

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUTONOMES

(Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 3.08)

1^{re} session, 38^e législature
54 Élisabeth II

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Alvin Curling,
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et
le confie à l'Assemblée.

Le président du comité,

Norman Sterling

Queen's Park
Août 2005

COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS
1^{re} SESSION, 38^e LÉGISLATURE

NORMAN STERLING
Président

JULIA MUNRO
Vice-présidente

LAUREL BROTEN

RICHARD PATTEN

JIM FLAHERTY

LIZ SANDALS

SHELLEY MARTEL

DAVID ZIMMER

BILL MAURO

Susan Sourial
Greffière du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
Réponse du ministère au rapport du Comité	1
1. APERÇU	1
2. OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION	2
2.1. Conclusions globales de la vérification	2
3. CARACTÈRE RAISONNABLE DES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT	2
4. DISTRIBUTION DES SERVICES	5
4.1 Services diagnostiques	5
4.2 Services chirurgicaux/thérapeutiques	6
4.2.1 Chirurgies de la cataracte	6
4.2.2 Autres services chirurgicaux/thérapeutiques	7
4.3 Listes d'attente	8
4.4 Planification des services	10
5. ÉVALUATIONS ET INSPECTIONS	12
5.1 Processus d'évaluation	12
5.2 Délais pour la présentation des données d'évaluation	13
5.3 Suspensions de permis et réévaluations	15
5.4 Méthode d'évaluation	18
5.5 Clarté des conclusions d'évaluation	19
5.6 Systèmes de repérage des résultats d'évaluation	19
6. SERVICES TECHNIQUES NON AUTORISÉS	20
7. POLYSOMNOGRAPHIES	22
8. AUTRE QUESTION	23
8.1 Examens d'imagerie par résonance magnétique	23
9. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	25
NOTES	27

PRÉAMBULE

Le vérificateur général (le vérificateur)* a présenté un rapport sur les établissements de santé autonomes dans la section 3.08 de son *Rapport annuel 2004*. Le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences sur ce rapport de vérification le 24 février 2005 auxquelles ont pris part les représentants du ministère de Santé et des Soins de longue durée.

Le Comité appuie le rapport de 2004 du vérificateur sur les établissements de santé autonomes et recommande la mise en œuvre de ses recommandations par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Comité a préparé des recommandations supplémentaires fondées sur les constatations qu'il a faites pendant les audiences. Le présent rapport est un compte rendu de ces données et des recommandations du Comité.

Le Comité tient à remercier les représentants du ministère de leur présence aux audiences. Il est également reconnaissant de l'aide qui lui a été apportée au cours des audiences par le Bureau du vérificateur général, le Greffier du Comité et le personnel des Services de recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative.

Réponse du ministère au rapport du Comité

Le Comité demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative de l'Ontario, sauf indication contraire dans une recommandation.

1. APERÇU

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée délivre des permis à 955 établissements de santé autonomes (ESA) et règlemente leurs activités. La majorité des établissements offrent des services diagnostiques, tels que la radiologie, la médecine nucléaire, les échographies, les épreuves fonctionnelles respiratoires et les polysomnographies (études du sommeil), qui peuvent aider à diagnostiquer différents états médicaux. Sept de ces établissements offrent l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomographie assistée par ordinateur. Vingt-quatre de ces établissements offrent des services chirurgicaux et thérapeutiques, tels que les traitements de dialyse, les avortements, les chirurgies de la cataracte, les chirurgies vasculaires et les chirurgies plastiques.

Les frais techniques ou d'établissement payés aux ESA correspondent aux coûts des services prodigués, tels que le coût de l'équipement médical et les frais d'administration et d'occupation. En 2003-2004, les paiements de frais techniques aux établissements offrant des services diagnostiques s'élevaient à environ

* Anciennement le vérificateur provincial.

257 millions de dollars, tandis que ceux versés aux établissements offrant des services chirurgicaux et thérapeutiques s'élevaient à environ 16 millions de dollars¹.

2. OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

La vérification visait à évaluer si le ministère avait mis en place des procédures pour faire en sorte :

- que le ministère et les établissements détenteurs de permis en vertu de la *Loi* respectent la législation et les politiques applicables régissant la délivrance de permis, le financement et l'évaluation de la qualité des services fournis par les établissements;
- que l'objectif du programme soit atteint.

La vérification était en grande partie terminée en mars 2004².

2.1. Conclusions globales de la vérification

De façon générale, le ministère avait mis en place des procédures adéquates pour assurer la conformité avec la législation et les politiques qui régissent la délivrance de permis, le financement et la surveillance des établissements. Toutefois, pour que le programme puisse remplir son mandat de façon rentable, d'autres mesures devaient être prises pour s'attaquer à un certain nombre de problèmes qui avaient été repérés dans une vérification en 1996³.

3. CARACTÈRE RAISONNABLE DES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT

Les services diagnostiques comportent un volet professionnel et un volet technique. Les médecins facturent au ministère le volet professionnel des frais d'après la formule de rémunération à l'acte dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Ontario conformément au barème des prestations établies en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Pour la majorité des établissements offrant des services diagnostiques, les frais du volet technique ou frais d'établissement figurent sur le barème des frais d'établissement payés aux établissements de santé autonomes et sont réclamés d'après la formule de la rémunération à l'acte⁴. Ils correspondent aux coûts d'exploitation mais ne tiennent pas compte des facteurs qui peuvent influencer sur les coûts, tels que le volume de services rendus annuellement. Les frais techniques des établissements offrant des services chirurgicaux et thérapeutiques ainsi que des services d'IRM sont financés au moyen de budgets négociés fondés sur les coûts réels de prestation d'un certain volume de services.

Dans son *Rapport annuel 1996*, le vérificateur recommandait au ministère d'évaluer le caractère raisonnable des frais d'établissement en étudiant la relation entre le volume de services et les coûts. Le ministère a accueilli cette

recommandations et a indiqué que son personnel travaillait à élaborer « un protocole qui servirait à examiner le caractère approprié des frais et l'applicabilité d'escomptes de volume ».

Dans un rapport de 2000, le Comité sur les frais techniques, formé des représentants du ministère, de l'*Ontario Medical Association (OMA)* et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, indiquait que le remboursement des coûts devrait être le principe sous-jacent du financement du volet technique des services diagnostiques. La majorité des frais n'avaient pas été fixés au moyen d'une méthode de calcul rigoureuse. Le comité remarquait également qu'il y avait un manque d'information sur l'importance de la différence entre les frais actuels et les coûts réels, que le barème des frais devrait être examiné et qu'une méthode appropriée de calcul des frais devrait tenir compte de divers facteurs, tels que les économies d'échelle. Il soupçonnait qu'en raison de l'introduction de nouvelles technologies et de nouveaux équipements, certains frais payés pour des services existants ne reflétaient pas précisément les coûts actuels véritables.

En avril 2003, l'OMA et le ministère ont convenu d'établir un comité sur les services diagnostiques. Les responsabilités du comité devaient comprendre l'élaboration et l'établissement d'un processus d'évaluation et d'administration des frais techniques. Toutefois, en avril 2004, ce comité n'avait toujours pas été formé⁵.

Le vérificateur recommandait que le ministère détermine objectivement le coût actuel de la prestation de chaque type de services et examine la relation qui existe entre le volume de services offerts et les coûts de prestation des services⁶.

Audiences du Comité

Dans le cadre du protocole d'entente signé en 2003, le ministère et l'OMA ont convenu de créer le comité sur les services diagnostiques (CSD). Celui-ci était décrit comme un comité multipartite. On a indiqué que les participants étaient prêts à entreprendre leurs travaux dans un proche avenir. Les représentants étaient en cours de nomination. Les résultats préliminaires des efforts du CSD étaient attendus dans l'exercice courant. Parce que des travaux importants avaient déjà été réalisés et que les représentants étaient familiers avec les dossiers, le CSD était censé avoir intérêt à agir avec diligence⁷.

Le CSD agira à titre d'organisme consultatif auprès du ministre dans le but de planifier et de coordonner un système efficient et efficace de services diagnostiques. Il examinera comment le volet des frais techniques des services diagnostiques sera évalué, payé et administré, incluant l'établissement d'une méthode de calcul de frais et d'un processus d'examen permanent pour tenir compte du fait que le remboursement est fondé sur les coûts réels et les volumes de services actuels⁸.

Outre les frais, le CSD examinera le transfert des patients et de l'information entre les établissements (y compris les hôpitaux) pour déterminer comment on peut rationaliser le processus et le rendre plus efficace. Il examinera aussi les

problèmes de distribution et les gains de rendement dans les secteurs mal desservis⁹.

Recommandation du Comité

Le Comité est conscient de la complexité des fonctions qui incombent au CSD et du fait que ses participants représentent divers segments du système de soins de santé. Le Comité reste néanmoins préoccupé par le temps qu'il a fallu pour réagir à la recommandation du vérificateur de 1996 concernant l'évaluation du caractère raisonnable des frais techniques ou d'établissement par l'étude des relations entre le volume des services et le coût ainsi que les travaux du Comité sur les frais techniques. Cette préoccupation s'est traduite par une lettre envoyée par le Comité au ministère de la Santé et des Soins de longue durée le 9 mars 2005. Dans la lettre, le Comité indiquait qu'il demanderait vraisemblablement un nouveau rapport sur cette question.

Renseignements supplémentaires

Après les audiences, le ministère a fourni au Comité une mise à jour de l'état du CSD. Le ministère a indiqué que sa « convention de réouverture » de 2003 avec l'OMA comprenait la création d'une équipe de mise sur pied du comité sur les services diagnostiques (l'équipe). L'équipe devait élaborer et recommander une convention cadre entre les principaux intervenants au sujet de la structure du CSD.

L'équipe a présenté ses recommandations finales en janvier 2004. Les négociations sur une nouvelle convention de rémunération des médecins ont débuté le même mois et se sont terminées en mars 2005. Le conseil d'administration de l'OMA a ratifié la convention plus tard en mars. Étant donné que la plupart des travaux des comités conjoints de l'OMA et du ministère étaient suspendus pendant les négociations, le CSD n'avait pas débuté au 19 mai 2005.

La ratification de la convention signifie que le CSD est établi. La convention indique que :

les parties conviennent de mettre en marche le comité sur les services diagnostiques dans un délai de trois mois après la ratification de la convention sur les services des médecins 2004¹⁰.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur l'établissement de dates cibles pour l'achèvement de la négociation des frais d'établissement ou techniques, particulièrement pour les services médicaux à volume élevé. Le Comité s'attend à ce que ce soit fait d'ici le 30 juin 2006.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

4. DISTRIBUTION DES SERVICES

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministère peut délivrer des permis à de nouveaux établissements de santé autonomes au terme d'un processus de demande de propositions qui comprend l'examen de la nature des services à fournir, de la disponibilité actuelle des services, des besoins actuels et futurs, du coût prévu et du financement disponible.

Événements qui ont suivi la vérification

Le 9 septembre 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la création d'une équipe sur les résultats de santé. Un membre de l'équipe, le D^r Alan Hudson, a été nommé chef de l'accès aux services et des temps d'attente (c.-à-d. la stratégie en matière de temps d'attente)¹¹.

Les premiers ministres ont tenu un sommet sur la santé à la mi-septembre 2004. L'un des résultats de la réunion a été la création par le gouvernement fédéral d'un Fonds pour la réduction des temps d'attente de 4,5 milliards de dollars. En échange de cet argent, les provinces ont accepté de « réaliser d'importantes réductions des temps d'attente » dans cinq secteurs prioritaires (cancer, soins cardiaques, imagerie diagnostique, remplacements articulaires et restauration de la vision) d'ici le 31 mars 2007¹².

4.1 Services diagnostiques

Depuis 1990, même si bon nombre de nouveaux établissements ont manifesté un intérêt en vue d'obtenir un permis, très peu d'entre eux ont été autorisés en vertu de la *Loi* à fournir les services diagnostiques visés à l'origine par celle-ci. Toutefois, depuis la vérification de 1996, le ministère a permis à des établissements détenteurs d'un permis et situés dans une région de la province insuffisamment desservie de diversifier des types de services qu'ils dispensent.

Dans un rapport de 2002, l'OMA recommandait au ministère, à l'OMA et au secteur hospitalier d'établir un comité de gestion des services diagnostiques techniques dont le rôle consisterait à conseiller une méthode de planification provinciale axée sur la population et des lignes directrices en vue de déterminer la capacité, la distribution et le choix de services diagnostiques appropriés. La méthode devait tenir compte des critères suivants : les besoins de la population, les listes d'attente et si l'introduction, l'expansion ou le remplacement des techniques permet de dispenser les services à moindre coût.

Les auteurs du rapport recommandaient également que le comité :

- recommande au ministère des stratégies pour répondre aux priorités en matière de services diagnostiques et de l'aviser des lacunes;
- examine les demandes visant l'introduction de nouveaux services ou l'accroissement de la capacité existante;
- fasse des recommandations en ce qui concerne l'introduction ou l'accroissement des services.

Bien que le ministère appuyait la création d'un tel comité, aucun n'avait été établi au moment de la présente vérification. On a remarqué que la province de la Colombie-Britannique a créé un comité consultatif sur les services diagnostiques qui examine des demandes de permis des nouveaux établissements.

Selon les données préparées par le ministère, il existe d'importantes variations régionales au chapitre de la disponibilité des services. La vérification actuelle n'a trouvé aucune indication permettant d'affirmer que le ministère avait analysé ces différences en vue de déterminer si des mesures devaient être prises pour donner suite à son engagement à l'égard d'un accès universel où et quand les services sont nécessaires.

Un établissement n'est assujéti à aucune limite de volume de services autorisés. Entre 1996-1997 et 2002-2003, on a observé d'importantes augmentations concernant l'utilisation de certaines procédures diagnostiques. Dans un certain nombre d'établissements, l'utilisation a augmenté de plus de 100 % et, dans certains cas, dans une proportion pouvant atteindre 700 %. Rien n'indiquait à la présente vérification que le ministère avait analysé les raisons de ces augmentations¹³.

4.2 Services chirurgicaux/thérapeutiques

En raison du vieillissement de la population, les services de chirurgie de la cataracte et de dialyse font l'objet d'une demande accrue.

4.2.1 Chirurgies de la cataracte

Selon les données du ministère, le nombre de chirurgies de la cataracte effectuées est passé d'environ 45 000 en 1992-1993 à 97 000 en 2002-2003. En 2000-2001, le ministère a évalué les besoins en matière de telles chirurgies. Il est arrivé à la conclusion que quatre régions de la province étaient insuffisamment desservies et qu'il serait plus économique de pratiquer des chirurgies dans les ESA que dans les hôpitaux. La vérification a permis de constater qu'un seul établissement autorisé, situé à Toronto, pratiquait des chirurgies de la cataracte; la majorité des chirurgies de la cataracte étaient effectuées dans des hôpitaux. En 2003-2004, avec l'approbation du Conseil de gestion du gouvernement, le ministère a porté de 300 à 1 300 par année le nombre de chirurgies de la cataracte pratiquées dans l'établissement autorisé. Le volume des services dispensés est maintenant à 100 % de sa capacité¹⁴.

4.2.2 Autres services chirurgicaux/thérapeutiques

Depuis la vérification de 1996, les besoins en matière de services chirurgicaux/thérapeutiques autorisés autres que les chirurgies de la cataracte et la disponibilité de ces services n'ont pas été déterminés. Au cours de la même période, il n'y a pas eu non plus d'examen régulier du nombre de services dispensés par unité de population.

Au moment de la vérification actuelle, cinq ESA autorisés pratiquaient des avortements thérapeutiques. Selon le ministère, certains services, tels que les avortements, « offerts ailleurs dans la province ne permettent pas de satisfaire la demande et le volume actuels ».

Un récent document du ministère indiquait que des établissements non autorisés pratiquent aussi des avortements, particulièrement dans une région. Puisque ces établissements ne détiennent pas de permis délivrés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministère ne leur verse pas de frais d'établissement pour les services qu'ils dispensent et ils ne sont pas assujettis au même processus d'assurance de la qualité que les établissements autorisés.

Le vérificateur a recommandé au ministère d'évaluer les besoins de chaque service dans chaque région et de déterminer les mesures qui doivent être prises pour respecter son engagement de fournir des services où et quand ils sont nécessaires. Il a aussi recommandé d'évaluer les répercussions – sur le plan des finances et des listes d'attente – de la délivrance d'un permis autorisant la pratique de chirurgies de la cataracte à plus d'un établissement de santé autonome. Le ministère doit également déterminer des mesures législatives ou autres qui devraient être prises en ce qui concerne les établissements non autorisés qui effectuent des chirurgies et d'autres procédures généralement effectuées dans des hôpitaux ou des ESA autorisés¹⁵.

Audiences du Comité

Évaluation des besoins régionaux

Le CSD utilisera à l'égard du système de services diagnostiques une approche fondée sur la planification, y compris des recommandations pour répondre aux besoins d'accès et de soins de santé. Il lui faudra notamment se pencher sur des questions telles que l'accès dans les régions mal desservies, les nouvelles approches pour répondre aux besoins des patients et les problèmes de capacité et de listes d'attente. Le CSD fournira des conseils et des recommandations sur le financement et la structure du système provincial de diagnostic, y compris l'utilisation de nouveaux fonds pour les services diagnostiques. Les travaux sont en cours et devraient se terminer en 2008¹⁶.

Prestation de chirurgies de la cataracte

Le ministère a effectué une évaluation des besoins pour déterminer les régions qui ont le plus grand besoin de services additionnels. Il examine un éventail d'options pour répondre aux besoins des communautés, y compris les ESA¹⁷.

La stratégie du gouvernement à l'égard des temps d'attente comprend aussi un processus continu d'évaluation des besoins qui tient compte des principes de qualité, d'accès et d'efficacité et contribuera à déterminer le bon type de modèle de prestation de services à l'égard des cataractes. On a dit aux membres du Comité que le gouvernement avait récemment annoncé que 2 000 chirurgies de la cataracte de plus seraient effectuées au cours de l'exercice actuel. On vise à atteindre 9 000 nouvelles chirurgies en 2005-2006¹⁸.

Renseignements supplémentaires

Le 7 avril 2005, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé qu'une clinique sans but lucratif vouée aux chirurgies de la cataracte ouvrirait ses portes au centre-ville de Toronto plus tard cette année. La nouvelle clinique regroupera des services actuellement dispensés dans quatre hôpitaux de la ville et effectuera environ 5 500 chirurgies par année¹⁹.

Mesures à prendre à l'égard des établissements non autorisés

La structure de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* est telle que la définition d'un ESA ainsi que les problèmes et pénalités liés à l'exploitation d'un établissement non autorisé sont tous axés sur la facturation de frais d'établissement tels que définis dans la loi. Les établissements qui renoncent à facturer ces frais n'ont pas besoin d'obtenir un permis en vertu de la *Loi* et ne sont pas soumis à ses dispositions en matière d'assurance de la qualité. L'imposition de l'assurance de la qualité établie en vertu de la *Loi* aux établissements non autorisés qui prodiguent des services semblables à ceux des ESA exigerait d'importantes modifications à la loi. Le ministère a indiqué aux membres du Comité qu'il appuie entièrement l'étude de cette question dans le cadre d'une révision de la politique de la *Loi*. Les travaux étaient en cours et devaient se terminer à l'automne 2006²⁰.

4.3 Listes d'attente

Le ministère ne disposait pas d'un système de suivi pour gérer les temps d'attente en vue d'obtenir un des services pouvant être dispensés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. En 2000, il a commencé à financer le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP) de l'Ontario pour lui permettre d'entreprendre le projet *Ontario Waiting List*. Ce projet visait à permettre au ministère de bien comprendre comment gérer les listes d'attente et améliorer l'accessibilité. Le CMPP devait « recommander la méthodologie qui accorde raisonnablement la priorité aux patients, d'un accès aux services en temps opportun, s'applique à tous les niveaux de soins et convient aux intervenants clés ».

Le projet a permis d'élaborer et d'évaluer des outils d'établissement des priorités fondés sur les travaux initiés par les responsables du projet intitulé Western Canada Wait List Project (WCWL), une entreprise à laquelle participaient des organisations et des gouvernements des quatre provinces de l'Ouest. Le projet WCWL a permis d'élaborer des outils de gestion des listes d'attente dans

cinq domaines cliniques. Même si les outils n'ont pas été créés spécifiquement pour gérer les listes d'attente des ESA, le CMPP a évalué l'efficacité de ces outils pour gérer les listes d'attente des examens d'IRM, des chirurgies générales et des chirurgies de la cataracte. Il a recommandé d'élaborer et de perfectionner davantage chacun des outils. (Un projet provincial de surveillance des temps d'attente a également été lancé en Nouvelle-Écosse.)

En mai 2004, le personnel de la vérification n'était informé d'aucune nouvelle initiative entreprise par le ministère concernant le projet *Ontario Waiting List* ni d'autres démarches visant à obtenir des données sur les temps d'attente pour les services dispensés par les ESA²¹.

Le vérificateur a recommandé au ministère d'élaborer et de mettre en œuvre un système de gestion des listes d'attente et de surveiller et d'analyser les temps d'attente²².

Audiences du Comité

Les activités initiales de la stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente comprendront l'élaboration d'un système d'information global qui permettra de compiler, de mesurer et d'évaluer les temps d'attente dans tous les établissements qui fournissent des services clés, y compris les ESA. Cette information sera rendue publique, ce qui permettra aux patients et à leurs fournisseurs de soins de prendre des décisions éclairées quant à leurs options et d'avoir l'assurance que leurs besoins sont pris en considération²³.

Dans le passé, on a effectué des estimations de la demande géographique par hôpital ou sur les taux courants de chirurgie par population ainsi que des estimations de la croissance démographique de ces régions. Afin d'obtenir un registre complet des temps d'attente, la stratégie de réduction des temps d'attente examinera les taux de croissance démographique dans une région géographique ainsi que les temps d'attente dans la même région. La combinaison de ces renseignements permettra une meilleure planification. Bien qu'il y ait pénurie d'information sur la plupart des services dans le cadre de la stratégie, il existe une bonne information sur la chirurgie cardiaque et les autres services cardiaques²⁴.

En réponse à des questions, le personnel du ministère a déclaré que bien que l'accroissement des volumes et de la capacité était important pour la stratégie, l'efficacité a été et continuera d'être un point majeur. Un groupe de travail examine actuellement le processus chirurgical et l'efficacité diagnostique.

On a demandé à l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) d'examiner les temps d'attente ainsi que la pertinence et le résultat des services. Sa première tâche consistera à établir une base de référence de données sur les temps d'attente qui devait être terminée au printemps de 2005. Les renseignements sur la pertinence et les résultats des services pourraient être accessibles l'an prochain.

Lorsque le ministère aura un registre de temps d'attente exhaustif, sa priorité initiale sera les cinq zones prioritaires de la stratégie. (Le système aura la

possibilité de s'étendre à d'autres interventions dans l'avenir.) Les médecins pourront alors donner à leurs patients un choix de temps d'attente. Ce choix dépendra de l'établissement qui effectuera l'intervention.

Avec le temps, la stratégie pourra offrir une idée de ce que devrait être un temps d'attente raisonnable pour une intervention. Le Comité a aussi appris que la stratégie de l'Ontario en matière de réduction des temps d'attente n'était pas aussi avancée que celle de nombreux autres gouvernements²⁵.

Renseignements supplémentaires

L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a publié un rapport indiquant le volume et le temps d'attente associé pour chaque élément de la stratégie de réduction des temps d'attente le 6 avril 2005²⁶.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit fournir au Comité une mise à jour sur les travaux de la stratégie de réduction des temps d'attente à l'égard des services fournis en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* et la date prévue d'achèvement de ces travaux. Il doit faire référence aux travaux de l'Institut de recherche en services de santé.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

4.4 Planification des services

Nous n'avons aucune preuve permettant d'affirmer que le ministère avait établi un processus ou des critères en vue d'évaluer si un service particulier devrait être dispensé dans les hôpitaux ou dans des établissements autorisés. Une telle évaluation pourrait indiquer que la pratique de certaines interventions chirurgicales dans des établissements autorisés permettrait aux hôpitaux de répondre à d'autres besoins qui peuvent uniquement être comblés dans un hôpital. Les résultats de l'évaluation pourraient varier d'une région à l'autre en raison de facteurs tels que la capacité des hôpitaux et la disponibilité de professionnels de la santé qualifiés²⁷.

Le vérificateur a recommandé au ministère de mettre en œuvre un processus afin de déterminer si certains services devraient être dispensés dans des hôpitaux ou des établissements de santé autonomes autorisés²⁸.

Audiences du Comité

Avant d'introduire un service, que ce soit dans un hôpital ou dans un ESA, il faudrait envisager le meilleur mécanisme de prestation de services pour le bénéfice du patient. Les hauts fonctionnaires du ministère évaluent les meilleures

options possibles pour dispenser les soins aux patients tout en optimisant les ressources humaines et financières disponibles.

Pour créer de nouveaux établissements de santé autonomes, le ministre doit autoriser l'émission d'une demande de propositions. La décision ministérielle d'émettre une demande de propositions doit tenir compte des éléments énoncés à l'article 5 de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, incluant les besoins actuels et futurs. Il faut aussi tenir compte de la disponibilité actuelle du service, du coût prévu et de la disponibilité des fonds publics.

Le Programme des établissements de santé autonomes prévoit inclure une évaluation et une justification de la prestation de services dans un établissement de santé autonome plutôt qu'à l'hôpital dans le document d'information à l'intention du ministre. Ce document comprend généralement une comparaison du coût et une évaluation de la complexité du service. Il comprend aussi une analyse des questions d'assurance de la qualité associées à la prestation du service dans un contexte non hospitalier²⁹.

Le processus de demande de propositions est plus ou moins le même que celui qui a été énoncé dans la *Loi sur les établissements de santé autonomes* lors de sa proclamation en 1990. Il a été utilisé dans quelques cas (p. ex., les propositions de dialyse et les IRM et la tomographie assistée par ordinateur). Le processus a été le même dans chaque cas quant à l'observation des lignes directrices d'approvisionnement du gouvernement et au processus concurrentiel. La *Loi de 1996 sur les économies et la restructuration* a modifié la *Loi sur les établissements de santé autonomes* afin de permettre des demandes de propositions orientées qui donnent au ministre la possibilité de demander une proposition d'un établissement déterminé. Ce processus a été utilisé à deux reprises : en 1999 et à l'automne de 2004³⁰.

On a rappelé aux membres du Comité que les permis d'ESA sont aussi prévus par une modification du barème des prestations qui fait relever les services de la *Loi*. C'est ce qui a été fait dans le cas de polysomnographies (études sur le sommeil)³¹. (Les polysomnographies font l'objet de la section 7 du présent rapport.)

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit présenter un rapport au Comité sur les critères utilisés pour déterminer si un service devrait être offert dans un hôpital ou dans un établissement de santé autonome.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5. ÉVALUATIONS ET INSPECTIONS

Pour assurer la conformité aux normes appropriées, la *Loi* prévoit des évaluations de la qualité des services dispensés dans les établissements autorisés. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) a la responsabilité de mener ces évaluations, et d'élaborer et de publier des paramètres de pratique clinique et des normes d'établissement. Les évaluations permettent de déterminer si un établissement a respecté les paramètres et les normes. Durant l'exercice 2003-2004, le ministère a versé à l'Ordre 1,3 million de dollars pour mener des évaluations et pour élaborer et publier des paramètres et des normes.

En plus des évaluateurs, le ministère et l'Ordre peuvent nommer des inspecteurs. Des inspecteurs du ministère peuvent inspecter un établissement pour s'assurer qu'il satisfait à toutes les dispositions de la *Loi* et à ses règlements, de même qu'aux conditions de délivrance de son permis. Des inspecteurs peuvent également être nommés par l'Ordre pour inspecter un établissement avant la délivrance de son permis. Les inspections peuvent également être menées lorsque le directeur des établissements de santé autonomes (le directeur) a des motifs raisonnables de croire que des établissements non autorisés facturent au public des frais d'établissement pour des services assurés.

Les attentes du ministère à l'égard de l'Ordre en ce qui a trait au processus d'évaluation ont été au départ définies dans un protocole d'entente signé en 1992-1993³².

5.1 Processus d'évaluation

Les établissements à évaluer sont sélectionnés par le ministère au début de chaque exercice financier. La sélection est fondée sur les différents facteurs de risque. Le rapport de vérification de 1996 indiquait que deux tiers des établissements détenteurs d'un permis délivré en vertu de la *Loi* n'avaient pas été soumis à une évaluation et que seulement 47 des 336 établissements dont le permis avait été renouvelé avaient fait l'objet d'une évaluation. Dans le cadre de la présente vérification, on a constaté que plus de 85 % des établissements étaient évalués au moins une fois durant la période de validité d'un permis, qui est de cinq ans.

Depuis la modification de la *Loi* en 1996, des évaluations peuvent être menées sans préavis. En mars 2004, aucune évaluation d'établissement sans préavis n'avait été menée. Pour contribuer à faire en sorte que les services des ESA soient conformes aux paramètres de pratique clinique et aux normes d'établissement, le vérificateur estimait que certaines évaluations devraient être menées sans préavis.

Lorsque l'Ordre a terminé son évaluation, il transmet un rapport au directeur. Ce dernier examine le rapport et peut demander des précisions ou autoriser les représentants de l'Ordre à obtenir de l'établissement un plan de mesures correctives. Lorsqu'au cours d'une évaluation, un risque pour la santé et la sécurité des patients est repéré, le directeur peut suspendre le permis de l'établissement ou restreindre les services que l'établissement est autorisé à

dispenser. Lorsque l'établissement a démontré que des problèmes à l'origine de la suspension du permis ont été réglés et que les recommandations ont été mises en œuvre, l'Ordre en informe le directeur, qui peut alors rétablir le permis de l'établissement ou lever les restrictions sur les services pouvant être dispensés³³.

5.2 Délais pour la présentation des données d'évaluation

Le ministère n'a pas fixé de délais pour la transmission par l'Ordre des rapports complets d'évaluation au directeur du programme. Le rapport de 1996 recommandait que le ministère fixe de tels délais. Le ministère a accueilli cette recommandation.

Des délais n'avaient pas été fixés non plus pour la prise de mesures correctives dans le cas d'un établissement jugé non conforme ou déficient. Dans le rapport de 1996, on remarque que le personnel de l'établissement et celui de l'Ordre étaient tenus de se rencontrer dans les deux mois, ou dès que possible, suivant l'évaluation pour discuter du rapport d'évaluation. Ces rencontres ont cessé. Les établissements transmettent maintenant l'information à l'Ordre, qui s'assure qu'ils ont pris les mesures correctives nécessaires. Aucun délai obligatoire n'a été fixé pour la transmission de cette information.

La vérification actuelle a examiné les rapports d'évaluation des établissements qui présentaient de graves problèmes, mais dont le permis n'avait pas été suspendu, entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2003. On a observé que, dans la majorité des cas, l'Ordre n'avait été informé des mesures prises que quatre à six mois après la date de l'évaluation. Même si le ministère a indiqué qu'un tel délai était raisonnable, le personnel de la vérification n'a pas pu déterminer le fondement de cette conclusion³⁴.

Pour améliorer l'efficacité du processus d'évaluation, le vérificateur a recommandé la fixation de délais pour la présentation par l'Ordre des rapports au directeur et pour la transmission de l'information des établissements de santé autonomes à l'Ordre démontrant que les mesures correctives requises ont été prises en temps opportun. Il a aussi recommandé au ministère de mettre à jour régulièrement son entente avec l'Ordre en signant un protocole d'entente³⁵.

Audiences du Comité

Mise à jour de l'entente avec l'Ordre dans le cadre d'un protocole d'entente

Les travaux sur la mise en œuvre de cette recommandation sont en cours. La nécessité du protocole d'entente a été discutée avec l'Ordre lors d'une réunion en décembre 2004. Il faudra toutefois beaucoup de discussions pour résoudre les problèmes portant sur les objectifs du programme, la portée des activités et les produits à livrer. Néanmoins, le protocole d'entente doit être élaboré et mis en œuvre en 2005-2006³⁶.

Lorsqu'on lui a demandé si un autre organisme pourrait être chargé d'effectuer les évaluations, le personnel du ministère a répondu que la *Loi sur les établissements*

de santé autonomes prescrit que l'Ordre doit les faire. Toute modification exigerait une modification législative³⁷.

Évaluations sans préavis

Le ministère a engagé des discussions avec l'Ordre et espère qu'ils pourront ensemble élaborer des politiques et procédures définissant les circonstances dans lesquelles des évaluations sans préavis seront menées. Les travaux devraient être terminés cette année ou l'an prochain. La politique sera mise en œuvre dès réception des approbations nécessaires³⁸.

Étant donné que les inspections sans préavis sont permises depuis 1996 mais qu'aucune n'avait été réalisée jusqu'en mars 2004, on a demandé au personnel du ministère d'expliquer cette importante inactivité. On a indiqué au Comité qu'on se préoccupait d'employer des équipes de professionnels qui voyageraient sur une certaine distance pour constater simplement qu'un établissement est fermé ou il n'y a pas de patients. Les établissements détenteurs d'un permis pour des modalités multiples, pourraient ne pas être en mesure de brosser un tableau complet de leurs activités si les évaluations étaient effectuées sans préavis.

Toutefois, les principaux obstacles semblent avoir été le besoin d'élaborer un processus de prestation des évaluations sans préavis et de fournir une formation appropriée, au-delà du programme standard de formation fourni par l'Ordre³⁹.

Renseignements supplémentaires

Selon une correspondance du ministère après les audiences, une proposition de mise en œuvre d'un processus d'évaluation sans préavis des ESA avait été mise au point en mars 2005. La proposition prévoit de viser des évaluations sans préavis dans le cadre d'un sous-ensemble du plan d'évaluation. Selon cette proposition, environ 50 évaluations sur 200 en 2005-2006 seraient effectuées sans préavis.

La proposition a été envoyée à l'Ordre en avril 2005. Il y aura une réunion du comité de coordination du programme des ESA pour discuter des problèmes de mise en œuvre et élaborer le calendrier de mise en œuvre. Lorsque les problèmes et les coûts de mise en œuvre seront résolus, la proposition sera présentée aux hauts fonctionnaires du ministère pour approbation. Un processus d'évaluations sans préavis devrait être mis en œuvre en 2005-2006⁴⁰.

Délais pour la présentation des rapports

Les travaux de détermination des délais sont en cours et devraient être achevés cette année ou au début de l'année prochaine. En vertu du nouveau processus, l'Ordre s'engage à respecter un délai d'exécution d'au plus 10 jours ouvrables suivant le signalement d'établissements dont les activités semblent causer un préjudice à la santé et à la sécurité des patients et d'au plus 72 heures dans le cas d'établissements dont les activités posent des risques immédiats pour la santé et la sécurité. Cette mesure permettra au ministère de s'attaquer aux problèmes en temps plus opportun.

Les lettres actuelles envoyées aux établissements détenteurs d'un permis indiquent que ceux-ci doivent communiquer avec l'Ordre dans les 15 jours suivant la réception du rapport si les recommandations sont uniquement de nature administrative. Dans le cas de préoccupations plus sérieuses dont la gravité n'exige toutefois pas la suspension du permis, le détenteur de permis doit communiquer avec l'Ordre dans les 15 jours et soumettre un plan écrit donnant suite aux recommandations dans les 30 jours suivants la réception du rapport⁴¹.

Recommandations du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer de mettre en œuvre en 2005-2006 un processus visant à réaliser sans préavis environ 50 évaluations sur 200.

5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur la progression de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un protocole d'entente avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour établir des protocoles visant

(i) à réaliser des évaluations sans préavis;

(ii) à offrir la formation pertinente au personnel qui réalise ces évaluations.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à ces recommandations dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5.3 Suspensions de permis et réévaluations

En vertu de la *Loi*, le directeur peut immédiatement suspendre le permis d'un établissement lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire que l'établissement en question constitue une menace pour la santé ou la sécurité des gens. En règle générale, une telle mesure est fondée sur les résultats d'un rapport d'évaluation préparé par l'Ordre. Comme nous en avons discuté plus haut, aucun délai n'est fixé pour la transmission des rapports d'évaluation au directeur du programme une fois l'évaluation terminée. La présente vérification a permis d'observer que, lorsque les évaluations entraînaient la suspension du permis d'un établissement ou la restriction des services pouvant être dispensés en vertu du permis, environ trois mois s'écoulaient en moyenne entre la date de l'évaluation initiale et la date de suspension du permis ou de restriction des services.

Dans le rapport de 1996, on remarquait que le ministère n'avait aucune politique documentée sur le suivi ou la réévaluation des établissements ayant fait l'objet d'une évaluation défavorable. Dans plus de 60 % des cas de réévaluation, des problèmes sérieux n'avaient pas été réglés. La présente vérification a permis

d'observer que, dans environ 20 % des réévaluations menées depuis le 1^{er} avril 2000, des problèmes graves continuaient à être soulevés. Malgré la réduction de la persistance des problèmes graves, le ministère n'avait toujours pas établi de politique officielle sur les mesures appropriées à prendre lorsque des établissements continuent à présenter des problèmes en matière d'assurance de la qualité. Ces mesures pourraient inclure la révocation du permis de l'établissement.

Depuis 1996, le Ministre peut, en vertu de la *Loi*, établir des règlements régissant les circonstances dans lesquelles les propriétaires d'établissement seraient tenus de payer le coût d'une évaluation. Cette mesure permettrait au ministère de facturer les frais d'une réévaluation rendue nécessaire en raison de la persistance de problèmes remarqués lors de l'évaluation initiale. Au moment de la présente vérification, les propriétaires d'établissement n'étaient toujours pas tenus de payer les frais de réévaluation.

La présente vérification a également permis de remarquer que le ministère ne rend pas publique l'information sur les problèmes d'assurance de la qualité. Même si les établissements dont le permis a été suspendu ou restreint en raison de problèmes d'assurance de la qualité ne peuvent pas facturer de frais d'établissement durant la période de la suspension ou de la restriction, les patients potentiels et les médecins qui orientent des patients vers les établissements peuvent ne pas être au courant de l'existence de ces problèmes.

Le vérificateur a recommandé que le ministère ait une politique officielle sur la suspension du permis des établissements qui présentent de graves problèmes en matière d'assurance de la qualité, particulièrement lorsque les mêmes problèmes sont repérés au moment d'une réévaluation, et qu'il envisage de facturer aux établissements les frais de réévaluation. Il a aussi suggéré d'envisager des mesures appropriées pour rendre publics les graves problèmes d'assurance de la qualité repérés dans les établissements de santé autonomes⁴².

Audiences du Comité

Élaboration d'une politique officielle et perception de frais

Le ministère élaborera une politique établissant les circonstances dans lesquelles le permis sera suspendu ou restreint en raison de problèmes répétés d'assurance de la qualité, lorsque la déficience ne constituera pas un risque pour la santé et la sécurité ni une menace immédiate. Il est d'accord avec l'idée d'envisager de facturer les frais de réévaluation. Il élaborera un document sur les options proposées énonçant le processus de mise en œuvre de cette modification et les avantages et inconvénients de facturer aux établissements détenteurs d'un permis les frais de réévaluation. Les travaux dans ces dossiers sont en cours et devraient être terminés en 2005-2006⁴³.

Les ESA sont évalués une fois pendant la durée de cinq ans du permis. Il se fait environ 200 évaluations chaque année. L'établissement de frais de réévaluation exigerait une modification à la réglementation en vertu de la *Loi* et toucherait de

six à dix établissements par année. Tandis que ces frais inciteraient les exploitants à prendre des mesures correctives, ils exigeraient une certaine quantité de travail administratif (c.-à-d. la préparation d'une proposition, l'examen du processus réglementaire et la mise en œuvre) pour des résultats relativement faibles⁴⁴.

Divulgence des problèmes d'assurance de la qualité

Le ministère élaborera un document sur les options proposées pour cette question. Un certain nombre de questions peuvent être examinées relativement à l'élaboration d'un système de divulgation publique, incluant la période de rétention de l'information, l'annonce des suspensions proposées pendant qu'elles sont portées en appel, les répercussions des changements de propriété et le moment de l'affichage de l'information. Les travaux sont en cours et ils devraient être terminés cette année ou au début de 2006⁴⁵.

Le ministère suspend couramment environ 10 à 15 permis chaque année. Dans la dernière année, tous les établissements suspendus ont pris des mesures correctives et ont vu leur permis rétabli. Parce que ces renseignements ne sont pas divulgués publiquement, nous avons demandé au personnel du ministère s'ils seraient accessibles par l'entremise d'une demande d'accès à l'information. On a indiqué aux membres du Comité qu'une cause de demande d'accès à l'information avait été portée en appel⁴⁶.

Renseignements supplémentaires

Après les audiences, le ministère a indiqué au Comité dans une correspondance qu'une demande de divulgation de rapports d'évaluation touchant de graves déficiences repérées grâce à des évaluations des ESA avait été présentée en février 2002 en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Le ministère était d'avis que les rapports devraient être expurgés d'une bonne partie de l'information, car il s'agit d'information d'entreprise visée à l'article 17 de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Il a demandé que les tiers visés (détenteurs de permis) puissent donner leur avis au sujet de la divulgation. La décision de divulguer des documents expurgés a fait l'objet d'un appel par le demandeur et 20 parties touchées.

En février 2003, le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée a émis un avis d'enquête concernant la divulgation. Le Commissaire a jugé en octobre 2003 que l'article 17 de la *Loi* ne s'appliquait pas, car il n'y avait aucun signe de dommage associé à la divulgation. Il a jugé que les rapports d'évaluation pouvaient être rendus publics, sous réserve d'expurgation mineure visant les renseignements personnels.

Le ministère a déclaré que la décision du Commissaire éclairait la divulgation des renseignements concernant les évaluations des problèmes. Elle élimine aussi le problème de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* au sujet de la recommandation du vérificateur⁴⁷.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit divulguer en temps opportun les suspensions liées à des problèmes d'assurance de la qualité et faire rapport au Comité sur la manière dont il mettra en œuvre cette recommandation.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5.4 Méthode d'évaluation

Les évaluateurs reçoivent et analysent les données sur les soins dispensés aux patients et conservés par les établissements de santé autonomes. Le ministère a laissé à l'Ordre le soin de choisir la méthode de sélection des échantillons de dossiers à examiner. L'Ordre fournit aux évaluateurs des lignes directrices pour mener des évaluations. Dans le rapport de 1996, on recommandait au ministère de s'assurer que les lignes directrices d'échantillonnage tiennent compte de la période couverte par l'évaluation, du volume de services dispensés et du nombre de spécialités exercées. On y recommandait également que les évaluateurs qui ne suivent pas les lignes directrices soient tenus de documenter les raisons de leur décision. Le ministère a accueilli cette recommandation et a indiqué qu'il demanderait à l'Ordre d'examiner et de préciser ses lignes directrices d'échantillonnage.

Pendant la présente vérification, le personnel du ministère a indiqué qu'en vertu de la politique de sélection d'échantillons, les évaluateurs doivent examiner un minimum de dix services par spécialité. Le personnel de la vérification a examiné un échantillon de rapports d'évaluation. Dans certains cas, les évaluateurs n'ont pas sélectionné dix services par spécialité et n'ont pas documenté les raisons pour lesquelles ils n'ont pas utilisé l'échantillon minimum. Certains évaluateurs ont demandé au personnel de l'établissement de choisir les échantillons de dossier.⁴⁸

Le vérificateur a recommandé que le ministère travaille en collaboration avec l'Ordre afin de veiller à ce que l'échantillon de services à évaluer soit suffisant pour permettre aux évaluateurs d'en arriver à une conclusion et que celui-ci soit sélectionné à partir d'une liste complète de tous les services dispensés aux patients et que l'échantillon soit sélectionné indépendamment par l'Ordre ou par le ministère⁴⁹.

Audiences du Comité

Le ministère discutera de la recommandation du vérificateur avec l'Ordre. Les exigences en matière de dossiers et de sélection d'échantillons seront incluses dans le protocole d'entente conclu avec l'Ordre. Les travaux sont en cours et devraient se terminer en 2005 ou 2006. La question a été discutée avec l'Ordre lors d'une réunion en décembre 2004. Les exigences en matière de taille

d'échantillon et de processus de sélection devaient être discutées lors d'une réunion en février 2005⁵⁰.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer que le protocole d'entente actuellement en négociation avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario comprend des critères portant sur l'examen des dossiers et l'échantillonnage des services à évaluer.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5.5 Clarté des conclusions d'évaluation

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, les services dispensés par les établissements doivent être conformes aux normes de qualité généralement reconnues. Dans le rapport de 1996, on recommandait au ministère de travailler en collaboration avec l'Ordre pour s'assurer que les rapports d'évaluation présentent des conclusions claires quant à la conformité ou à la non-conformité aux paramètres de pratiques cliniques et aux normes d'établissement. Le ministère a accueilli la recommandation et a indiqué qu'il travaillait avec l'Ordre « pour aider à améliorer la qualité et le contenu des rapports ». Durant la présente vérification, le personnel de la vérification a observé que les rapports et d'autres communications de l'Ordre n'indiquaient pas toujours de façon systématique si les paramètres et les normes avaient été respectés. Lorsqu'il n'est pas clair que les normes aient été respectées, le ministère doit demander des précisions à l'Ordre, ce qui occasionne des retards dans la réponse aux rapports d'évaluation.

En septembre 2003, le ministère a formé une commission d'examen des établissements pour aider le directeur dans la prise de décisions coercitives. La commission devait conseiller le directeur afin de déterminer si les problèmes soulevés par les évaluateurs correspondaient au non-respect de normes pratiques minimales et de préciser la gravité de toute déficience. Toutefois, le vérificateur a fait observer à la fin de la vérification qu'il était trop tôt pour évaluer le succès de cette initiative⁵¹.

5.6 Systèmes de repérage des résultats d'évaluation

Le Ministère tient à jour une base de données sur les résultats d'évaluation qui contient de l'information sur les types de services dispensés dans chaque établissement, l'état du permis (valide ou suspendu) et toute date à laquelle on a pris des mesures en vue de régler les problèmes repérés dans un établissement.

Dans le rapport de 1996, on a recommandé de vérifier l'intégrité des données enregistrées, d'examiner la faisabilité de l'archivage de toute donnée d'évaluation par numéro d'établissement et d'élaborer un système permettant le repérage des résultats d'évaluation. Durant la présente vérification, on a remarqué que le ministère utilisait le numéro de permis pour faire le suivi des activités d'évaluation et que des efforts avaient été faits pour améliorer l'intégrité des données. Toutefois, certaines données erronées devaient toujours être corrigées, et le ministère n'utilisait pas la base de données pour surveiller la durée globale du processus d'évaluation. De plus, la structure de la base de données n'était pas idéale pour permettre la surveillance de la durée globale d'une évaluation. Puisqu'il n'y a pas de liens dans la base de données entre les résultats des réévaluations et ceux des évaluations, il est difficile de déterminer le temps écoulé entre la date de la première évaluation et le moment de la résolution satisfaisante des problèmes sérieux soulevés⁵².

Le vérificateur a recommandé au ministère de veiller à ce que la structure de son système d'information de gestion permette de lier toutes les données pertinentes à un établissement particulier.

Dans sa réponse initiale, le ministère indiquait que l'actuel système d'information de gestion répondait aux besoins du programme en matière de repérage des résultats des évaluations d'assurance de la qualité en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les modifications proposées au système permettraient d'accroître sa capacité d'établissement de rapports. En même temps, le ministère devait établir un équilibre entre la valeur de ses améliorations et les ressources disponibles pour les programmer et les mettre en œuvre. D'autres projets avaient priorité sur les changements proposés au système d'information de gestion en matière d'assurance de la qualité, qui seraient apportés selon la disponibilité des ressources⁵³.

6. SERVICES TECHNIQUES NON AUTORISÉS

Dans le rapport de vérification de 1996, on remarquait qu'au moment de l'adoption de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, de nombreux services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario et qui comportaient un volet technique n'étaient pas visés par la *Loi*. Le barème des prestations contenait 65 procédures techniques qui n'étaient pas régies par la *Loi*. Dans le rapport de 1996, on recommandait l'établissement de critères précis pour déterminer les services et procédures techniques qui devraient être autorisés. Dans sa réponse, le ministère indiquait qu'en raison du nombre très élevé de services pouvant théoriquement être visés, un processus rigoureux serait nécessaire pour classer ces services par ordre de priorité.

En 1997, un comité mixte formé de représentants du ministère et de l'Ordre a élaboré une liste de critères à utiliser pour élargir la portée de la *Loi* afin d'inclure d'autres services qui étaient dispensés ailleurs que dans les hôpitaux. La liste comprenait des critères d'assurance de la qualité et des critères d'utilisation⁵⁴. À la suite de l'application des critères d'utilisation, la portée de la *Loi* a été élargie

en 1998 pour inclure les polysomnographies. Toutefois, même si le comité mixte avait également recommandé l'évaluation d'autres procédures en vue d'être visées par la *Loi*, le personnel de la vérification a compris qu'une autre évaluation a été menée.

De nombreux rapports et études ont confirmé l'importance du processus d'assurance de la qualité pour évaluer les services techniques. Par exemple, dans un rapport de 2000, un comité mixte formé des représentants du ministère, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et de l'Ontario Medical Association (OMA) indiquait que les exigences de la *Loi* en matière d'assurance de la qualité étaient plus complètes que toutes les autres exigences comparables. On indiquait également dans ce rapport qu'en raison de l'absence d'un programme externe d'assurance de la qualité visant les services techniques dispensés dans les cabinets de médecins et les cliniques médicales, les cabinets et les cliniques étaient susceptibles d'essuyer des critiques en raison de l'absence d'uniformité des normes et de la qualité. Dans un rapport de 2002, l'OMA indiquait que le programme de gestion de la qualité visant les ESA est généralement considéré comme un atout majeur et que le défi consiste à avoir un système de gestion de la qualité des services diagnostiques techniques qui fonctionne dans tous les secteurs.

Lorsqu'un service non visé par la *Loi* est dispensé ailleurs que dans un hôpital public, le service n'est pas assujéti au processus d'assurance de la qualité prévu dans la *Loi*. En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, des frais techniques sont payés aux établissements qui effectuent ces procédures.

D'autres examens (p. ex., les tests allergologiques et les coloscopies) peuvent être effectués dans un contexte non hospitalier sans exiger que l'établissement détienne un permis, mais seul le volet professionnel de ces interventions est payé. Selon les données du ministère, 19 260 coloscopies ont été pratiquées dans un contexte non hospitalier au cours de l'exercice 2000-2001 – soit approximativement 12 % de l'ensemble de ces examens à l'échelle de la province. Puisque ces examens n'étaient pas visés par la *Loi*, ils n'étaient pas assujéti à ses dispositions relatives à l'assurance de la qualité.

Le personnel de la planification n'a trouvé aucune indication permettant d'affirmer que le ministère avait procédé, depuis 1987, à une analyse pour déterminer si les services additionnels dispensés à l'extérieur des hôpitaux et des établissements détenteurs d'un permis devraient être autorisés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* et ainsi assujéti au processus d'assurance de la qualité prévu par celle-ci⁵⁵.

Le vérificateur a recommandé que le ministère évalue quels services diagnostiques et chirurgicaux dispensés ailleurs que dans les hôpitaux avec les établissements de santé autonomes détenteurs de permis devraient être visés par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*⁵⁶.

Audiences du Comité

Toute décision visant à élargir la portée du Programme des établissements de santé autonomes doit assurer l'équilibre entre le coût de mise en œuvre d'un programme de délivrance de permis et d'assurance de la qualité et les besoins pour un processus amélioré d'assurance de la qualité des services dispensés dans des contextes communautaires et pour des mesures de planification et d'utilisation des services obtenus en vertu du mode d'homologation des établissements de santé autonomes.

Le ministère a établi des critères en 1997 pour évaluer les propositions visant à élargir la portée de la *Loi*. Ces critères ont été utilisés pour réglementer les établissements de médecine du sommeil en vertu de la *Loi* et ont mené à l'homologation de ce type d'établissement à la suite des modifications apportées au barème de prestations en 1998. Ces critères devraient continuer d'être utilisés pour évaluer toute proposition visant l'élargissant de la portée de la *Loi*. L'évaluation des propositions des services nouveaux et/ou étendus se fera au cas par cas⁵⁷.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande ce qui suit :

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur le nombre de demandes visant à accroître les services dispensés en 2004-2005 par les établissements de santé autonomes détenteurs d'un permis et sur les types de services touchés.

Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

7. POLYSOMNOGRAPHIES

La majorité des polysomnographies sont des examens effectués pendant la nuit pour effectuer différents facteurs, tels que la saturation en oxygène et les étapes du sommeil. Dans le rapport de vérification de 1996, on constatait que les frais techniques versés aux établissements qui effectuaient la polysomnographie, ce qui à l'époque ne nécessitait pas de permis, avaient augmenté de 135 % en quatre ans. Depuis, les polysomnographies ont été ajoutées à la liste de services visés par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Le Comité des services aux médecins a recommandé que ces cliniques soient ajoutées dans un premier temps dans le but de limiter le nombre d'établissements autorisés à facturer de tels services. En 1998, environ 70 cliniques ont été établies en vertu de la *Loi* et autorisées à fonctionner dans l'attente de la délivrance de leur permis. Entre 1998-1999 et 2002-2003, les montants des frais techniques facturés pour des polysomnographies sont passés de 14,9 millions de dollars à 23,4 millions de dollars, soit une hausse de 57 %.

Avant l'homologation d'un établissement, l'Ordre doit effectuer une inspection préparatoire à l'homologation. Les établissements peuvent continuer de fonctionner jusqu'à la délivrance du permis par le ministère. Si l'Ordre repère de graves problèmes en matière d'assurance de la qualité, le directeur peut interdire à l'exploitant de facturer des frais techniques. La dernière mesure serait généralement prise uniquement si un exploitateur refusait de corriger les déficiences repérées.

Le personnel de la vérification a remarqué que plusieurs inspections doivent être effectuées dans de nombreuses cliniques avant que soient corrigés des problèmes de qualité soulevés lors d'inspections initiales. En moyenne, il s'écoulait 16 mois entre l'inspection initiale et l'homologation. À la fin du travail de vérification, 18 cliniques polysomnographiques en exploitation n'étaient toujours pas homologuées parce qu'elles n'avaient toujours pas corrigé les déficiences ou n'avaient toujours pas été inspectées.

Pour s'assurer que les nouveaux établissements respectent les normes de qualité, le vérificateur recommandait l'inspection de tous ces établissements en temps opportun. Il recommandait aussi au ministère de faire un suivi en temps opportun des problèmes repérés pour vérifier si les mesures correctives ont été prises⁵⁸.

Audiences du Comité

Pour s'assurer que toute future situation de droits acquis est réglée en temps opportun, le ministère reconnaît le besoin d'affecter des ressources suffisantes, dans le cadre du Programme des établissements de santé autonomes et du programme d'inspection mené par l'Ordre, pour assurer la réalisation des processus d'inspection et de délivrance des permis. Le personnel du ministère a indiqué qu'il a commencé à donner suite à la recommandation du vérificateur⁵⁹.

8. AUTRE QUESTION

8.1 Examens d'imagerie par résonance magnétique

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) produit des images de haute qualité des structures du corps. Ces images peuvent permettre de détecter d'une façon extrêmement efficace des éléments comme les anomalies cérébrales, les tumeurs et les anévrismes. Elles fournissent souvent des données d'une importance capitale avant l'intervention chirurgicale.

Le gouvernement a annoncé que les services diagnostiques offerts seraient étendus pour inclure les services d'IRM à l'été 2003. Ces services n'étaient auparavant offerts que dans les hôpitaux. Les services d'IRM fournis dans les ESA seraient moins coûteux que ceux qui sont fournis dans les hôpitaux, mais seraient assujettis aux dispositions de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*.

Après avoir évalué les soumissions, le ministère a sélectionné les établissements qui offriront des services d'IRM dans cinq emplacements homologués entre juillet et septembre 2003. Le financement des services d'IRM, contrairement à celui d'autres services diagnostiques, était limité au prix proposé par chaque exploitant et était conditionnel à la prestation par l'exploitant de niveaux maximaux de services assurés.

Comme les autres ESA, les exploitants peuvent recevoir un revenu pour les services non couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario. Toutefois, les contrats conclus avec les établissements offrant des services d'IRM limitent le volume de services non assurés qui peuvent être dispensés. Les établissements sont également tenus de signaler au ministère le volume de services non assurés dispensés.

À la fin de la vérification, on a indiqué au personnel du vérificateur que le gouvernement provincial se penchait sur l'avenir de ces établissements et sur d'autres options de prestation des services d'IRM.

Événements qui ont suivi la vérification

En juillet 2004, la presse a indiqué que la province s'apprêtait à acheter sept cliniques privées d'IRM et de tomographie assistée par ordinateur. Un porte-parole du premier ministre a confirmé que des négociations avaient lieu⁶⁰.

Trois cliniques d'IRM à but lucratif à Kitchener, Kingston et Richmond Hill ont été « récupérées » avant la fin de septembre 2004. Au début d'octobre, un porte-parole du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a déclaré que les trois établissements étaient exploités par des sociétés privées sans but lucratif⁶¹.

Audiences du Comité

Le gouvernement précédent a émis à l'automne 2002 une demande de propositions pour sept services et cliniques d'IRM et de tomographie assistée par ordinateur. Le gouvernement actuel a alors effectué un processus de conversion de ces cliniques. On a dit au Comité que quatre cliniques dans quatre centres étaient maintenant sans but lucratif. Les discussions et les négociations concernant la conversion des trois autres cliniques étaient en cours.

On a demandé au personnel du ministère de décrire le processus entourant la demande de propositions de 2002. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministre peut ordonner au directeur d'émettre une demande de propositions concurrentielle. Dans ce cas comme dans d'autres, on a donné au ministre des renseignements sur les besoins de services actuels et futurs et sur la disponibilité de fonds.

Compte tenu de ces renseignements, la demande de propositions visait des régions particulière. Elle a suivi le processus normaux d'approvisionnement : réunions avec les soumissionnaires et réponses aux questions écrites. Ces processus ont été

suivis par un processus officiel d'évaluation qui a donné lieu à l'attribution des permis aux entrepreneurs et aux exploitants. Aucune attribution n'a été faite dans une région, Brantford, car les résultats de la demande de propositions indiquait qu'il serait plus économique d'offrir les services dans un hôpital plutôt que dans un ESA. Dans ce cas, le ministre a décidé d'annuler la demande de propositions⁶².

9. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le Comité demande au ministre de transmettre au Greffier du Comité une réponse par écrit à ces recommandations dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

- 1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur l'établissement de dates cibles pour l'achèvement de la négociation des frais d'établissement ou techniques, particulièrement pour les services médicaux à volume élevé. Le Comité s'attend à ce que ce soit fait d'ici le 30 juin 2006.**
- 2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit fournir au Comité une mise à jour sur les travaux de la stratégie de réduction des temps d'attente à l'égard des services fournis en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* et la date prévue d'achèvement de ces travaux. Il doit faire référence aux travaux de l'Institut de recherche en services de santé.**
- 3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit présenter un rapport au Comité sur les critères utilisés pour déterminer si un service devrait être offert dans un hôpital ou dans un établissement de santé autonome.**
- 4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer de mettre en œuvre en 2005-2006 un processus visant à réaliser sans préavis environ 50 évaluations sur 200.**
- 5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur la progression de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un protocole d'entente avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour établir des protocoles visant**
 - (i) à réaliser des évaluations sans préavis;**
 - (ii) à offrir la formation pertinente au personnel qui réalise ces évaluations.**
- 6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit divulguer en temps opportun les suspensions liées à des problèmes d'assurance de la qualité et faire rapport au Comité sur la manière dont il mettra en œuvre cette recommandation.**

7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer que le protocole d'entente actuellement en négociation avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario comprend des critères portant sur l'examen des dossiers et l'échantillonnage des services à évaluer.

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité sur le nombre de demandes visant à accroître les services dispensés en 2004-2005 par les établissements de santé autonomes détenteurs d'un permis et sur les types de services touchés.

NOTES

- ¹ Ontario, Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004* (Toronto, Bureau du vérificateur provincial, 2004), p. 239; et Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats* (le 24 février 2005), p. P291.
- ² Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 240-241.
- ³ Ibid., p. 241.
- ⁴ Le barème des frais d'établissement fait partie du barème des prestations.
- ⁵ Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario, *Rapport annuel 2004*, p. 243
- ⁶ Ibid., p. 243-244.
- ⁷ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P295.
- ⁸ Ibid., p. P291-P292.
- ⁹ Ibid., p. P295 et P304.
- ¹⁰ Lettre du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto, au Greffier, Comité permanent des comptes publics, le 19 mai 2005.
- ¹¹ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Le gouvernement McGuinty entend transformer le réseau de la santé pour mieux répondre aux besoins des patients », *Canada NewsWire*, le 9 septembre 2004.
- ¹² Mary Gordon, « Ottawa 'developing' health bill », *Toronto Star*, le 24 septembre 2004, p. A6.
- ¹³ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 244-246
- ¹⁴ Ibid., p. 246
- ¹⁵ Ibid., p. 246-248
- ¹⁶ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P292.
- ¹⁷ Ibid., p. P292.
- ¹⁸ Ibid., p. P298.
- ¹⁹ Rob Ferguson, « Plans under way to open cataract surgery clinic », *Toronto Star*, le 8 avril 2005, p. A13.
- ²⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P292.
- ²¹ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 249-250
- ²² Ibid., p. 250.
- ²³ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P292.
- ²⁴ Ibid., p. P299.
- ²⁵ Ibid., p. P300-P301.
- ²⁶ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « ICES landmark report identifies how long Ontarians are waiting for key health services », *Canada NewsWire*, le 6 avril 2005.
- ²⁷ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 251
- ²⁸ Ibid., p. 251.
- ²⁹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P292-P293.
- ³⁰ Ibid., p. P299-P300.
- ³¹ Ibid., p. P300.
- ³² Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 252.
- ³³ Ibid., p. 252-253.
- ³⁴ Ibid., p. 253-254.
- ³⁵ Ibid., p. 254.
- ³⁶ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P293.
- ³⁷ Ibid., p. P301.
- ³⁸ Ibid., p. P293.
- ³⁹ Ibid., p. P302, P304 et P305.
- ⁴⁰ Lettre du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto, au Greffier, Comité permanent des comptes publics, le 19 mai 2005.
- ⁴¹ Ibid., p. P293; et Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 255.
- ⁴² Bureau du Vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 256.
- ⁴³ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P293.
- ⁴⁴ Ibid., p. P302.
- ⁴⁵ Ibid., p. P293.

⁴⁶ Ibid., p. P299.

⁴⁷ Lettre du sous-ministre, ministère de la Santé et Soins de longue durée, Toronto, au Greffier, Comité permanent des comptes publics, le 19 mai 2005.

⁴⁸ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 257.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P293–P294.

⁵¹ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 259.

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid, p. 260.

⁵⁴ Le Comité permanent des comptes publics recommandait que ces critères soient utilisés pour évaluer la pertinence de tout ajout de services et de procédures techniques autorisées dans son *Rapport annuel 1996-1997*.

⁵⁵ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 261-262.

⁵⁶ Ibid., p. 262.

⁵⁷ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P294.

⁵⁸ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004*, p. 263-264.

⁵⁹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P294.

⁶⁰ Dennis Bueckert, « Province to buy private health clinics, make them public », *Globe and Mail*, le 17 juillet 2004, p. A7.

⁶¹ Ann Lukits, « Repatriation of MRIs just ‘smoke and mirrors’: Critic », *Kingston Whig-Standard*, le 1^{er} octobre 2004, p. 1.

⁶² Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P294-P295.