégrité, cette disposition est rarement invoquée. Par exemple, le Ministère a autorisé un propriétaire à offrir un nouveau service même si ses fonctionnaires avaient soulevé de graves préoccupations à propos des pratiques de facturation de ce propriétaire l'année précédente (une enquête approfondie sur les irrégularités de facturation était en cours lorsque le propriétaire a obtenu un permis pour le nouveau service).

### Autres activités de surveillance

Le Ministère est informé d'activités ou de situations qui contreviennent à la Loi de différentes manières, notamment les plaintes du public et de propriétaires d'établissement. Il ne dispose toutefois pas de renseignements sur les plaintes déposées directement auprès des établissements.

Le Ministère fait le suivi des plaintes qu'il reçoit (majoritairement du public) concernant la qualité des soins ou d'autres infractions à la Loi. Environ 35 plaintes ont fait l'objet d'un suivi en 2011, la moitié ayant trait à des problèmes d'assurance de la qualité, par exemple du matériel non désinfecté entre les patients ou du personnel n'agissant pas de façon professionnelle. Les activités de suivi des plaintes du Ministère varient selon la nature de la plainte. Par exemple, dans deux cas le Ministère a demandé à l'Ordre de mener une évaluation ciblée des établissements afin d'examiner les problèmes en cause.

Le Ministère a également réalisé d'autres activités administratives pour assurer la conformité à la Loi, dont certaines comporteraient des processus chronophages. Par exemple, comme mentionné précédemment, les fonctionnaires du Ministère déploient beaucoup d'efforts pour faire le suivi des renseignements sur les propriétaires des établissements. Tous les mois, ils vérifient manuellement un rapport sur les factures présentées par les établissements, repèrent les établissements qui n'ont pas présenté de facture au cours des six derniers mois et leur envoient une lettre pour leur demander soit de confirmer qu'ils ont cessé leurs activités, soit de décrire leur plan d'action pour leur réouverture. Au besoin, une lettre de suivi est envoyée six mois plus tard, et si le Ministère ne reçoit toujours pas de factures, des mesures plus vigoureuses, comme une recommandation de révocation du permis de l'établissement, sont prises. Entre janvier 2007 et janvier 2012, le Ministère a envoyé quelque 200 lettres à une centaine d'établissements qui n'avaient pas présenté de facture depuis au moins six mois.

Même si ces efforts peuvent être utiles, nous nous attendions à ce que le Ministère ait déterminé si le temps qu'il leur consacre pourrait être utilisé plus efficacement s'il assurait plutôt un suivi auprès des établissements ayant des pratiques de facturation inhabituelles ou même inappropriées, comme mentionné plus haut.

### RECOMMANDATION 3

Pour mieux s'assurer que les établissements de santé autonomes fournissent des services conformes aux normes de qualité de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) et satisfont à d'autres obligations établies par la loi, le Ministère doit :

- collaborer avec l'Ordre pour garantir que tous les établissements sont inspectés au moins une fois pendant la période quinquennale de renouvellement du permis;
- songer à inclure des attentes supplémentaires dans son protocole d'entente avec l'Ordre, par exemple :
  - exiger que les évaluateurs examinent la qualité du travail de tous les médecins qui travaillent à l'établissement;
  - demander que les résultats des évaluations des établissements éprouvant des problèmes graves lui soient transmis plus rapidement;
- envisager, au moment de la prochaine révision de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, d'instaurer des sanctions contre les propriétaires d'établissement qui refusent l'accès aux évaluateurs de l'Ordre qui se présentent sans s'être annoncés;
- élaborer des politiques et des procédures pour améliorer le partage de l'information entre son Programme des établissements de santé autonomes et son Service d'inspection des installations radiologiques, incluant l'information sur les établissements offrant des services de rayons X ainsi que sur les résultats des inspections, de sorte que chacun dispose de renseignements à jour sur les établissements dont ils assurent la surveillance;
- étudier les options concernant la rationalisation des activités de surveillance des établissements, notamment en déterminant si son Service d'inspection des installations radiologiques peut se fier aux travaux d'autres entités professionnelles ou fédérales

de surveillance pour se concentrer sur les établissements nouveaux ou à risque élevé.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collabore avec l'Ordre pour s'assurer que tous les ESA sont inspectés au moins une fois pendant le cycle quinquennal de renouvellement du permis. Même s'il se produit des situations exceptionnelles (par exemple, lorsque des services ne sont pas offerts ou qu'un établissement est en cours de réinstallation, de transfert de propriété ou d'élargissement de son offre de services), le Ministère travaillera en étroite collaboration avec l'Ordre pour réduire les exceptions de ce genre.

Le Ministère est d'accord avec la recommandation concernant l'obligation, pour les évaluateurs, d'examiner la qualité du travail de tous les médecins des établissements. L'Ordre s'emploie actuellement à harmoniser son programme d'évaluation d'assurance de la qualité visant les ESA avec son programme d'examen par les pairs pour les médecins, de façon que les radiologistes fassent l'objet d'un examen par des pairs aussi souvent que les autres médecins spécialistes. De plus, en ce qui concerne la déclaration rapide de l'Ordre au Ministère au sujet des établissements où des problèmes graves ont été constatés, un groupe de travail a été mis sur pied pour examiner les politiques de déclaration et pour proposer des normes appropriées pour le délai entre la date de l'évaluation et la date de la déclaration des problèmes graves à la direction.

Le Ministère envisagera la possibilité d'instaurer des sanctions ou d'autres dispositions appropriées pour les cas où les exploitants des établissements refusent l'accès aux évaluateurs de l'Ordre.

La sécurité des patients est une priorité du Ministère. Le Service d'inspection des installations radiologiques entreprend un examen de son modèle d'exécution des inspections et collabore avec d'autres directions du Ministère à

un vaste examen de la *Loi sur la protection contre les rayons X* afin de cerner les options pour améliorer la surveillance du matériel de rayons X en Ontario. Le Ministère s'est spécifiquement engagé à examiner la Loi en vigueur afin de déterminer les possibilités de promouvoir l'amélioration continue de l'utilisation sûre des dispositifs d'imagerie diagnostique émettant des radiations.

## CLINIQUES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES NON VISÉES PAR LA LOI

Il existe deux catégories de cliniques de santé communautaires :

- celles qui sont visées par la Loi, que nous appelons établissements de santé autonomes (ESA) dans le présent rapport;
- celles qui ne sont pas visées par la Loi, que nous appelons cliniques de santé communautaires (ou cliniques communautaires).

Dans notre vérification des ESA de 2004, nous avons constaté que certaines techniques diagnostiques, comme les coloscopies, ne constituaient pas un service autorisé en vertu de la Loi et étaient effectuées dans des cliniques communautaires non visées par la Loi. Nous avons également remarqué que les avortements, un service autorisé, étaient effectués aussi bien dans des ESA que dans des cliniques communautaires. À l'époque, ni les cliniques communautaires offrant des coloscopies ni celles offrant des avortements ne faisaient l'objet d'évaluations d'assurance de la qualité par l'Ordre.

En 2007, le Ministère a autorisé un ESA du Nord de l'Ontario à offrir, entre autres, des coloscopies. Le Ministère n'a pu produire de justification documentée expliquant pourquoi seul cet établissement avait obtenu un permis pour offrir des coloscopies. Au moment de notre vérification, il ne disposait d'aucun renseignement sur le nombre de cliniques communautaires hors ESA qui effectuaient des coloscopies en Ontario. Selon les données du

Ministère, environ 36 % des coloscopies étaient effectuées dans des cliniques communautaires en 2010-2011.

En 2010, les modifications de la *Loi de 1991 sur les médecins* ont conféré à l'Ordre la responsabilité d'inspecter toutes les cliniques communautaires qui pratiquent des anesthésies pour prodiguer des services assurés (ex. des chirurgies plastiques ou des coloscopies) ou non assurés (ex. des greffes de cheveux). Le Ministère n'obtient toutefois aucune information sur la fréquence ou les résultats de ces inspections. Nous avons communiqué avec l'Ordre, qui nous a informés que depuis qu'il a commencé à réaliser ce genre d'inspections à l'automne 2010, il a inspecté environ 50 cliniques communautaires exécutant des coloscopies et 4 cliniques communautaires pratiquant des avortements. L'Ordre a indiqué que la plupart des cliniques communautaires effectuant des coloscopies ont réussi l'inspection sous réserve de certaines conditions. Il n'a fourni aucun renseignement sur les cliniques communautaires réalisant des avortements.

Nous avons aussi constaté qu'environ 50 des établissements de radiographie inspectés par le Service d'inspection des installations radiologiques du Ministère étaient des cliniques communautaires et non des ESA. Ces cliniques ne peuvent facturer au Ministère ni aux patients les frais d'établissement liés aux services assurés, mais les médecins travaillant dans ces cliniques peuvent facturer les honoraires professionnels correspondants au Ministère. Le Programme des ESA du Ministère n'était pas au courant de ces cliniques communautaires de radiographie et, contrairement à ce qui se passe dans les ESA, les radiographies interprétées par les radiologistes de ces cliniques ne font pas l'objet d'examen périodiques de la part de l'Ordre.

### RECOMMANDATION 4

Pour s'assurer que toutes les cliniques communautaires offrant des services assurés – même celles qui ne pratiquent pas d'anesthésies – prodiguent des services médicaux de qualité,

le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit examiner la possibilité de retenir les services de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour surveiller les cliniques offrant des services qui relèveraient de la surveillance de l'Ordre, si elles étaient classées dans la catégorie des établissements de santé autonomes.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que la prestation de soins de santé de qualité, y compris de services médicaux de qualité, constitue une priorité, et a mis sur pied l'organisme Qualité des services de santé Ontario (QSSO) pour diriger son programme axé sur la qualité et les faits. QSSO a notamment pour mandat de formuler des recommandations auprès du Ministère relatives à la qualité des services de santé et médicaux prodigués aux patients, y compris les services offerts par les cliniques communautaires et spécialisées, de même que d'offrir des conseils et des recommandations aux fournisseurs de soins de santé et à d'autres organismes visés à propos des normes de soins aux patients fondées sur des faits ainsi que des lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires et des protocoles.

Par ailleurs, Action Cancer Ontario et l'Ordre travaillent en partenariat afin de planifier et de mettre en oeuvre un modèle d'amélioration de la qualité axé sur des services de santé sélectionnés offerts en dehors des ESA, notamment de pathologie, de coloscopie et de colposcopie. Le Ministère prévoit recevoir un plan de mise en oeuvre d'ici mars 2013.

## INFORMATION DU PUBLIC

Les patients ont le droit de choisir l'ESA auquel ils s'adressent. Pour faire ce choix, ils doivent avoir à leur disposition de l'information sur les établissements offrant le ou les services dont ils ont besoin et l'emplacement de ces établissements.

## Formulaires d'aiguillage

Les patients ayant besoin de services offerts par un ESA obtiennent souvent un formulaire d'aiguillage de leur médecin où figurent les coordonnées d'un ou de plusieurs établissements exploités par les mêmes propriétaires. Beaucoup de patients pensent qu'ils doivent s'adresser à l'un des établissements sur le formulaire, alors qu'en réalité, ils peuvent choisir tout hôpital ou établissement offrant le ou les services dont ils ont besoin, y compris un situé à proximité de leur résidence. Comme mentionné plus haut, certains médecins ont un intérêt financier dans certains établissements, ce qui, comme l'ont montré plusieurs études, peut influencer sur la fréquence à laquelle ils prescrivent certains examens et les établissements où ils envoient leurs patients. En revanche, les formulaires d'aiguillage pour des services de laboratoire (comme les analyses sanguines) sont normalisés et ne se prêtent pas facilement à l'aiguillage vers des laboratoires particuliers. Au moment de notre vérification, le Ministère ne prévoyait pas d'élaborer un formulaire d'aiguillage normalisé pour les services offerts dans les ESA.

## Site Web du Ministère

Le Ministère a mis sur pied un site Web (le Répertoire des options de soins de santé), où le public peut effectuer une recherche pour trouver les établissements offrant divers services, par exemple de radiographie ou d'échographie. Le site ne renferme toutefois pas de liste de tous les ESA et hôpitaux offrant ces services, mais bien une liste des services offerts en dehors des établissements et des hôpitaux, par exemple dans les cliniques de garde. En 2010, le Ministère a lancé un autre site Web comprenant uniquement la liste des ESA en Ontario. Cette liste comprend l'adresse et le numéro de téléphone de tous les établissements ainsi que les services que chacun est autorisé à fournir. Le Ministère a fait savoir que cette liste était mise à jour tous les mois et que les patients qui veulent s'informer d'autres établissements peuvent la consulter.

Nous avons toutefois constaté que cette liste n'était pas aussi utile qu'elle le pourrait. Par exemple, contrairement au Répertoire des options de soins de santé, le site Web n'offre aucun outil pour effectuer une recherche par code postal ou zone de service. Surtout, la liste ne donne pas toujours de description exacte des services offerts dans un établissement particulier, par exemple une clinique inscrite comme autorisée à offrir un service spécifique peut ne pas l'offrir nécessairement. Quand nous avons communiqué avec un échantillon d'établissements qui, selon le site Web, fournissaient des services de fluoroscopie, 35 % nous ont dit qu'ils n'offraient pas ce type de services, et 20 % ont répondu que ce service était temporairement suspendu en raison de l'entretien de l'équipement ou d'autres motifs. Il n'y avait plus de service au numéro de téléphone d'un des établissements et, dans un autre établissement, un employé nous a renvoyés à un autre établissement qui, comme nous l'avons constaté, n'était pas autorisé à offrir le service. (Le Ministère effectuait un suivi auprès de cet établissement.) Le site Web n'indiquait pas non plus les services spécifiques offerts par un établissement particulier. Par exemple, les établissements offrant des services d'échographie n'offrent pas tous des échographies du genou.

Nous avons constaté qu'en janvier 2012, la liste comprenait les adresses de près de 950 établissements, alors que les données fournies par le Ministère indiquaient qu'il y avait environ 800 établissements distincts. On nous a informés que certains propriétaires d'établissement exerçaient des activités aux termes de divers permis à la même adresse. Nous avons aussi constaté que plus de 20 établissements figurant dans la liste étaient fermés depuis au moins cinq ans.

Dans notre *Rapport annuel 2004*, nous recommandions que le Ministère envisage des mesures appropriées pour rendre publics les graves problèmes d'assurance de la qualité recensés dans les ESA. Nous avons constaté à l'occasion de la vérification visée par le présent rapport que le site Web du Ministère indiquait la date et les résultats de la dernière évaluation d'assurance de la qualité

réalisée dans chacun des établissements. Il ne précisait toutefois pas les établissements dont le permis avait été suspendu parce qu'ils ne satisfaisaient pas aux normes; ces établissements étaient plutôt simplement retirés de la liste en ligne. Comme les établissements dont le permis a été suspendu peuvent continuer d'offrir des services aux patients (ils ne peuvent pas facturer de frais d'établissement, mais ils peuvent toujours facturer les honoraires professionnels), le Ministère exige que ces établissements retirent leur permis du mur, de sorte que les patients sachent que leur permis a été suspendu. Le Ministère n'a toutefois pas déterminé s'il s'agit d'un moyen efficace d'informer les patients que le permis de l'établissement a été suspendu.

Le site Web ne renferme en outre aucun renseignement sur le processus pour déposer une plainte contre un ESA.

### Temps d'attente

Le site Web de la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère indique les temps d'attente pour une IRM ou une tomodensitographie dans les hôpitaux ainsi que pour les chirurgies de la cataracte dans les hôpitaux et dans un des deux ESA pratiquant ce type d'intervention. Le Ministère n'indique pas les temps d'attente pour une IRM ou une tomodensitographie dans sept ESA offrant ces services. Par conséquent, les patients ne peuvent pas comparer les établissements où le temps d'attente est le plus court. En outre, le Ministère ne consigne pas et ne déclare pas les temps d'attente pour d'autres services diagnostiques offerts par les ESA, par exemple les radiographies et les échographies, parce qu'il estime que les temps d'attente pour ces services ne sont généralement pas longs. Même si on ne peut pas s'attendre à ce que le Ministère fasse le suivi des services accessibles le jour même (comme c'est le cas pour beaucoup de types de radiographies), la publication des temps d'attente pour les services qui ne sont généralement pas accessibles rapidement (comme les IRM, les tomodensitographies et les chirurgies de la cataracte) peut être utile.



## RECOMMANDATION 5

Pour s'assurer que les patients ont accès à de l'information pertinente sur les établissements de santé autonomes pour qu'ils puissent obtenir les services dont ils ont besoin, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- étudier les coûts et les avantages de la mise en place d'un formulaire d'aiguillage normalisé, semblable à celui utilisé par le programme de laboratoire, qui restreint les recommandations des médecins relatives à un établissement privilégié et qui décrit la marche à suivre pour trouver un établissement de santé autonome dans le site Web du Ministère;
- regrouper l'information publiée en ligne dans un seul site Web doté d'une fonctionnalité de recherche et indiquant tous les établissements où les patients peuvent accéder à des services communautaires, comme les radiographies et échographies, ainsi que les services offerts et les temps d'attente connexes qui ne sont pas accessibles le jour même (par exemple, les examens IRM et les tomodensitographies);

- afficher dans son site Web l'information sur la marche à suivre pour déposer une plainte contre un établissement de santé autonome.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient qu'il importe de diffuser l'information au moyen de formats, d'outils et de mécanismes accessibles et conviviaux. À cet égard, le Ministère entend :

- explorer les possibilités d'uniformiser les formulaires d'aiguillage vers des services de diagnostic, y compris la possibilité d'établir des formulaires d'aiguillage électroniques;
- étudier la possibilité de regrouper dans un seul site Web tous les renseignements en ligne pour s'assurer que les patients ont accès à une information complète (dans le cadre de sa Stratégie de réduction des temps d'attente, le Ministère a entrepris une initiative visant à publier les temps d'attente pour les services d'IRM et de tomodensitographie dans les ESA);
- publier dans son site Web la marche à suivre pour déposer une plainte contre un ESA.