

Audit de performance

Surveillance de la facturation des médecins

// Rapport de l'auditeur indépendant



Table des matières

1.0 L'audit en bref	1
// Pourquoi nous avons effectué cet audit	1
// Nos constatations	1
// Notre conclusion	6
2.0 Contexte	7
2.1 Aperçu de la facturation du RASO	7
2.2 Facturation des paiements à l'acte et aux termes d'EDMF	8
2.3 Audits après paiement	8
3.0 Objectif et étendue de l'audit	10
4.0 Nos constatations	11
4.1 Examen des systèmes d'information et des données	11
4.2 Détection des factures inadmissibles	22
4.3 Mesures postérieures à l'audit et recouvrement des trop-payés	28
4.4 Compréhension des codes d'honoraires et de la couverture du RASO	34
Recommandations et réponses de l'entité auditée	38
Critères d'audit	44
Approche d'audit	45
Opinion d'audit	46
Acronymes	47



1.0 L'audit en bref

// Pourquoi nous avons effectué cet audit

- En 2024-2025, le ministère de la Santé (le Ministère) a versé 19,5 milliards de dollars à près de 35 000 médecins par l'entremise du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO).
- Le dernier audit de la facturation des médecins remonte à 2016, il y a près de 10 ans. Nos audits antérieurs ont révélé à maintes reprises des problèmes liés à la facturation des médecins. Par exemple, lors de notre audit de 2016 sur la facturation des médecins, nous avons constaté que le Ministère n'avait pas examiné adéquatement les factures particulièrement élevées et déraisonnables. Nous avons relevé des problèmes semblables dans d'autres audits récents, comme Mise en œuvre et surveillance de la Stratégie ontarienne relative aux opioïdes de 2024.

**19,5 milliards
de dollars**
versés aux médecins
par l'entremise du
RASO en 2024-2025

// Nos constatations

Le système de traitement des demandes de règlement a une capacité limitée de signaler automatiquement les factures à risque élevé.

- Bien que le système de traitement des demandes de règlement du Ministère effectue des vérifications automatisées fondées sur certaines règles régissant les demandes de règlement, il comporte une fonctionnalité limitée pour détecter les factures présentant un risque élevé. Notre analyse des données de facturation de paiements à l'acte entre 2021-2022 et 2024-2025 a relevé de nombreux cas de médecins qui ont facturé plus de 24 heures de services au cours d'une seule journée; qui ont fourni des services à un nombre anormalement élevé de patients (p. ex. plus de 100) par jour; ou qui ont travaillé un nombre élevé de jours (p. ex. 365) au cours d'une année.

» Recommandation 1

Le Ministère n'utilise pas d'approche d'analyse des données fondée sur le risque pour sélectionner les audits après paiement.

- Le Ministère compte surtout sur les dénonciations et les plaintes, plutôt que sur une analyse proactive et indépendante des données sur les demandes de règlement, pour identifier les médecins à soumettre à un audit après paiement.
- Notre analyse des données a relevé des cas de médecins de diverses spécialités qui ont soulevé d'importantes préoccupations ou qui présentaient de sérieux risques en matière de facturation qui n'ont pas fait l'objet d'un audit. Par exemple, un ophtalmologue a facturé 6,7 millions de dollars en 2023-2024, soit plus du double du montant facturé par l'ophtalmologue s'étant classé au deuxième rang. Dans un autre cas, un spécialiste en radiodiagnostic a déclaré avoir travaillé au moins 364 jours par année de 2021-2022 à 2023-2024 et a facturé 3 millions de dollars en 2023-2024 seulement. Bien que cette facturation puisse être justifiée, la détermination des risques et l'enquête sur ceux-ci pourraient réduire le nombre de factures inadmissibles.

» Recommandation 1

L'absence de progrès dans la modernisation du système a retardé la réalisation des avantages.

- Dans son budget de 2023, le gouvernement de l'Ontario a lancé une initiative pluriannuelle de modernisation du traitement des demandes de règlement afin de mettre à niveau les processus opérationnels et l'infrastructure de TI pour la gestion des demandes de règlement des programmes de santé. Les avantages estimatifs prévus se chiffraient à un milliard de dollars grâce à l'amélioration de la surveillance des programmes de traitement des demandes de règlement, notamment le RASO, le Programme de médicaments de l'Ontario et le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels. Nous avons constaté que le Ministère avait terminé certains travaux préliminaires de planification de la modernisation, mais qu'il n'avait pas établi d'attentes précises quant aux améliorations à apporter et à la façon de le faire.

» Recommandation 2



Des ressources limitées sont disponibles pour détecter les factures injustifiées.

- En 2017, le Ministère a proposé de recruter du personnel supplémentaire pour améliorer ses travaux de surveillance de la facturation des médecins. La proposition précisait que l'Ontario comptait 0,4 membre du personnel d'audit pour 1 000 médecins, tandis que la moyenne des autres provinces était de 5,3. Parmi les 22 employés supplémentaires demandés et approuvés, 17 ont été réaffectés de façon permanente par le Ministère à d'autres secteurs, et les 5 autres ont été affectés à des secteurs non liés à la fonction d'audit.
- Le Ministère a présenté une autre proposition pour demander du personnel supplémentaire en 2024-2025. Au moment de notre audit, le nombre d'employés affectés aux audits après paiement, à savoir huit, n'avait pas changé depuis la proposition de 2017. Notre audit de 2016 de la facturation des médecins avait soulevé le même problème et nous avons recommandé au Ministère de renforcer ses travaux de surveillance.

» Recommandation 3

Des mesures limitées ont été prises pour réduire la facturation de services médicaux inutiles.

- En 2019, le Groupe de travail sur l'utilisation appropriée des services (GUAS), un groupe de travail bilatéral du Ministère et de l'Ontario Medical Association (OMA), a ciblé des réductions annuelles d'environ 480 millions de dollars en limitant le recours aux services médicaux inutiles. Le Ministère estimait qu'en 2024-2025, 18 % seulement (87 millions de dollars) de ces réductions avaient été réalisées.

- Bien que le GUAS ait estimé que l'une de ses propositions, se rapportant aux injections excessives pour la douleur chronique, donnerait lieu à des réductions de coûts de 100 millions de dollars par année, le Ministère n'a pas donné suite à cette proposition. Notre examen des données sur les demandes de règlement a révélé que les 10 principaux médecins se spécialisant dans la gestion de la douleur ont chacune et chacun facturé entre 4,3 et 9,9 millions de dollars, pour un total combiné de près de 60 millions en 2024-2025.

» Recommandation 5

Le processus d'audit après paiement donne lieu à des retards et fait l'objet d'un suivi limité.

- Le Ministère vise à effectuer les audits après paiement dans un délai d'un an. Sur les 173 audits achevés entre 2022-2023 et 2024-2025, 21 (12 %) ont pris plus d'un an.
- Le Ministère n'a pas établi de processus de suivi officiel pour s'assurer que les médecins, dont la facturation était inadmissible par le passé, corrigent ou améliorent leurs pratiques de facturation. Notre examen des audits après paiement effectués par le Ministère au cours des cinq dernières années a cerné des cas où des médecins ont dû rembourser des montants inadmissibles, bien qu'ils n'aient jamais fait l'objet d'examens de suivi.

» Recommandation 7

Une surveillance limitée a été exercée auprès des médecins ayant reçu des paiements de sources multiples.

- En plus de la facturation selon le modèle de la rémunération à l'acte, les médecins peuvent recevoir d'autres paiements forfaitaires aux termes d'une entente sur la diversification des modes de financement (EDMF). Les audits après paiement du Ministère portent principalement sur la facturation de services médicaux à l'acte (7,8 milliards de dollars en 2015-2016 et 13,3 milliards en 2024-2025), à l'exclusion des paiements aux termes d'une EDMF (4,1 milliards en 2015-2016 et 6,2 milliards en 2024-2025) ou d'autres formes de rémunération.
- Notre audit de 2011 sur la diversification des modes de financement pour les médecins spécialistes avait également souligné que le Ministère n'avait pas effectué d'examens détaillés pour s'assurer que tous les paiements aux médecins étaient appropriés.

» Recommandation 8



La complexité des codes d'honoraires pour la facturation a entraîné des erreurs et des utilisations inappropriées potentielles.

- La liste d'indemnités du RASO renferme environ 5 000 services que les médecins peuvent facturer ainsi que les codes d'honoraires connexes. Le Ministère et l'OMA ont reconnu la complexité de la liste d'indemnités et ont mis sur pied des groupes de travail pour aider les médecins à comprendre comment utiliser les codes d'honoraires de façon appropriée aux fins de facturation.
- L'Unité des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la Police provinciale de l'Ontario (PPO), qui reçoit des renvois du Ministère et enquête sur les fraudes présumées liées à la facturation, a également souligné qu'en raison de la complexité du système de facturation, il pourrait être difficile de mener des enquêtes.

» **Recommandation 9**

Une surveillance limitée a été exercée afin de protéger les patients contre la facturation injustifiée de services assurés.

- Les examens des infractions potentielles en matière de facturation effectués par le Ministère depuis 2020 révèlent qu'il existe une confusion entourant les services assurés et non assurés. Les patients ne savent pas toujours quels services peuvent être facturés ou non par une ou un médecin. Nous avons constaté que les médecins ont facturé à tort directement aux patients des adaptations et améliorations facultatives ou inutiles sans les informer, comme il se doit, de leur droit de choisir les services couverts par le RASO.

» **Recommandation 10**

// Notre conclusion

Nous avons conclu que le Ministère n'a pas mis en place de systèmes et de procédures efficaces pour relever, examiner et prévenir les factures injustifiées des médecins. De plus, le Ministère ne prend pas rapidement de mesures correctives efficaces et appropriées contre les pratiques de facturation inacceptables qu'il a relevées.

Le Ministère continue d'utiliser un système désuet de traitement des demandes de règlement, dont les fonctionnalités sont limitées pour repérer automatiquement les factures à risque élevé et les prévenir. En 2023, le gouvernement a lancé une initiative pluriannuelle de modernisation du traitement des demandes de règlement, mais des progrès limités ont été accomplis dans ce projet depuis la fin de 2024.

Les travaux d'audit après paiement du Ministère sont de nature réactive, c'est-à-dire qu'ils sont fondés sur les dénonciations et les plaintes plutôt que sur l'analyse des données pour sélectionner les médecins à soumettre à un audit. Huit employés sont affectés à ces travaux d'audit, nombre qui n'a pas changé depuis 2017, ce qui engendre un risque de non-détection de factures injustifiées.

Les audits après paiement ne sont pas toujours terminés dans les délais fixés, et peu ou pas de travail de suivi n'est effectué pour confirmer si les problèmes de facturation relevés lors des audits antérieurs ont été réglés. De plus, le Ministère a des capacités limitées pour recouvrer directement les trop-payés auprès des médecins après avoir conclu qu'ils ou elles ont présenté des factures inadmissibles.

Le Ministère utilise un système désuet de traitement des demandes de règlement doté de fonctionnalités limitées pour repérer automatiquement les factures à risque élevé et les prévenir

Bien que le fait que les médecins facturant des frais injustifiés aux patients constitue un problème courant, le Ministère n'a pas effectué d'examen pour déterminer si certains médecins ou certaines spécialités soulevaient des problèmes systémiques.

Le Ministère a souscrit à nos 10 recommandations.



2.0 Contexte

2.1 Aperçu de la facturation du RASO

Le Ministère fournit des services de santé assurés aux résidents de l'Ontario par l'entremise du RASO. Le RASO a été établi et est régi par la *Loi sur l'assurance-santé*, qui définit les patients admissibles, les services médicaux assurés pour les patients admissibles et les prestataires admissibles aux paiements. En résumé :

- » Les services assurés comprennent les services médicalement nécessaires rendus par des médecins, des hôpitaux, des établissements de santé et des praticiennes et praticiens. Environ 5 000 codes d'honoraires relèvent du financement public dans le cadre du RASO. Les services non assurés sont payés directement par les patients ou leur régime d'assurance privé.
- » Les prestataires admissibles, dont il est question dans cet audit, sont les médecins autorisés par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, ayant une adresse de cabinet principal en Ontario et un numéro de facturation du RASO.

Le Ministère a versé 19,5 milliards de dollars aux médecins par l'entremise du RASO en 2024-2025. Le montant payé au moment de notre dernier audit en 2015-2016 s'élevait à 11,9 milliards de dollars. Après avoir pris en compte le taux d'inflation de 28 % depuis 2015-2016, les paiements ont augmenté de 4,3 milliards de dollars (28 %).

Le Ministère est chargé de surveiller les paiements et d'examiner les pratiques de facturation pour assurer la conformité et prévenir la fraude

Le Ministère est chargé de surveiller les paiements versés aux médecins ainsi que les politiques et procédures connexes. Il est responsable des audits et de l'examen des pratiques de facturation afin d'assurer la conformité et de prévenir la fraude.



2.2 Facturation des paiements à l'acte et aux termes d'EDMF

La majorité des médecins de l'Ontario sont rémunérés selon le modèle de la rémunération à l'acte ou aux termes d'une EDMF. Certains médecins travaillent selon les deux modèles en fonction de leurs domaines d'exercice. Plus particulièrement :

- » Selon le modèle de la rémunération à l'acte, une ou un médecin doit facturer chaque service fourni à ses patients. Cela signifie que plus il y a de services et de patients faisant l'objet de facturation, plus les paiements à la ou au médecin sont élevés. La plupart des spécialistes (ophtalmologues, spécialistes en radiodiagnostic, cardiologues, etc.) facturent selon le modèle de la rémunération à l'acte. Ce modèle représente 13,3 milliards de dollars, soit 68 % du total de 19,5 milliards au titre des paiements versés aux médecins en 2024-2025, comparativement à 7,8 milliards en 2015-2016. Après avoir pris en compte le taux d'inflation de 28 % depuis 2015-2016, les paiements ont augmenté de 3,3 milliards de dollars (25 %).
- » Selon le modèle de paiement aux termes d'une EDMF, une ou un médecin touche un montant fixe pour chaque patient figurant sur sa liste, peu importe le nombre de services fournis. La plupart des médecins de soins primaires et de certaines autres spécialités (p. ex. la médecine d'urgence) sont rémunérés selon le modèle de l'EDMF. Ce modèle représente 6,2 milliards de dollars, soit 32 % du total de 19,5 milliards au titre des paiements versés aux médecins en 2024-2025, comparativement à 4,1 milliards en 2015-2016. Après avoir pris en compte le taux d'inflation de 28 % depuis 2015-2016, les paiements ont augmenté de 0,95 milliard de dollars (15 %).

2.3 Audits après paiement

La plupart des factures des médecins selon le modèle de la rémunération à l'acte sont traitées et payées automatiquement. Par conséquent, les audits après paiement du Ministère portent principalement sur le modèle de la rémunération à l'acte, ce qui pose un risque plus élevé de paiements injustifiés comparativement au modèle de l'EDMF (voir la section 2.2). Dans une analyse de 2024, le Ministère a précisé que de 3 % à 5 % des demandes de règlement pour des services médicaux à l'acte qu'il avait examinées présentaient des anomalies, y compris des factures inadmissibles potentielles. Compte tenu des 13,3 milliards de dollars au titre des paiements à l'acte versés en 2024-2025, cela se traduit par des paiements de 400 à 665 millions environ qui devraient faire l'objet d'un examen supplémentaire.

**De 3 % à 5 %
des demandes de
règlement pour des
services médicaux
à l'acte examinées
présentaient
des anomalies, y
compris des factures
potentiellement
inadmissibles**

Pour vérifier l'exactitude des demandes de règlement et la conformité aux politiques du RASO, le groupe responsable de l'audit des fournisseurs et des paiements du Ministère peut effectuer des audits après paiement des demandes de règlement. Son examen porte sur les secteurs de risque communs suivants :

- » le service n'a pas été fourni en tout ou en partie;
- » le service n'était pas médicalement nécessaire en tout ou en partie;
- » la nature du service a été présentée de manière inexacte, intentionnellement ou non.

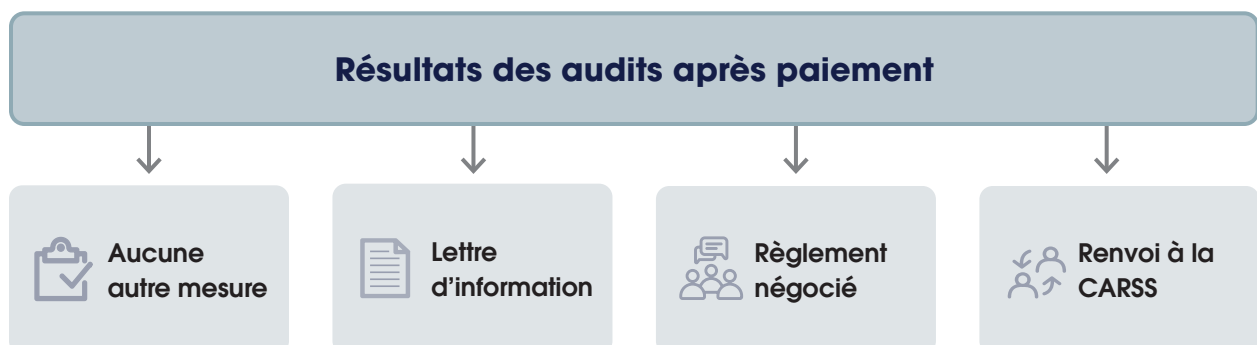
Comme le montre la **figure 1**, un audit après paiement peut produire plusieurs résultats, notamment :

- » ne prendre aucune autre mesure si les demandes de règlement et les paiements connexes sont appropriés;
- » envoyer une lettre d'information pour informer la ou le médecin des pratiques de facturation correctes;
- » négocier une entente de règlement avec la ou le médecin pour rembourser la totalité ou une partie des factures inadmissibles relevées par le Ministère;
- » renvoyer le cas à la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS), un tribunal quasi judiciaire indépendant, pour qu'elle rende une décision relative au paiement si le Ministère et la ou le médecin ne peuvent parvenir à une entente.

Le Ministère peut aussi, à n'importe quel stade d'un audit après paiement, renvoyer le cas à des tiers aux fins d'enquête approfondie, tels que la PPO et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, si celui-ci se rapporte à des infractions criminelles ou aux lois provinciales soupçonnées ou à une inconduite ou s'il soulève des préoccupations relatives à la qualité des soins qui ne relèvent pas de la compétence du Ministère.

Figure 1 : Résultats des audits après paiement

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



Remarque : À tout moment pendant un audit après paiement, le Ministère peut renvoyer le cas à des tiers, comme la PPO et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, aux fins d'enquête plus approfondie.



3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le Ministère a mis en place des systèmes et des procédures efficaces pour :

- » relever, examiner et prévenir les factures injustifiées des médecins conformément aux lois, aux règlements et aux ententes applicables;
- » prendre rapidement des mesures correctives efficaces et pertinentes contre les pratiques de facturation inappropriées relevées.

L'étendue de notre audit englobait les activités de surveillance du Ministère, y compris la prévention et la détection des factures injustifiées de médecins, le processus d'audit après paiement et les efforts pour recouvrer les trop-payés. Notre travail comprenait l'analyse de la facturation des médecins et des paiements qui leur sont versés afin de déterminer la pertinence et l'efficacité des travaux de surveillance du Ministère.

Nous avons également examiné les dossiers et les constatations des audits après paiement, ainsi que la fonctionnalité et les capacités de production de rapports du système ministériel de traitement des demandes de règlement du RASO. Puisque le Ministère a interrompu ses activités de surveillance pendant une partie de la pandémie de COVID-19, notre analyse des données et nos examens documentaires ont principalement porté sur la facturation et les audits après paiement au cours de la période postérieure à la pandémie.

Notre audit n'a pas porté sur le travail effectué par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario sur la qualité des soins prodigués par les médecins ou par l'Unité des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la PPO, car ces deux domaines ne relèvent pas de la compétence du Ministère.

Pour en savoir plus, voir nos **critères d'audit**, **notre approche d'audit** et notre **opinion d'audit**.



4.0 Nos constatations

4.1 Examen des systèmes d'information et des données

4.1.1 Le système de traitement des demandes de règlement a une capacité limitée de signaler automatiquement les factures à risque élevé.

Le système de traitement des demandes de règlement du Ministère, qui est utilisé depuis les années 1980, permet aux médecins et aux autres professionnelles et professionnels de la santé de facturer au RASO les services assurés fournis aux patients. Bien que le système effectue des vérifications automatisées fondées sur les règles générales relatives aux demandes de règlement (p. ex. la validation du numéro de facturation du RASO d'une ou d'un médecin; la restriction de certains codes de facturation en fonction de la spécialité d'une ou d'un médecin; l'obligation pour le personnel du Ministère d'examiner manuellement les demandes de règlement en fonction de codes d'honoraires précis), il comprend une fonctionnalité limitée pour signaler automatiquement les factures anormales aux fins d'enquête approfondie.

Le système de traitement des demandes de règlement paie automatiquement la majorité des demandes de règlement soumises par les médecins dans le cadre du modèle de paiement à l'acte et il n'a pas la capacité d'empêcher les paiements lorsque des demandes à risque élevé sont présentées. Cela engendre un risque de payer des factures inadmissibles pour des services médicaux à l'acte, par exemple lorsque les médecins :

- » facturent plus de 24 heures de services en une journée;
- » facturent un nombre élevé de jours par année (p. ex. 365);
- » facturent des services pour un grand nombre de patients (p. ex. plus de 100) en une journée;
- » représentent des cas d'exception, c.-à-d. que la facturation globale ou les services fournis sont nettement supérieurs à ceux de leurs pairs.

Les activités de surveillance du Ministère se déroulent habituellement après que les médecins ont été rémunérés. Bien qu'il ait cerné des problèmes liés aux risques mentionnés ci-dessus lors de ses travaux de surveillance (voir la **section 4.2**), le Ministère a principalement compté sur les dénonciations et les plaintes pour déterminer la facturation à soumettre à un audit plutôt que d'effectuer une analyse des données exhaustive ou axée sur le risque.

Notre analyse des données de facturation de paiements à l'acte entre 2021-2022 et 2023-2024 a relevé de nombreux exemples de factures à risque élevé qui auraient pu être signalées automatiquement aux fins d'examen si le Ministère avait utilisé un système modernisé de traitement des demandes. La plupart des exemples n'ont pas fait l'objet d'un audit après paiement afin de déterminer si les factures étaient raisonnables et justifiées (voir la **section 4.1.2** et la **figure 6**).

Facturation de plus de 15 heures de service en une seule journée

Certains codes d'honoraires du RASO sont fondés sur le temps, ce qui signifie que le paiement est déterminé en fonction de la durée du service fourni. Les heures de début et de fin du service doivent être consignées dans le dossier médical du patient ou de la patiente. Ces codes sont habituellement utilisés pour les services prévoyant un minimum de temps (p. ex. les consultations) et certains services ou interventions temporels (comme l'anesthésie).

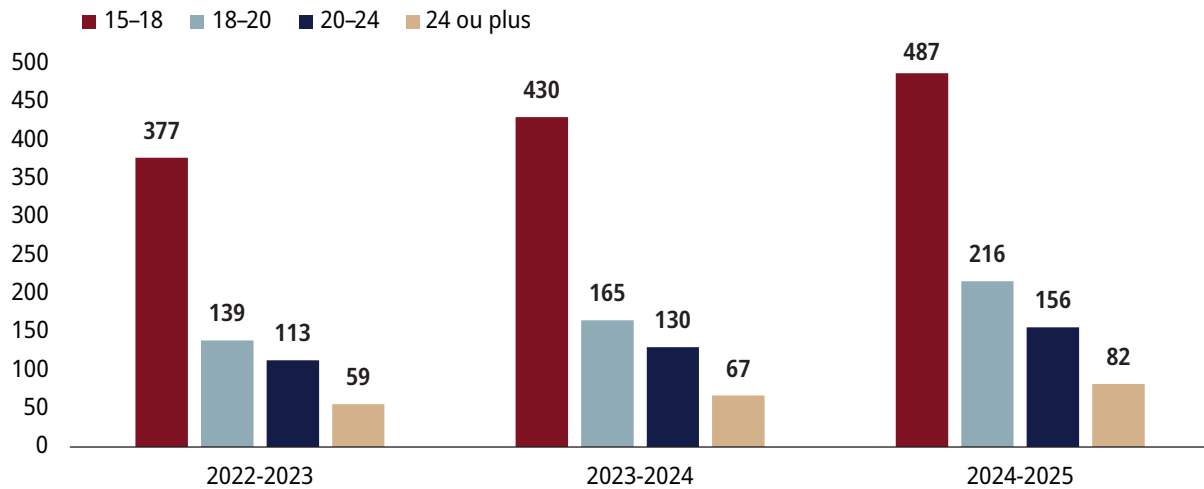
Puisque le système de traitement des demandes de règlement ne peut signaler les factures associées à une utilisation anormale des codes d'honoraires temporels, nous avons demandé au Ministère de fournir des données sur les médecins qui présentent des factures en utilisant des codes d'honoraires temporels, lorsque le temps total facturé excède 24 heures au cours d'une seule journée. Comme le montre la **figure 2**, l'analyse des données sur les demandes de règlement au cours des trois derniers exercices (2022-2023 à 2024-2025) a révélé ce qui suit :

- » Au cours de chacun des trois exercices, 59 médecins uniques ou plus ont facturé 24 heures ou plus de services pendant au moins une journée.
- » Au cours de la période de trois ans, le nombre de médecins qui ont facturé 24 heures ou plus de services pendant au moins une journée a augmenté d'environ 39 %, passant de 59 en 2022-2023 à 82 en 2024-2025.

Le Ministère n'a pas examiné en profondeur la facturation de ces médecins dans le cadre d'un audit après paiement pour déterminer pourquoi ils ou elles ont facturé 24 heures ou plus de services au cours d'une seule journée et s'il y avait lieu de mettre à jour les codes d'honoraires temporels.

Figure 2 : Nombre de médecins selon les heures facturées en une seule journée, 2022-2023 à 2024-2025

Source des données : Ministère de la Santé



Remarque : La figure ne comprend pas les cas de médecins qui facturent moins de 15 heures au cours d'une seule journée.

Bien qu'il n'analyse pas les données de facturation horaire pour sélectionner les factures des médecins à soumettre à un audit après paiement, le Ministère a lancé un projet visant à identifier les médecins ayant facturé un nombre élevé d'heures de services au cours d'une journée pour leur envoyer une lettre d'information. Il nous a informés que ce processus pourrait comprendre la sélection des factures à soumettre à un audit après paiement à l'avenir.

Le Ministère a également relevé, lors d'audits après paiement antérieurs, des cas où des médecins ont facturé plus de 24 heures de services en une seule journée, comme le montrent les exemples suivants. Il aurait pu détecter d'autres cas semblables si son système de traitement des demandes de règlement comportait une fonctionnalité pour signaler automatiquement l'utilisation anormale des codes d'honoraires temporels ou s'il effectuait une analyse des données pour sélectionner les paiements à examiner.

- » Un ou une médecin a facturé plus de 24 heures de services sur une période de 98 jours entre mai 2021 et avril 2022. Pour l'une de ces journées, il ou elle a facturé 114 heures de services. L'audit après paiement effectué par le Ministère a révélé que les heures de début et de fin des services fournis ne figuraient pas dans les dossiers cliniques du ou de la médecin. Le Ministère a relevé des trop-payés de près de 1,4 million de dollars. Puisque le Ministère et la ou le médecin n'ont pu parvenir à une entente sur le remboursement, le cas a été renvoyé à la CARSS en 2023 et une audience est prévue en mai 2026.

Le Ministère n'a pas examiné la facturation de ces médecins pour déterminer pourquoi ils ont facturé plus de 24 heures de services au cours d'une journée

- » Un ou une autre médecin a facturé plus de 24 heures de services en 15 jours sur une période de 6 mois en 2020-2021. L'audit après paiement effectué par le Ministère a révélé que la ou le médecin animait des séances de consultation psychologique en groupe, mais facturait comme s'il ou elle voyait chaque patient individuellement, ce qui a augmenté les heures figurant dans la demande de règlement et a entraîné des factures plus élevées. Ce ou cette médecin a accepté de rembourser 105 000 \$ pour la somme jugée inadmissible.

Il peut y avoir des raisons valables de facturer un grand nombre d'heures par jour, mais le Ministère ne peut pas savoir si les factures sont justifiées si les cas ne sont pas signalés aux fins d'examen.

Nombre élevé de jours travaillés au cours d'une année

Lorsqu'ils ou elles présentent des demandes de règlement au Ministère, les médecins doivent préciser les dates auxquelles les services ont été fournis. Notre examen des jours de service dans toutes les demandes de règlement présentées au cours des trois derniers exercices (2021-2022 à 2023-2024) a révélé qu'entre 104 et 130 médecins de nombreuses spécialités ont déclaré avoir travaillé 365 ou 366 jours au cours d'une année (voir la **figure 3**). Nous avons également constaté que 66 médecins ont déclaré avoir travaillé tous les jours au cours de ces trois exercices. Comme il est exposé en détail à la **section 4.1.2**, nous avons relevé des cas précis de médecins qui ont présenté des demandes de règlement de plusieurs millions de dollars pour un nombre élevé de jours travaillés au cours d'une seule année, sans cependant qu'ils aient été audités par le Ministère (voir la **figure 6**).

Encore une fois, il peut s'agir de demandes valides, mais elles doivent être signalées comme présentant un risque élevé aux fins d'examen par le Ministère.

Figure 3 : Nombre de médecins par jours travaillés*, 2021-2022 à 2023-2024

Source des données : Ministère de la Santé

Jours travaillés	2021-2022	2022-2023	2023-2024
365 ou 366	118	104	130
351 à 364	328	270	302
301 à 350	2 536	2 225	2 118
261 à 300	4 785	4 306	4 242

* Sont exclus les médecins qui ont travaillé 260 jours ou moins au cours de l'année.



Facturation relative à un nombre élevé de patients par jour

Notre examen des données sur les demandes de règlement au cours des trois derniers exercices (2021-2022 à 2023-2024) a révélé que 101 médecins ont facturé des services fournis à 100 patients ou plus en moyenne par jour pour chacun de ces exercices. La durée de chaque service offert par les médecins peut varier d'un patient à l'autre.

Nous avons également relevé de nombreux exemples où des médecins ont facturé des services fournis à plus de 500 patients en une seule journée, sans cependant qu'ils fassent l'objet d'un audit après paiement. Cela signifie fournir un service à un patient toutes les 2,88 minutes au cours d'une période de 24 heures. La **figure 4** présente des cas anonymisés de médecins dont la facturation est excessivement élevée et ayant facturé des services à un nombre élevé de patients en 2023-2024. Par exemple, la ou le médecin dans la figure qui a soumis le plus grand nombre de factures, totalisant 4,3 millions de dollars, a facturé les services fournis à 461 patients par jour en moyenne, c.-à-d. un patient toutes les trois minutes en 24 heures, et à 930 patients au cours d'une journée extrême.

Un examen du Ministère serait justifié pour déterminer si les factures des médecins étaient justifiées ou erronées, par exemple les demandes de règlement sont soumises le vendredi pour tous les services fournis pendant la semaine.

Figure 4 : Exemples de médecins affichant des taux élevés de facturation quotidienne, 2023-2024

Source des données : Ministère de la Santé

Médecin	Spécialité	Facturation totale des services médicaux à l'acte (en millions de dollars)	N ^{bre} de patients auxquels des frais sont facturés (par jour) ¹	
			Moyenne	N ^{bre} maximal
A	Radiodiagnostic	4,3	461	930
B²	Pédiatrie	3,1	135	764
C	Radiodiagnostic	3,0	322	728
D	Médecine interne	1,7	60	693
E	Néphrologie	1,5	86	675
F	Cardiologie	1,2	42	464
G	Médecine familiale et médecine générale ³	1,3	112	523

1. Le nombre de patients auxquels des frais ont été facturés dans le système de traitement des demandes de règlement peut se rapporter à des visites en personne ou au travail effectué par les médecins en l'absence de patients, comme l'examen des résultats des tests.
2. Un audit après paiement des factures de ce médecin a été effectué en 2022 et a révélé des trop-payés de 5,7 millions de dollars. Le médecin n'était pas d'accord avec les constatations de l'audit. Le cas a été renvoyé à la CARSS en 2024 et une audience était en attente au moment de notre audit.
3. La médecine familiale et la médecine générale sont habituellement les spécialités par défaut des médecins qui travaillent dans des domaines comme la médecine des toxicomanies et la médecine de la douleur.

Facturation élevée par rapport à celle des pairs

Outre l'examen des habitudes ou des tendances de facturation des médecins, une autre façon de déterminer les factures à risque élevé consiste à comparer les factures de différents médecins de la même spécialité. Les factures de médecins qui sont beaucoup plus élevées que celles de leurs pairs pourraient signaler d'éventuels problèmes de facturation, notamment :

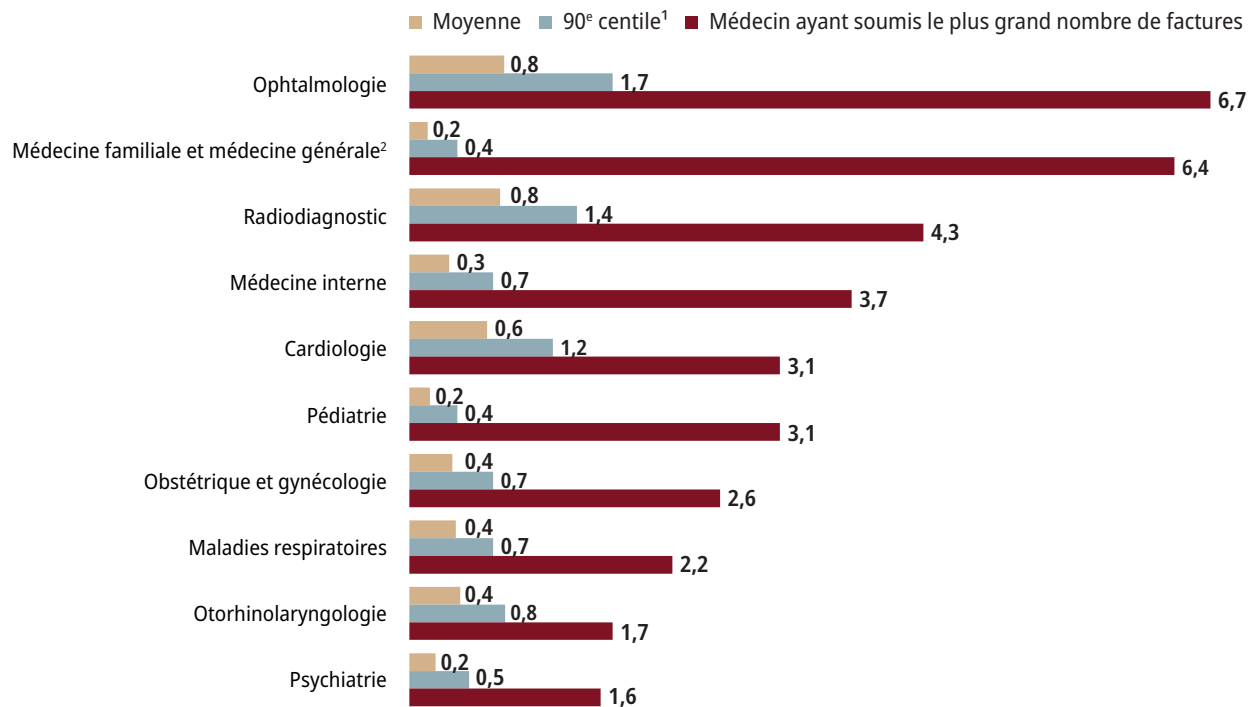
- » l'utilisation de codes d'honoraires donnant droit à des paiements plus élevés que les services réels fournis (surcodage);
- » la facturation de services non facturables (p. ex. services fournis par une infirmière ou une adjointe au médecin plutôt que par la ou le médecin).

La **figure 5** montre les résultats de notre analyse des données sur les demandes de règlement pour des services médicaux à l'acte dans 10 spécialités. Nous avons constaté qu'en 2023-2024, le total des paiements versés à la ou au médecin ayant soumis le plus grand nombre de factures dans chaque spécialité était nettement supérieur à la facturation du 90^e centile des autres médecins de cette spécialité.

Le 90^e centile correspond à la tranche supérieure de 10 % des factures des médecins. Par exemple, le paiement total versé à la ou au médecin dont la facturation était la plus élevée en ophtalmologie s'élevait à 6,7 millions de dollars. C'était presque trois fois plus que la facturation du 90^e centile des médecins de cette spécialité. Un autre exemple est la médecine familiale et la médecine générale, où le 90^e centile de la facturation s'établissait à 0,4 million de dollars, tandis que la facturation la plus élevée d'un ou d'une médecin totalisait 6,4 millions. Comme il est mentionné à la **section 4.1.2**, nous avons relevé des cas précis de médecins présentant des tendances de facturation à risque élevé, y compris des factures beaucoup plus élevées que celles de leurs pairs, qui n'ont pas été auditées par le Ministère (voir la **figure 6**).

Figure 5 : Facturation selon la spécialité, 2023-2024 (en millions de dollars)

Source des données : Ministère de la Santé



1. Signifie que 90 % des médecins de chaque spécialité ont facturé un montant égal ou inférieur au montant indiqué et que 10 % seulement ont facturé un montant supérieur.

2. La médecine familiale et la médecine générale sont habituellement les spécialités par défaut des médecins qui travaillent dans des domaines comme la médecine des toxicomanies et la médecine de la douleur.

Figure 6 : Exemples de préoccupations majeures relatives à la facturation non auditée par le ministère de la Santé, 2021-2022 à 2023-2024

Source des données : Ministère de la Santé

Médecin	Spécialité	Facturation totale 2021-2022 à 2023-2024	Préoccupations ou risques liés à la facturation		
			Nbre le plus élevé de jours travaillés par année	Nbre le plus élevé de patients par jour	Facturation élevée par rapport à celle des pairs
A	Radiodiagnostic	7,6 millions	364 jours et plus par année	428 en 2021-2022 574 en 2022-2023 728 en 2023-2024	3 millions en 2023-2024, comparativement à 1,4 million ou moins chez 90 % des pairs
B	Maladies respiratoires	6,4 millions	363 jours et plus par année	98 en 2021-2022 104 en 2022-2023 114 en 2023-2024	2,2 millions en 2023-2024, comparativement à 700 000 \$ ou moins chez 90 % des pairs
C	Ophtalmologie	19 millions	S.O.	232 en 2021-2022 220 en 2022-2023 233 en 2023-2024	6,7 millions en 2023-2024, soit plus du double de la facturation de la ou du pair s'étant classé au deuxième rang
D	Radiodiagnostic	9,6 millions	300 jours et plus en 2022-2023 et 2023-2024	580 en 2021-2022 701 en 2022-2023 930 en 2023-2024	4,3 millions en 2023-2024, comparativement à 1,4 million ou moins chez 90 % des pairs
E	Cardiologie	7 millions	364 jours et plus par année	123 en 2021-2022 118 en 2022-2023 113 en 2023-2024	2,4 millions en 2023-2024, comparativement à 1,2 million ou moins chez 90 % des pairs
F	Médecine interne	11,5 millions	288 jours et plus facturés chaque année	71 en 2021-2022 72 en 2022-2023 81 en 2023-2024	3,7 millions de dollars en 2023-2024, soit 566 000 \$ de plus que la ou le pair occupant le deuxième rang
G	Médecine familiale et médecine générale*	4,9 millions	365 jours et plus par année	731 en 2021-2022 692 en 2022-2023 600 en 2023-2024	1,7 million en 2022-2023, comparativement à 383 000 \$ ou moins chez 90 % des pairs

* La médecine familiale et la médecine générale sont habituellement les spécialités par défaut des médecins qui travaillent dans des domaines comme la médecine des toxicomanies et la médecine de la douleur.

4.1.2 Le Ministère n'utilise pas d'approche d'analyse des données fondée sur le risque pour sélectionner les audits après paiement.

Le Ministère compte surtout sur les dénonciations et les plaintes pour identifier les médecins à soumettre à un audit après paiement. Le nombre de dénonciations et de plaintes reçues par les groupes chargés de la surveillance des paiements du Ministère est passé de 74 en 2019-2020 à 180 en 2024-2025.

Au total, 440 audits après paiement ont été effectués entre 2022-2023 et 2024-2025, dont certains précédaient ces exercices. Environ 60 % des audits menés à terme ont fait état de préoccupations en matière de facturation et ont donné lieu soit à une lettre d'information, à un recouvrement des trop-payés ou à un renvoi à la CARSS. Les 40 % restants n'ont soulevé aucune préoccupation. Nous avons constaté que le Ministère était parvenu à recouvrer 8,1 millions de dollars au titre des trop-payés entre 2022 et 2025 en effectuant des audits après paiement principalement fondés sur des dénonciations et des plaintes (voir la **section 4.2.1**).

60 % des audits après paiements effectués entre 2022-2023 et 2024-2025 ont révélé des problèmes de facturation

Bien que les dénonciations et les plaintes soient utiles pour détecter les factures inadmissibles, elles ne remplacent pas la nécessité d'analyser, de façon proactive et indépendante, les données sur les demandes de règlement, comme nous l'avons fait à la **section 4.1.1**.

Lors de notre analyse des données, nous avons relevé des cas précis de médecins de diverses spécialités soulevant d'importantes préoccupations ou présentant de sérieux risques en matière de facturation qui n'avaient pas fait l'objet d'un audit (voir la **figure 6**). Ces cas anonymisés étaient fondés sur les données de facturation pour la période de 2021-2022 à 2023-2024. Le Ministère n'a pas mené de travaux d'audit sur la facturation de ces médecins depuis au moins deux ans, malgré le fait que des données permettant de cerner ces risques étaient disponibles.

■ Pourquoi est-ce important?

Le fait de compter sur les dénonciations et les plaintes pour effectuer des travaux de surveillance s'inscrit dans une approche réactive. Le fait de ne pas analyser les données de façon proactive pour déterminer et sélectionner les factures de médecins à auditer constitue une mauvaise gestion financière et crée un risque de non-détection des factures injustifiées. L'utilisation d'une approche proactive économiserait des millions de dollars aux contribuables ontariens.

Recommandation 1

Le Ministère devrait :

- utiliser des outils d'analyse des données pour signaler les paiements à risque élevé à soumettre à un examen pendant que le projet de modernisation du traitement des demandes de règlement est mis en œuvre;
- élaborer et mettre en œuvre une approche axée sur le risque qui comprend l'analyse des données pour identifier et sélectionner les médecins à soumettre à un audit après paiement.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.

4.1.3 L'absence de progrès dans la modernisation du système a retardé la réalisation des avantages.

Dans son budget de 2023, le gouvernement de l'Ontario a lancé une initiative pluriannuelle de modernisation du traitement des demandes de règlement afin de mettre à niveau les processus opérationnels et l'infrastructure de TI qui servent à gérer les demandes de règlement pour trois programmes de santé : le RASO, le Programme de médicaments de l'Ontario et le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels. On a demandé au Ministère d'élaborer une stratégie de modernisation. Certains travaux de planification et analyses préliminaires ont été effectués, mais nous avons remarqué que le Ministère n'a pas commencé à moderniser le système de traitement des demandes de règlement.

L'initiative de modernisation du traitement des demandes de règlement est en suspens en attendant l'approbation du gouvernement pour aller de l'avant

Nous avons examiné la documentation relative à l'initiative de modernisation du traitement des demandes de règlement et constaté que l'avantage estimatif prévu se chiffrait à plus d'un milliard de dollars par année, une fois la mise en œuvre terminée. Cette estimation était fondée sur l'analyse d'un expert-conseil externe, qui a déterminé que de 3 % à 5 % environ des demandes de règlement (totalisant de 1 à 1,4 milliard de dollars) pour les trois programmes de santé renfermaient des anomalies. L'avantage estimatif découlerait principalement de la détection des factures et des demandes de règlement à risque élevé avant leur paiement, ce qui réduirait la nécessité de travaux après le paiement et éviterait les difficultés liées au recouvrement des trop-payés. Comme il est mentionné à la **section 2.3**, une analyse supplémentaire effectuée par le Ministère a révélé que de 3 % à 5 % des demandes de règlement pour des services médicaux à l'acte examinées présentaient des anomalies, y compris des factures potentiellement inadmissibles.

Compte tenu des 13,3 milliards de dollars au titre des paiements à l'acte versés en 2024-2025, cela se traduit par des paiements de 400 à 665 millions environ qui devraient faire l'objet d'un examen supplémentaire.

Le Ministère a souligné que la modernisation du système prendrait environ de six à huit ans. En décembre 2024, le Ministère avait terminé les travaux de planification préliminaires, qui comprenaient la détermination des défis actuels liés au système et des solutions possibles. Nous avons remarqué que le projet est depuis en attente de l'approbation du gouvernement avant d'aller de l'avant.

Nous avons aussi constaté que le Ministère n'a pas déterminé les points à améliorer ni comment et quand cela sera fait. Par exemple, les travaux préliminaires effectués par le Ministère à ce jour ne révèlent pas si un système modernisé comprendrait une fonctionnalité pour signaler les factures à risque élevé ou empêcher leur paiement, comme il est mentionné à la **section 4.1.1**.

■ Pourquoi est-ce important?

Le RASO est le deuxième programme de paiement en importance dans la province. La détermination des factures à risque élevé à soumettre à un examen avant le paiement permettrait d'éviter les factures inadmissibles et d'éliminer la nécessité de recouvrer les trop-payés. Selon l'estimation ci-dessus, ces mesures économiseraient un milliard de dollars en argent des contribuables, qui pourraient être affectés à d'autres dépenses en soins de santé, comme la prise en charge de personnes par des médecins de famille et des praticiens ou praticiennes.

Recommandation 2

Le Ministère devrait :

- définir les indicateurs de risque élevé de facturation potentiellement injustifiée et les intégrer au système modernisé de traitement des demandes de règlement;
- mettre à jour le calendrier de modernisation du traitement des demandes de règlement et les attentes connexes, par exemple définir des fonctionnalités particulières qui aideront à renforcer la capacité du système modernisé à détecter automatiquement les factures à risque élevé.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.



4.2 Détection des factures inadmissibles

4.2.1 Des ressources limitées sont disponibles pour détecter les factures injustifiées.

Le Ministère compte principalement sur les dénonciations et les plaintes de diverses sources, par exemple le public, les autres médecins et le personnel de cliniques, pour détecter les problèmes de facturation et enquêter sur ceux-ci. Comme il est mentionné à la **section 4.1.1**, le système désuet de traitement des demandes de règlement du Ministère comporte une fonctionnalité limitée pour signaler automatiquement les factures à risque élevé et il y a un nombre limité d'employés qui travaillent à l'analyse des données de facturation.

L'équipe des audits et de l'arbitrage du Ministère compte un sous-groupe de huit employés, dont un médecin-conseil, qui sont chargés d'effectuer des audits après paiement des factures de services médicaux à l'acte. Le sous-groupe relève les factures inadmissibles et recouvre les trop-payés. Alors que les audits ont relevé des factures inadmissibles et ont donné lieu au recouvrement de 8,1 millions de dollars entre 2022 et 2025, les travaux d'audit ont été réactifs au lieu d'être dirigés de façon proactive au moyen d'une approche axée sur les données et les risques pour déterminer les factures à soumettre à un audit éventuel.

Lors de notre audit de 2016 de la facturation des médecins, nous avons recommandé que le Ministère renforce son contrôle et sa surveillance des paiements à l'acte. En 2017, le Ministère a proposé de recruter du personnel supplémentaire pour renforcer la surveillance et sa capacité d'effectuer un plus grand nombre d'audits après paiement des factures à risque élevé.

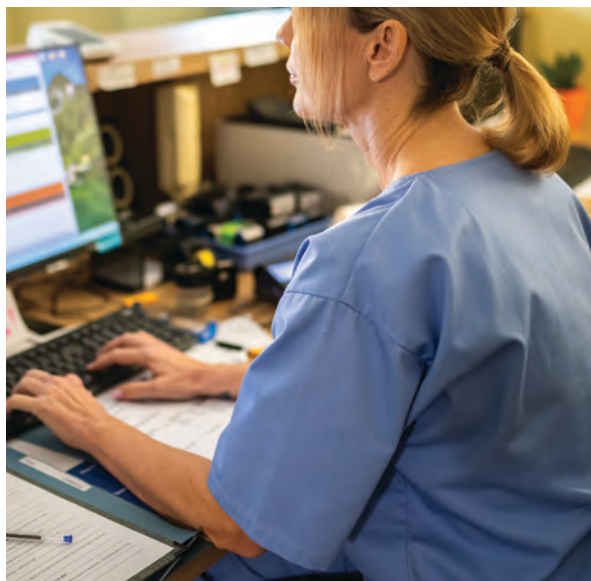
La proposition de 2017 prenait en compte ce qui suit :

- » L'Ontario comptait 0,4 membre du personnel d'audit pour 1 000 médecins, tandis que la moyenne des autres provinces était de 5,3 membres du personnel pour 1 000 médecins.

» Le fait d'augmenter le personnel de surveillance accorderait au Ministère d'importants avantages financiers, p. ex. éviter les factures inadmissibles ou recouvrer les trop-payés, et chaque tranche de revenus d'investissement de 2 millions de dollars au titre de la dotation procurerait des avantages totalisant de 8 à 10 millions de dollars. Par exemple, le Ministère estimait que le fait de relever de 13 à 40 le nombre d'employés affectés à la responsabilisation en matière de paiement procurerait des avantages nets de 40 millions de dollars grâce à la détection d'un plus grand nombre de factures inadmissibles et au recouvrement des trop-payés.

40 millions de dollars

Estimation par le Ministère des avantages nets découlant de l'augmentation du nombre d'employés affectés à la responsabilisation en matière de paiement, qui sont passés de 13 à 40



Le Ministère a reçu l'autorisation d'embaucher 22 autres employés pour la responsabilisation en matière de paiement, et il prévoyait d'en affecter certains à la réalisation de travaux d'audit après paiement. Nous avons constaté que 17 de ces employés supplémentaires ont été réaffectés de façon permanente à d'autres secteurs du Ministère et que cinq seulement étaient demeurés au sein de l'équipe de la responsabilisation en matière de paiement. Au moment de notre audit, le nombre d'employés (huit) qui effectuaient spécifiquement des audits après paiement n'avait pas changé par rapport au niveau de dotation qui existait avant la proposition de 2017.

En 2024-2025, le Ministère a présenté une autre proposition demandant 15 employés supplémentaires pour la responsabilisation en matière de paiement, et s'attendait à en affecter certains aux audits après paiement. Cette proposition est toujours en attente et aucune décision n'avait été prise au moment de notre audit.

■ Pourquoi est-ce important?

Les Ontariennes et Ontariens s'attendent à ce que le Ministère adopte des approches pour garantir la validité des paiements versés aux médecins, notamment en affectant le nombre approprié d'employés qualifiés à cette tâche. Sans utiliser d'outils d'analyse des données ni mettre à jour les systèmes pour automatiser le processus de détection des factures inadmissibles et de recouvrement des trop-payés, le Ministère doit continuer de faire appel au personnel pour repérer manuellement les factures à risque élevé et effectuer les audits après paiement. Il n'a toutefois pas affecté de ressources supplémentaires à ce travail depuis 2017. Sans exercer plus d'activités de surveillance des paiements, y compris les audits après paiement, il existe un risque que des millions de dollars au titre des factures injustifiées continuent d'être payés, ce qui compromettrait l'optimisation des ressources pour les contribuables de l'Ontario.

Recommandation 3

Nous recommandons que le Ministère examine son effectif interne et réévalue ses besoins en dotation et en ressources technologiques pour effectuer des travaux de surveillance de la facturation des médecins, comme les audits après paiement.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.

4.2.2 Le processus d'envoi de lettres d'information aléatoires a été suspendu en 2019.

En février 2019, le Ministère a suspendu son processus d'envoi de lettres d'information aléatoires en raison de son système désuet et de ses difficultés en matière de dotation. Nous avons constaté qu'en septembre 2025, il n'avait pas établi d'échéancier pour la remise en œuvre du processus.

Par le passé, le Ministère a repéré de façon proactive les factures potentiellement inadmissibles au moyen du processus des lettres d'information aléatoires. Ce processus consistait à sélectionner un ensemble aléatoire de patients et à leur envoyer des lettres pour vérifier s'ils avaient reçu les services facturés par leurs médecins.

Nous avons analysé les résultats antérieurs de ce processus et constaté que le Ministère avait réalisé des économies mineures après l'envoi de lettres d'information, qui avaient permis d'améliorer les pratiques de facturation.

Nous avons aussi constaté qu'il était possible d'améliorer l'efficacité et l'efficacité du processus. Par exemple, au lieu d'envoyer des lettres à un ensemble aléatoire de patients, le Ministère pourrait sélectionner des patients qui ont reçu des services de médecins qui avaient déjà éprouvé des problèmes de facturation ou posé des risques, y compris ceux dont il est question à la **section 4.1.1**.

La remise en œuvre du processus d'envoi de lettres d'information à des patients en particulier aiderait le Ministère à identifier les médecins à sélectionner pour un examen approfondi dans le cadre du processus d'audit après paiement.

En 2022, la Division de la vérification interne de l'Ontario a effectué un audit des contrôles internes du processus de traitement des demandes de règlement pour services médicaux du RASO et a formulé des constatations similaires. Dans son audit, la Division avait signalé que la suspension du processus d'envoi de lettres d'information aléatoires compromettait le contrôle des situations à risque élevé et avait recommandé que le Ministère rétablisse le processus. La Division a fait remarquer que la suspension du processus pourrait nuire à la capacité du Ministère de repérer et de décourager les factures injustifiées et potentiellement, de recouvrer les trop-payés.



■ Pourquoi est-ce important?

En suspendant le processus des lettres d'information aléatoires, le Ministère a cessé d'effectuer un contrôle efficace axé sur les patients qui, par le passé, a généré des économies. Il a également raté l'occasion d'identifier de façon proactive les médecins dont la facturation pourrait être injustifiée en vérifiant les services fournis et les demandes de règlement directement et indépendamment auprès des patients.

Recommandation 4

Nous recommandons au Ministère de rétablir le processus d'envoi de lettres d'information et de trouver des façons d'accroître son efficacité et son efficacité, par exemple en utilisant une approche axée sur le risque et l'analyse des données pour sélectionner des patients auxquels envoyer des lettres.

Pour les réponses de l'entité auditi e, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditi e**.

4.2.3 Des mesures limitées ont été prises pour réduire la facturation de services médicaux inutiles.

Dans le cadre de l'entente sur les services de médecin de 2017-2021, intervenue entre le Ministère et l'OMA, une arbitre a approuvé l'établissement du Groupe de travail bilatéral sur l'utilisation appropriée des services (GUAS). Le GUAS a reçu le mandat d'utiliser des données probantes et des pratiques exemplaires pour améliorer la qualité des soins aux patients en réduisant le recours aux services médicaux inutiles ou inappropriés.

L'arbitre a signalé l'existence de preuves selon lesquelles moins de 4 % des médecins de famille de l'Ontario ont demandé près de 40 % des examens jugés « de faible valeur ». Choisir avec soin et l'Institut canadien d'information sur la santé ont tous deux estimé que jusqu'à 30 % des services médicaux au Canada sont inutiles et inappropriés.

En 2019, le GUAS a ciblé des réductions de 480 millions de dollars par année au titre des services médicaux inutiles. Le Ministère a fait savoir que le GUAS a interrompu certains de ses travaux pendant la pandémie de COVID-19. En 2024-2025, 18 % (87 millions de dollars) des réductions ciblées ont été réalisées. Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas mis en œuvre certaines des propositions du GUAS qui devaient générer d'autres réductions.



Une proposition concernait l'utilisation inappropriée ou excessive des injections pour la douleur chronique. Par exemple, les audits du Ministère ont cerné de nombreux cas où les médecins déléguaient les services de gestion de la douleur à de non-médecins qui ne sont pas admissibles à la facturation du RASO ou qui auraient facturé de façon inappropriée des services de gestion de la douleur.

La proposition du GUAS prévoyait de transférer les patients ayant reçu plus de 48 injections d'anesthésie tronculaire pour la douleur chronique par année dans une clinique multidisciplinaire de traitement de la douleur chronique financée par le Ministère. Bien que le GUAS ait estimé que cette proposition réduirait les services inappropriés de 100 millions de dollars environ par année, le Ministère n'y a pas donné suite.

Notre examen des données sur les paiements à l'acte a révélé que les 10 principaux médecins qui offraient des services de gestion de la douleur ont facturé un total combiné de près de 60 millions de dollars en 2024-2025. Chaque médecin a facturé de 4,3 à 9,9 millions de dollars cette année-là. Deux de ces médecins avaient été sélectionnés par le Ministère pour des audits après paiement, qui étaient en cours au moment de notre audit.

60 millions de dollars
facturés en 2024-2025 par les 10 principaux médecins offrant des services de gestion de la douleur

Une autre proposition du GUAS concernait les examens cardiaques et offrait la possibilité de réduire les échocardiogrammes médicalement inutiles à répétition totalisant environ 40 millions de dollars. Au moment de notre audit, cette initiative demeurait en suspens.

En plus de la facturation excessive des services de gestion de la douleur et des examens cardiaques, nos audits antérieurs ont également soulevé des préoccupations concernant la facturation des services médicaux inutiles dans d'autres spécialités. Par exemple, notre audit de 2024, Mise en œuvre et surveillance de la Stratégie ontarienne relative aux opioïdes, a cerné des cas de facturation excessive des services de traitement des toxicomanies. Le Ministère a effectué des examens limités de ces cas pour déterminer si les services fournis étaient médicalement nécessaires et si les factures connexes étaient justifiées. Par exemple :

- » **Facturer des services médicaux inutiles** : Une ou un médecin a facturé un nombre excessif d'analyses d'urine pour des patients dont l'état était stable.
- » **Voir un nombre très élevé de patients par jour** : Un ou une médecin a vu en moyenne 113 patients en personne et 74 virtuellement chaque jour en 2023-2024 et a facturé près de 1,8 million de dollars.

■ Pourquoi est-ce important?

Les médecins qui fournissent des services médicaux inutiles ou inappropriés font hausser le coût des soins financés par les contribuables. De plus, le Ministère rate l'occasion d'utiliser l'argent des contribuables plus efficacement pour améliorer la qualité des soins.

Recommandation 5

Pour réduire le recours aux services médicaux inutiles ou inappropriés, le Ministère devrait :

- examiner la facturation excessive de ces services;
- reprendre les travaux liés aux propositions du Groupe de travail sur l'utilisation appropriée des services.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.



4.3 Mesures postérieures à l'audit et recouvrement des trop-payés

4.3.1 Le Ministère n'a pas le pouvoir de recouvrer les trop-payés.

Bien qu'il puisse demander à un ou une médecin de rembourser les montants jugés inadmissibles à la suite d'un audit après paiement, le Ministère n'est pas autorisé par la loi à recouvrer directement les trop-payés si le ou la médecin refuse d'effectuer un remboursement.

Lorsque le Ministère et une médecin ne peuvent parvenir à un règlement négocié, le Ministère peut renvoyer le cas à la CARSS, qui est autorisée par la loi à rendre des ordonnances relatives à la facturation des médecins, y compris leur ordonner d'effectuer un remboursement.

Par le passé, lorsqu'il a relevé des factures injustifiées, le Ministère a généralement négocié un règlement avec les médecins aux fins de remboursement, qui était souvent inférieur au montant qu'il avait initialement jugé inadmissible. Par exemple, parmi les audits après paiement effectués entre 2015-2016 et 2021-2022, le Ministère a relevé des trop-payés de l'ordre de 18 millions de dollars et a recouvré 7,7 millions (43 %) après avoir négocié des règlements. Il s'agit du processus habituel dans le cas d'un règlement négocié.

En 2021, à la suite des modifications apportées à la *Loi sur l'assurance-santé*, le processus d'audit après paiement a été modifié, ce qui a permis au Ministère de renvoyer des cas à la CARSS. Concernant les 32 audits dans le cadre desquels un règlement a été négocié entre avril 2022 et mars 2025, le Ministère a relevé des trop-payés d'environ 8,9 millions de dollars et a recouvré 8,1 millions (91 %). De plus, 29 autres cas, représentant 22 millions de dollars en trop-payés, ont été renvoyés à la CARSS parce que les médecins n'étaient pas d'accord avec le Ministère ou avaient refusé de le rembourser. Comme il est mentionné à la **section 4.3.2**, ces 29 cas se poursuivent devant la CARSS. Certains cas renvoyés à la CARSS remontent à avril 2023.

Le Ministère a renvoyé à la CARSS 29 cas représentant 22 millions de dollars en trop-perçus

Le Ministère a souligné que certains ministères d'autres administrations canadiennes peuvent prendre des décisions finales sur la valeur des trop-payés et les recouvrer directement en déduisant des sommes de paiements futurs versés aux médecins. Le Ministère nous a également informés que le gouvernement de l'Ontario avait proposé cette méthode de recouvrement des trop-payés dans la *Loi de 2019 sur le plan pour bâtir l'Ontario ensemble*, mais des modifications avaient été apportées afin de supprimer cette proposition en réponse aux préoccupations soulevées par les parties prenantes.

Nous avons relevé des exemples où le Ministère a recouvré les trop-payés en déduisant des sommes des factures futures des médecins, mais les déductions étaient fondées sur un règlement négocié que les médecins devaient approuver. Par exemple, un ou une médecin n'a pas été en mesure de justifier de nombreuses demandes de règlement et a accepté de rembourser plus de 900 000 \$. Cela faisait partie d'un règlement négocié, approuvé par le ou la médecin, qui autorisait le Ministère à déduire ce montant de factures futures s'échelonnant sur 24 mois.

■ Pourquoi est-ce important?

Le non-recouvrement des trop-payés auprès des médecins engendre un gaspillage de l'argent des contribuables. Le renforcement des mécanismes de recouvrement permettrait au Ministère d'utiliser les fonds publics de façon plus efficace et efficiente, en plus d'affecter les fonds recouverts à la prestation de soins supplémentaires aux patients.

Recommandation 6

Nous recommandons au Ministère d'examiner ses mécanismes existants de recouvrement des paiements et d'améliorer les processus afin d'accroître le recouvrement des trop-payés auprès des médecins.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.

4.3.2 Le processus d'audit après paiement donne lieu à des retards et fait l'objet d'un suivi limité.

Nous avons observé qu'il faut parfois des années avant de mettre fin aux audits après paiement et d'obtenir les remboursements connexes, malgré l'objectif du Ministère d'effectuer les audits dans un délai d'un an. Les retards importants dans les audits créent un risque que le Ministère continue de payer des montants potentiellement inadmissibles jusqu'à ce que les audits soient terminés. Il est également plus difficile d'effectuer les recouvrements en raison de la période plus longue.



Lorsque le Ministère soumet une ou un médecin à un audit après paiement, il amorce le processus en lui envoyant une lettre pour l'aviser qu'il ou elle a été sélectionné pour un audit. Dans la lettre, il demande à la ou au médecin de fournir des documents justificatifs afin de vérifier que les demandes de règlement visées ont été soumises et payées conformément aux exigences de la *Loi sur l'assurance-santé* et à la liste d'indemnités. À partir de ce moment, des communications sont généralement échangées au sujet des demandes de règlement et des documents justificatifs.

Une fois qu'il a reçu et examiné tous les documents justificatifs, le Ministère informe la ou le médecin de ses constatations et lui donne l'occasion d'y répondre. Il rend ensuite sa décision finale. Il peut s'agir d'une lettre d'information, d'une demande de remboursement ou de la clôture de l'audit sans conclure à une facturation inadmissible.

Nous avons examiné les échéanciers des 173 audits après paiement entrepris et terminés entre 2022-2023 et 2024-2025. Nous avons constaté que 21 audits (12 %) ont pris plus d'un an, ce qui comporte un risque qu'un ou une médecin continue de soumettre des factures inadmissibles au cours de cette période et que les recouvrements soient plus difficiles à effectuer.

Nous avons cerné plusieurs raisons pour lesquelles le Ministère n'effectuait pas les audits en temps opportun. En particulier, il a consacré des heures supplémentaires aux activités suivantes :

- » les nombreuses demandes de renseignements et les retards dans la réception de documents;
- » les négociations entre le Ministère et la ou le médecin au sujet des montants à rembourser ou de son refus de rembourser;
- » le renvoi à la CARSS pour qu'elle rende une décision finale.

Parmi ces raisons, le renvoi à la CARSS a pour effet de retarder considérablement certains audits après paiement. Au moment de notre audit, 35 cas avaient été renvoyés à la CARSS aux fins d'examen. De ce nombre, 29 étaient toujours en cours. Certains des cas renvoyés à la CARSS remontent à avril 2023.

Nous avons aussi remarqué que le Ministère n'a pas établi de processus de suivi officiel pour faire en sorte que les médecins, qui ont déjà soumis des factures inadmissibles, corrigent ou améliorent leurs pratiques de facturation ainsi que pour éviter la récurrence de problèmes de facturation identiques ou similaires.

Nous avons sélectionné un petit échantillon de médecins audités par le Ministère au cours des cinq dernières années, qui avaient dû rembourser des montants inadmissibles. Notre examen de ces médecins a révélé ce qui suit :

- » Bien qu'il n'y ait pas de processus de suivi officiel, le Ministère a sélectionné quatre médecins qui seront audités de nouveau, ce qui met en évidence un risque qu'ils et elles aient continué de soumettre des factures inadmissibles après l'audit initial. Trois de ces médecins avaient aussi reçu une lettre d'information après l'audit initial.
- » Cinq médecins, qui avaient déjà soulevé des problèmes liés aux trop-payés, n'avaient pas fait l'objet d'un autre examen ou audit depuis leur dernier audit après paiement. Deux de ces médecins ont facturé plus d'un million de dollars chacun ou chacune en 2023-2024.



■ Pourquoi est-ce important?

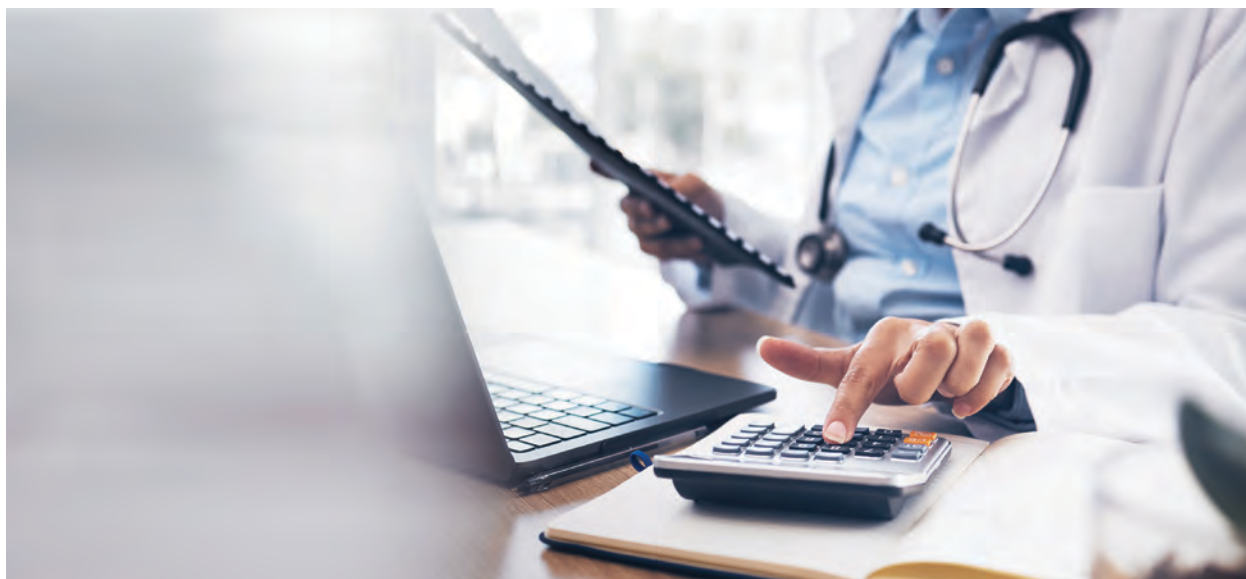
La mise en place d'un processus de suivi pour examiner la facturation des médecins audités par le passé est une importante mesure préventive pour décourager le recours à répétition aux pratiques de facturation inappropriées. Un suivi en temps opportun auprès des médecins audités par le passé aiderait le Ministère à déterminer s'ils ou elles ont corrigé ou amélioré leurs pratiques de facturation et si des préoccupations ou des risques en matière de facturation persistent, qui justifient un examen plus approfondi.

Recommandation 7

Le Ministère devrait :

- prendre des mesures qu'il peut contrôler, comme fixer un délai de conformité s'appliquant aux demandes, afin de mener à terme les audits après paiement dans un délai d'un an;
- adopter un processus officiel et un échéancier pour effectuer des examens de suivi auprès de l'ensemble des médecins dont la facturation a été jugée inadmissible.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.



4.3.3 Une surveillance limitée a été exercée auprès des médecins ayant reçu des paiements de sources multiples.

Comme il est mentionné à la **section 2.1**, en plus de la facturation de chaque service fourni aux patients selon le modèle de la rémunération à l'acte, les médecins peuvent recevoir d'autres paiements forfaitaires dans le cadre de contrats comportant des exigences prédéterminées relatives au modèle de l'EDMF ou à d'autres modèles. Par exemple, la plupart des médecins de soins primaires reçoivent un paiement individuel aux termes d'une EDMF, tandis que la majorité des médecins des services d'urgence partagent une rémunération collective en conformité avec l'EDMF.

Même s'il peut totaliser les paiements aux termes d'EDMF versés aux médecins qui reçoivent un paiement individuel, le Ministère ne dispose pas de données sur les paiements versés à chaque médecin au sein d'un groupe.

Les audits après paiement portent uniquement sur la rémunération à l'acte, et l'étendue des travaux exclut les paiements aux termes d'EDMF. Comme il est mentionné à la **section 2.2**, les paiements aux termes d'EDMF se chiffraient à 6,2 milliards de dollars en 2024-2025, bien qu'ils soient inférieurs aux 13,3 milliards au titre des paiements à l'acte en 2024-2025.

Lors de notre audit de 2011, Diversification des modes de financement pour les médecins spécialistes, nous avons recommandé au Ministère de faire le suivi du montant total versé à chaque médecin selon tous les modèles de paiement.

Le Ministère n'a toujours pas fait le suivi du montant total versé aux médecins par l'entremise de tous les modèles de paiement

Au moment du présent audit, le Ministère n'avait toujours pas fait de suivi de ces renseignements ni effectué d'examen détaillé pour s'assurer que tous les paiements, y compris les paiements collectifs, versés aux médecins étaient justifiés et conformes aux exigences des politiques et des contrats.

■ Pourquoi est-ce important?

Le fait que la surveillance exercée par le Ministère met uniquement l'accent sur les paiements à l'acte, à l'exclusion de certaines sources de paiements particuliers (p. ex. les paiements aux termes d'EDMF), crée un risque de ne pas détecter les situations où les médecins reçoivent des paiements de sources multiples qui pourraient présenter un risque élevé. Il est important que le Ministère regroupe les paiements reçus par les médecins selon divers modèles de paiement lorsqu'il analyse les données et sélectionne les médecins aux fins d'un audit après paiement.

Recommandation 8

Nous recommandons que le Ministère examine les paiements versés aux médecins provenant de différentes sources, comme les paiements à l'acte, aux termes d'EDMF ou autres, pour repérer les factures potentiellement inadmissibles et sélectionner les médecins à soumettre à un audit après paiement.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.





4.4 Compréhension des codes d'honoraires et de la couverture du RASO

4.4.1 La complexité des codes d'honoraires pour la facturation a entraîné des erreurs ou des utilisations inappropriées potentielles.

La liste d'indemnités du RASO renferme environ 5 000 services que les médecins peuvent facturer et les codes d'honoraires connexes. La complexité de cette liste pourrait donner lieu à une facturation inadmissible et rendre difficile pour le Ministère et d'autres parties (p. ex. la PPO) de déterminer si des factures injustifiées sont présentées intentionnellement ou accidentellement.

Environ 5 000
codes d'honoraires
figurent dans la liste
d'indemnités du RASO

Le Ministère et l'OMA ont reconnu la complexité de la liste d'indemnités et ont mis sur pied des groupes de travail pour aider les médecins à comprendre comment utiliser les codes d'honoraires de façon appropriée aux fins de facturation. Malgré cela, comme il est mentionné à la **section 4.3**, la facturation inadmissible continue de poser problème, ce qui signale que la formation et la sensibilisation peuvent ne pas répondre aux besoins en ce sens.

Lors de nos discussions avec l'OMA, nous avons constaté que l'absence de clarté à l'égard des codes d'honoraires et de transparence dans l'interprétation du RASO pourrait entraîner des incohérences dans l'interprétation des codes de facturation ou des désaccords entre les médecins et le Ministère. Cela pourrait, en retour, engendrer le rejet de demandes de règlement, la réduction du montant des paiements ou des retards de paiement.

Lors de notre discussion avec l'Unité des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la PPO, qui reçoit des renvois du Ministère et enquête sur les fraudes présumées relatives à la facturation, nous avons appris qu'en raison de la complexité de la liste d'indemnités, la PPO peut éprouver des difficultés pendant la tenue de ses enquêtes. Les exemples de secteurs de risque comprennent l'utilisation de codes d'honoraires qui donnent droit à des paiements supérieurs à ceux des services réels fournis (appelé surcodage) ou la prestation et la facturation intentionnelle de services qui ne sont pas médicalement nécessaires.

■ Pourquoi est-ce important?

En raison de la complexité des codes d'honoraires figurant dans la liste d'indemnités du RASO, il est possible de commettre involontairement des erreurs et d'utiliser intentionnellement les codes de façon inappropriée dans le but d'augmenter les montants facturés. Il est important de sensibiliser et de former adéquatement les médecins en ce qui concerne l'utilisation des codes d'honoraires afin de prévenir ou de réduire au minimum les erreurs et les utilisations abusives potentielles.

Recommandation 9

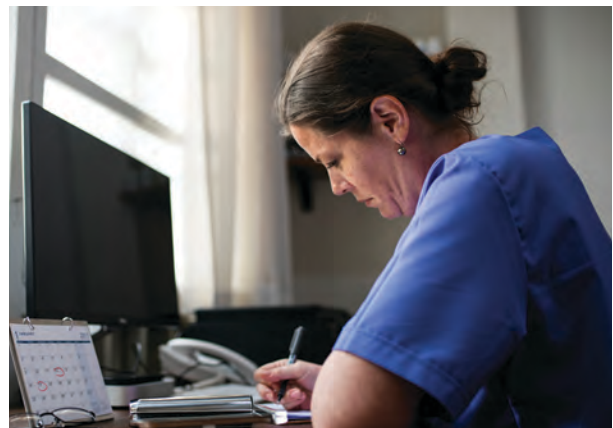
Le Ministère devrait collaborer avec l'OMA pour :

- continuer d'examiner les cas pour lesquels on sait fort bien que les codes prêtent à confusion et qu'ils sont interprétés incorrectement afin de les clarifier et de les corriger;
- offrir des activités de sensibilisation et de formation supplémentaires pour que les médecins comprennent mieux comment utiliser de façon appropriée les codes d'honoraires pour facturer les services fournis;
- déterminer s'il est possible d'exiger des médecins qu'ils attestent avoir suivi la formation pertinente sur la liste d'indemnités.

Pour les réponses de l'entité auditée, voir **Recommandations et réponses de l'entité auditée**.

4.4.2 Une surveillance limitée a été exercée afin de protéger les patients contre la facturation injustifiée de services assurés.

Comme il est mentionné à la **section 2.1**, la *Loi sur l'assurance-santé* assure la prestation de services de santé assurés (qui sont gratuits pour les patients) à la population ontarienne par l'entremise du RASO. Nous avons relevé des exemples, lors du présent audit et d'audits antérieurs, où des médecins ou des cliniques ont facturé des services assurés aux patients et le Ministère n'a pas pris de mesures suffisantes pour prévenir de telles pratiques. Ces exemples montrent que des patients ont payé des services qui étaient couverts par le RASO, soit de leur poche ou par l'entremise d'une assurance privée.



Lorsque des patients font part de leur préoccupation en raison d'une infraction potentielle en matière de facturation, le Ministère peut entreprendre un examen en vertu de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* (LEAAAS) pour déterminer si une infraction a bel et bien été commise. Notre évaluation des examens en vertu de la LEAAAS effectués par le Ministère depuis 2020 a révélé qu'une confusion règne souvent au sujet des services assurés (les médecins facturent le RASO) et des services non assurés (les médecins facturent des frais aux patients). Par exemple :

- » **Les patients ne savent pas toujours ce que les médecins peuvent facturer ou non.** Bien que le RASO couvre les ordonnances pharmaceutiques nouvelles et renouvelées délivrées par les médecins au moment de la visite des patients, ils ou elles peuvent facturer des frais aux patients pour les ordonnances en dehors des visites.
- » **Les patients ne sont pas toujours adéquatement informés par leur médecin de la couverture du RASO.** Les chirurgies de la cataracte sont considérées comme un service assuré que les médecins peuvent facturer au RASO. Nous avons relevé des cas où les médecins facturaient directement aux patients des accessoires facultatifs ou inutiles (p. ex. des lentilles rehaussées ou améliorées) sans les informer de leur droit d'opter pour une chirurgie de la cataracte de base gratuite entièrement couverte par le RASO.

Sur les 452 examens en vertu de la LEAAAS effectués par le Ministère depuis 2020, la majorité (377 ou 83 %) se rapportait à des infractions potentielles en matière de facturation des patients. Environ un tiers de ces cas (148) concernaient des services oculaires comme les chirurgies de la cataracte. Nous avons déjà soulevé cette question dans notre audit de 2021, *Chirurgies en consultation externe*, qui avait révélé que la province n'exerçait aucune surveillance pour protéger les patients contre les frais inadmissibles liés aux services financés par le RASO ou que les médecins pouvaient induire les patients en erreur et leur facturer des accessoires inutiles.

Le Ministère a souvent collaboré avec des prestataires de services, y compris des médecins, pour traiter les infractions en matière de facturation des patients et a exigé que les médecins remboursent aux patients les frais inadmissibles qu'ils avaient facturés pour un service assuré. Toutefois, le Ministère n'a pas régulièrement effectué d'évaluation pour déterminer si les examens en vertu de la LEAAAS avaient révélé des problèmes systémiques concernant certains médecins ou certaines spécialités. Par exemple :

- » Au cours des cinq dernières années, 27 prestataires ont fait l'objet de plusieurs examens en vertu de la LEAAAS. Le Ministère n'a pas effectué d'examen approfondi auprès de ces prestataires, qui comprenaient des médecins, pour déterminer s'ils facturaient systématiquement des services assurés à leurs patients.

- » Un ophtalmologue a fait l'objet de trois examens en vertu de la LEAAAS pour avoir illicitement facturé des frais aux patients. Le premier examen a fait état de frais injustifiés facturés à des patients, le deuxième n'a révélé aucun problème et le troisième se poursuit. Notre analyse des données a également révélé que cet ophtalmologue (voir la **figure 6**) avait soumis le plus grand nombre de factures de la spécialité, soit près du double de celles de l'ophtalmologue qui occupait le deuxième rang. Ce médecin n'avait pas été audité, bien que les examens en vertu de la LEAAAS et notre analyse des données aient révélé qu'il aurait pu facturer des frais inadmissibles aux patients et au RASO.

■ Pourquoi est-ce important?

Les médecins qui facturent de façon inappropriée des services assurés aux patients représentent un problème courant parce que de nombreux patients ne connaissent pas leurs droits ou ne sont pas informés de leur protection aux termes du RASO. Il est important que le Ministère effectue des examens approfondis auprès des médecins qui auraient commis des infractions en matière de facturation afin de protéger les patients contre les frais potentiellement inadmissibles et de déterminer si les médecins ont également présenté des factures injustifiées au RASO.

Recommandation 10

Nous recommandons au Ministère d'établir un processus officiel pour renvoyer, au groupe chargé des audits après paiement, les cas de médecins ayant indûment facturé des services assurés aux patients afin de mener d'autres examens et audits, s'il y a lieu.

Pour les réponses de l'entité audité, voir **Recommandations et réponses de l'entité audité**.

Recommandations et réponses de l'entité auditée

Recommandation 1

Le Ministère devrait :

- utiliser des outils d'analyse des données pour signaler les paiements à risque élevé à soumettre à un examen pendant que le projet de modernisation du traitement des demandes de règlement est mis en œuvre;
- élaborer et mettre en œuvre une approche axée sur le risque qui comprend l'analyse des données pour identifier et sélectionner les médecins à soumettre à un audit après paiement.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Le Ministère utilisera plus efficacement les outils d'analyse des données pour signaler les paiements à risque élevé à soumettre à un examen pendant que le projet de modernisation du traitement des demandes de règlement est mis en œuvre. Les limites du système de traitement des demandes de règlement n'ont pas d'incidence directe sur la capacité du Ministère de cerner les préoccupations relatives aux audits après paiement.

Le Ministère demeure déterminé à rendre compte de l'utilisation des fonds du RASO. Il effectue actuellement des analyses des données pour signaler les demandes de règlement à risque élevé à soumettre à un examen limité et il continuera d'évaluer les façons d'élargir ces activités.

Recommandation 2

Le Ministère devrait :

- définir les indicateurs de risque élevé de facturation potentiellement injustifiée et les intégrer au système modernisé de traitement des demandes de règlement;
- mettre à jour le calendrier de modernisation du traitement des demandes de règlement et les attentes connexes, par exemple définir des fonctionnalités particulières qui aideront à renforcer la capacité du système modernisé à détecter automatiquement les factures à risque élevé.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à la recommandation de définir les indicateurs de risque élevé de facturation potentiellement injustifiée et de les intégrer au système modernisé de traitement des demandes de règlement et de mettre à jour le calendrier de modernisation du traitement des demandes et les attentes connexes.

Le Ministère examine activement le système actuel de traitement des demandes de règlement et élabore une stratégie détaillée de modernisation du traitement des prestations et des demandes de règlement.

Recommandation 3

Nous recommandons que le Ministère examine son effectif interne et réévalue ses besoins en dotation et en ressources technologiques pour effectuer des travaux de surveillance de la facturation des médecins, comme les audits après paiement.

Réponse du Ministère

Le Ministère reconnaît les travaux réalisés par le vérificateur général et souscrit à la recommandation.

Il examinera d'autres possibilités d'affectation de ressources pour la responsabilisation en matière de paiement et, plus particulièrement, les audits après paiement, sous réserve des approbations gouvernementales.

Recommandation 4

Nous recommandons au Ministère de rétablir le processus d'envoi de lettres d'information et de trouver des façons d'accroître son efficacité et son efficacité, par exemple en utilisant une approche axée sur le risque et l'analyse des données pour sélectionner des patients auxquels envoyer des lettres.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à la recommandation de rétablir le processus d'envoi de lettres d'information et de trouver des façons d'accroître son efficacité et son efficacité, par exemple en utilisant une approche axée sur le risque et l'analyse des données pour sélectionner des patients auxquels envoyer des lettres.

Le Ministère travaille activement à la mise en œuvre d'un programme de vérification aléatoire pour les patients.

Recommandation 5

Pour réduire le recours aux services médicaux inutiles ou inappropriés, le Ministère devrait :

- examiner la facturation excessive de ces services;
- reprendre les travaux liés aux propositions du Groupe de travail sur l'utilisation appropriée des services.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à la recommandation de réduire le recours aux services médicaux inutiles ou inappropriés en examinant la facturation excessive de ces services.

Le Ministère analyse actuellement des données pour signaler les demandes de règlement à risque élevé à soumettre à un examen et il continuera d'explorer des façons d'élargir ces activités.

Dans le cadre de l'entente sur les services de médecin de 2021, le Ministère et l'OMA ont convenu de poursuivre les travaux du GUAS. Le GUAS a répondu à 10 des 12 propositions définies dans l'entente sur les services de 2021. Le Ministère explorera les possibilités de reprendre le travail sur les propositions en suspens et demandera l'autorisation de mettre en œuvre les recommandations relatives aux propositions en suspens du GUAS.

Recommandation 6

Nous recommandons au Ministère d'examiner ses mécanismes existants de recouvrement des paiements et d'améliorer les processus afin d'accroître le recouvrement des trop-payés auprès des médecins.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

À la suite des recommandations formulées dans l'audit de 2016 sur la facturation des médecins, qui portaient sur le recouvrement des trop-payés, le Ministère a apporté des modifications législatives à la *Loi sur l'assurance-santé* en décembre 2019 et parallèlement, a mis à jour le processus d'audit après paiement. Il s'agissait notamment d'améliorations fondamentales de la façon dont le Ministère pourrait recouvrer les trop-payés.

Le recouvrement n'est qu'un des résultats du processus d'audit après paiement. Une composante importante consiste à fournir de la formation sur la facturation aux médecins afin d'améliorer l'exactitude des demandes de règlement soumises à l'avenir.

Le Ministère continuera de chercher des occasions d'accroître le recouvrement des trop-payés. Tout changement du pouvoir de recouvrement du Ministère exigerait des modifications législatives.

Recommandation 7

Le Ministère devrait :

- prendre des mesures qu'il peut contrôler, comme fixer un délai de conformité s'appliquant aux demandes, afin de mener à terme les audits après paiement dans un délai d'un an;
- adopter un processus officiel et un échéancier pour effectuer des examens de suivi auprès de l'ensemble des médecins dont la facturation a été jugée inadmissible.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Il a mis en place des procédures opérationnelles, y compris des délais de réponse normalisés dans lesquels les médecins doivent fournir les renseignements demandés, des adaptations à l'intention des médecins concernant les demandes de prolongation raisonnables et des mesures à prendre lorsqu'une ou un médecin ne fournit pas les renseignements demandés dans le délai ou la forme précisés. Le Ministère s'efforcera d'achever tous les audits après paiement dans un délai d'un an.

Le Ministère élaborera et mettra en œuvre un processus qui repose sur une approche axée sur le risque pour identifier les médecins qui feront l'objet d'examens de suivi.

Recommandation 8

Nous recommandons que le Ministère examine les paiements versés aux médecins provenant de différentes sources, comme les paiements à l'acte, aux termes d'EDMF ou autres, pour repérer les factures potentiellement inadmissibles et sélectionner les médecins à soumettre à un audit après paiement.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Il élargira ses travaux en vue de centraliser la collecte de données sur la rémunération des médecins provenant de toutes sources, y compris la rémunération à l'acte, les paiements aux termes d'EDMF, les hôpitaux et autres.

Le Ministère examinera les possibilités d'élargir le processus d'audit après paiement afin de saisir d'autres modalités de paiement, comme les autres modes de rémunération, au moment de repérer les factures potentiellement inadmissibles des médecins.

Recommandation 9

Le Ministère devrait collaborer avec l'OMA pour :

- continuer d'examiner les cas pour lesquels on sait fort bien que les codes prêtent à confusion et qu'ils sont interprétés incorrectement afin de les clarifier et de les corriger;
- offrir des activités de sensibilisation et de formation supplémentaires pour que les médecins comprennent mieux comment utiliser de façon appropriée les codes d'honoraires pour facturer les services fournis;
- déterminer s'il est possible d'exiger des médecins qu'ils attestent avoir suivi la formation pertinente sur la liste d'indemnités.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Le personnel du Ministère continuera de collaborer avec les représentants de l'OMA, par l'entremise du Comité d'information et de prévention, afin de proposer des sujets et des exemples de cas qui donnent lieu à une confusion ou à une interprétation erronée. Le Ministère et l'OMA préparent conjointement du matériel d'information pour fournir aux médecins des précisions supplémentaires et une interprétation correcte des questions de facturation en publiant des mémoires de facturation et d'autres ressources sur la facturation des médecins sur le **site Web** du Ministère.

Dans l'entente sur les services de médecin de 2024-2028, le Ministère et l'OMA ont convenu de moderniser la liste d'indemnités. Les parties ont confié ce travail au Comité de paiement des services de médecin (CPSM). Le CPSM est un comité bilatéral permanent qui formule des recommandations sur la façon d'investir dans les services de médecin, puis les présente aux parties. Il tient compte de l'évolution de la pratique clinique ainsi que des possibilités de rendre la liste d'indemnités plus facile à comprendre. Le CPSM a apporté d'importants changements à la liste en 2020 et 2023, et il compte en apporter d'autres en 2026 et 2027.

En plus des ressources de facturation en ligne, le Ministère envoie des lettres ciblées aux médecins pour favoriser la facturation appropriée. Le Ministère compte aussi offrir des activités de sensibilisation et de formation supplémentaires pour que les médecins comprennent mieux comment utiliser de façon appropriée les codes d'honoraires pour facturer les services fournis. Le Ministère demeure déterminé à :

- » collaborer avec l'OMA pour élaborer du matériel d'information sur la facturation et améliorer la sensibilisation des médecins et l'accès à ce matériel;
- » offrir des activités de sensibilisation et de formation supplémentaires pour que les médecins comprennent mieux comment utiliser de façon appropriée les codes d'honoraires pour facturer les services fournis.

Le Ministère exige que les nouveaux médecins attestent qu'ils et elles sont responsables de lire et de comprendre la liste d'indemnités, les règlements pris en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* et les INFOBulletins avant de s'inscrire à la facturation du RASO. Il examinera cette exigence pour les médecins en exercice.

Recommandation 10

Nous recommandons au Ministère d'établir un processus officiel pour renvoyer, au groupe chargé des audits après paiement, les cas de médecins ayant indûment facturé des services assurés aux patients afin de mener d'autres examens et audits, s'il y a lieu.

Réponse du Ministère

Le Ministère souscrit à cette recommandation d'établir un processus officiel pour renvoyer, au groupe chargé des audits après paiement, les cas de médecins ayant indûment facturé des services assurés aux patients afin de mener d'autres examens et audits, s'il y a lieu.

Critères d'audit

Dans la planification de ses travaux, le Bureau a défini les critères d'audit à respecter pour atteindre ses objectifs d'audit (exposés à la **section 3**). Ces critères sont fondés sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables ainsi que sur des études internes et externes et des pratiques exemplaires. La haute direction du Ministère a passé en revue nos objectifs et les critères connexes, et elle a convenu de leur pertinence :

1. Le Ministère a instauré des contrôles pour faire en sorte que les paiements versés aux médecins correspondent aux services admissibles et médicalement appropriés fournis aux patients, conformément à la liste d'indemnités du RASO et aux codes d'honoraires.
2. Le Ministère a établi des processus pour s'assurer que les différents modèles de facturation des médecins sont évalués afin de déterminer le caractère raisonnable des paiements associés, et que les paiements totaux versés à chaque médecin selon différents modèles de facturation font l'objet d'un suivi et d'une surveillance.
3. Le Ministère a instauré des contrôles pour effectuer de façon uniforme et en temps opportun des audits après paiement de la rémunération à l'acte et pour faire un suivi, au besoin, auprès des médecins ayant des antécédents de demandes de règlement inadmissibles afin de prévenir d'autres risques.
4. Le Ministère a établi des processus pour s'assurer que des mesures d'application de la loi appropriées sont prises et que les trop-payés sont rapidement recouvrés afin de prévenir les factures inadmissibles à répétition.
5. Le Ministère a mis en place des mécanismes pour surveiller les paiements aux médecins contractuels, comme les paiements aux termes d'EDMF, afin de déterminer s'ils sont raisonnables et si les services sont fournis aux patients en conformité avec les politiques ou les contrats applicables.
6. Le Ministère a instauré des contrôles pour protéger les patients contre les frais inadmissibles facturés par les médecins pour des services médicaux nécessaires couverts par le RASO et pour les informer de leurs droits et de la couverture du RASO.
7. Le Ministère a établi des processus pour s'assurer que les systèmes et les outils utilisés pour surveiller la facturation des médecins détectent et analysent les demandes de règlement et les paiements à risque élevé, irréguliers ou inadmissibles aux fins d'examen approfondi et d'application de la loi.

Approche d'audit

L'audit s'est déroulé de janvier à octobre 2025. Nous avons obtenu une déclaration écrite de la direction du Ministère selon laquelle, le 24 novembre 2025, elle nous avait fourni toute l'information dont elle disposait qui pourrait avoir une incidence importante sur les constatations ou la conclusion du présent rapport.

Dans le cadre de notre travail d'audit, nous :

- » nous sommes entretenus avec le personnel compétent du Ministère;
- » avons obtenu et analysé les factures et les paiements des médecins;
- » avons examiné les documents à l'appui des travaux de surveillance du Ministère, comme les audits après paiement;
- » avons examiné les systèmes et les outils d'information du Ministère, y compris son système de traitement des demandes de règlement;
- » avons discuté avec des parties prenantes externes, notamment l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Unité des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la PPO et l'OMA.

Opinion d'audit

À Son Honneur le Président de l'Assemblée législative :

Nous avons réalisé nos travaux pour le présent audit et présenté les résultats de notre examen conformément à la Norme canadienne de missions de certification 3001 – *Missions d'appréciation directe*, publiée par le Conseil des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Nous avons également obtenu un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau du vérificateur général de l'Ontario applique les normes canadiennes de gestion de la qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de gestion de la qualité comprenant des politiques et des consignes documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles ainsi que des critères législatifs et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie de l'Institut des comptables agréés de l'Ontario, qui sont fondées sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Nous estimons que les éléments probants obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder nos conclusions.

Le 2 décembre 2025



Shelley Spence, FCPA, FCA, ECA
Vérificateur général
Toronto (Ontario)

Acronymes

Acronyme	Définition
CARSS	Commission d'appel et de révision des services de santé
DVIO	Division de la vérification interne de l'Ontario
EDMF	Entente de diversification des modes de financement
GUAS	Groupe de travail sur l'utilisation appropriée des services
LAS	<i>Loi de 1990 sur l'assurance-santé</i>
LEAAAS	<i>Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé</i>
OMA	Ontario Medical Association
OMCO	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
PPO	Police provinciale de l'Ontario
RAA	Rémunération à l'acte
RASO	Régime d'assurance-santé de l'Ontario



© 2025, Imprimeur du Roi pour l'Ontario
ISBN 978-1-4868-9444-4 (PDF)

Une version électronique du rapport est accessible à l'adresse **www.auditor.on.ca**
This document is also available in English.

Photo en couverture : ©iStockphoto.com