



Rapport du Vérificateur général
du Québec
à l'Assemblée nationale
pour l'année 2015-2016

Vérification
de l'optimisation des ressources

Automne 2015

Photo de la page couverture
Hôtel du Parlement, *Daniel Lessard*, Collection Assemblée nationale



**Rapport du Vérificateur général
du Québec
à l'Assemblée nationale
pour l'année 2015-2016**

Vérification de l'optimisation des ressources

Automne 2015

La forme masculine employée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes, le cas échéant.



Québec, novembre 2015

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

Conformément à l'article 44 de la *Loi sur le vérificateur général*, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport intitulé *Vérification de l'optimisation des ressources* (automne 2015). Ce tome fait partie du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016*. Il est accompagné du document présentant les résultats des travaux sous forme de diaporama.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

La vérificatrice générale,

A handwritten signature in blue ink, which reads "Guylaine Leclerc". The signature is written in a cursive, flowing style.

Guylaine Leclerc, FCPA, FCA

Table des matières

- Chapitre 1** Observations de la vérificatrice générale, M^{me} Guylaine Leclerc
- Chapitre 2** Rémunération des médecins : conception et suivi des ententes
- Chapitre 3** Rémunération des médecins : administration et contrôle
- Chapitre 4** Équipements médicaux
- Chapitre 5** Réseau routier : inspection et planification de l'entretien des structures



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016

Vérification de l'optimisation des ressources
Automne 2015

Observations de la vérificatrice générale, M^{me} Guylaine Leclerc

CHAPITRE

1

Table des matières

1 Introduction	4
2 Réflexions sur les priorités	5
3 Vérification de l'optimisation des ressources auprès des sociétés d'État	7
4 Sommaire du contenu du présent tome	8
Sigles	11

1 Introduction

1 L'Assemblée nationale confie au Vérificateur général le mandat de favoriser, par la vérification, le contrôle parlementaire sur les fonds et autres biens publics. Ce mandat comporte, dans la mesure jugée appropriée par le Vérificateur général, la vérification financière, celle de la conformité des opérations avec les lois, les règlements, les énoncés de politique et les directives, ainsi que la vérification de l'optimisation des ressources (VOR). Son champ de compétence s'étend principalement au gouvernement et à ses organismes et comprend également les fonds versés sous forme de subventions.

2 Dans le rapport qu'il soumet à l'Assemblée nationale, le Vérificateur général signale les sujets découlant de ses travaux qui méritent d'être portés à l'attention des parlementaires. Le document est livré sous forme de tomes. Ce tome-ci est consacré à des travaux de VOR réalisés au cours des 12 derniers mois. Il renferme entre autres les constatations, les conclusions et les recommandations afférentes à ces travaux.

3 Le premier chapitre donne au vérificateur général l'occasion d'établir un contact plus personnel avec le lecteur. Dans le présent chapitre, je fais part de mes réflexions sur les priorités de l'organisation, je fais le point sur les travaux réalisés dans les sociétés d'État et je présente sommairement le contenu des autres chapitres.

2 Réflexions sur les priorités

4 Depuis mon entrée en fonction le 16 mars dernier, j'ai publié mes premiers rapports de VOR (mai et juin 2015) et produit de nombreux rapports de l'auditeur indépendant. Par la suite, je me suis occupée activement à comprendre le fonctionnement de mon organisation et l'environnement dans lequel je suis appelée à intervenir.

5 Le fruit de mes premières réflexions me permet d'ores et déjà de cerner certaines priorités sur lesquelles je souhaite, en collaboration avec mon équipe, axer mes efforts au cours des prochaines années.

6 Le champ de compétence du Vérificateur général, tant en audit financier qu'en VOR, est vaste. Je dois choisir des interventions qui apportent une valeur ajoutée pour l'administration publique québécoise. Je chercherai donc à agir au bon endroit et au moment opportun. Entre autres, je compte intensifier ma présence dans les établissements des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation, où les dépenses sont considérables.

7 Je poserai aussi un regard plus assidu sur le domaine des technologies de l'information, car celles-ci sont au cœur de la réalisation de la mission de l'État. En effet, l'administration publique québécoise offre de plus en plus de services en ligne. En outre, les technologies de l'information soutiennent davantage que par le passé la prise de décision des dirigeants. Les contrôles effectués sur les systèmes et leurs données ainsi que les mesures prises pour assurer la confidentialité de l'information sont par conséquent essentiels.

8 Les travaux liés à la formulation de mon opinion sur le rapport préélectoral ainsi que la VOR auprès des sociétés d'État feront certes partie de mes priorités au cours des prochaines années. Dans la section suivante, je fais d'ailleurs état de mes interventions dans les sociétés d'État.

9 Des travaux pertinents et réalisés en temps opportun, voilà une ambition qui exigera agilité et performance organisationnelle. Par conséquent, je poursuivrai mes efforts en vue d'affiner et de moderniser les pratiques et les méthodes de travail utilisées par l'organisation.

10 Il m'importe aussi d'être à l'écoute de l'unique client du Vérificateur général, soit l'Assemblée nationale. J'entends entretenir des relations soutenues et fréquentes avec mon principal interlocuteur parlementaire : la Commission de l'administration publique. Celle-ci peut compter sur ma collaboration pour l'assister dans son mandat.

11 Par ailleurs, à la suite de la modernisation de la gouvernance des sociétés d'État amorcée il y a quelques années, les conseils d'administration et les comités d'audit font partie des intervenants qui peuvent agir comme vecteurs pour une saine gestion des fonds publics dans les organisations. Je crois fermement à cette imputabilité renforcée, ainsi qu'à la valeur des liens que mon organisation entretient avec ces intervenants, notamment en ce qui concerne la prise en charge et la mise en œuvre des recommandations formulées par le Vérificateur général.

12 L'ensemble de ces réflexions alimentera les prochaines orientations stratégiques de l'organisation. L'élaboration de ces orientations a été amorcée en septembre dernier. Celles-ci porteront sur la période 2016-2019. Mon mandat étant de 10 ans, ces premières orientations jetteront les bases de ma vision.

3 Vérification de l'optimisation des ressources auprès des sociétés d'État

13 En raison des modifications législatives apportées à la *Loi sur le vérificateur général* en juin 2013, je peux désormais effectuer des VOR auprès des sociétés d'État sans qu'une entente soit conclue au préalable avec le conseil d'administration (à une exception près, la Caisse de dépôt et placement du Québec).

14 Depuis, j'ai procédé à des travaux auprès de quelques-unes de ces entités afin de répondre au souhait exprimé par les parlementaires. De fait, j'ai déposé en mai 2015 à l'Assemblée nationale deux rapports; l'un portait sur Loto-Québec et l'autre, sur Hydro-Québec. J'ai aussi présenté un rapport relatif à la Société des établissements de plein air du Québec en juin 2015.

15 Dans le but de continuer à informer efficacement les parlementaires à l'égard des sociétés d'État, j'ai élaboré une stratégie d'intervention à court et à moyen terme. Celle-ci vise, entre autres, à assurer une présence dans deux de ces entités au cours de l'exercice 2015-2016.

16 Ainsi, j'ai avisé les dirigeants de la Société des alcools du Québec en mai 2015 de ma décision de procéder à une mission de vérification auprès de leur entité. Les travaux progressent actuellement de façon satisfaisante. En effet, mon personnel est en voie de finaliser le rapport d'étude préliminaire, après quoi il pourra entreprendre un examen détaillé sans délai afin de livrer ses conclusions en 2016.

17 Après le dépôt en mai 2015 du rapport qui portait sur Hydro-Québec, une équipe est demeurée sur place afin d'achever la **revue générale des activités**, commencée en 2014. Les membres de l'équipe ont réalisé des entrevues et ont analysé des documents internes, ce qui a permis de recenser différents sujets sur lesquels des travaux de VOR pourront être menés à court et à moyen terme. J'ai récemment informé les dirigeants d'Hydro-Québec de mon intention d'amorcer une nouvelle mission de vérification dans leur entité.

La revue générale des activités permet d'acquérir une connaissance adéquate des domaines ou des activités susceptibles de faire l'objet de missions de VOR. Elle sert à planifier les interventions futures, et ce, en vertu de la *Loi sur le vérificateur général*.

4 Sommaire du contenu du présent tome

18 Dans le **chapitre 2**, je traite d'abord de la gestion des enveloppes budgétaires globales consacrées à la rémunération des médecins, gestion qui est réalisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

19 Je note que la conception et l'administration des ententes de rémunération ne permettent pas une gestion économique et transparente des fonds alloués à la rémunération des médecins. En effet, la façon de faire du MSSS a eu pour conséquence de mener à une augmentation des coûts de rémunération de 416,7 millions de dollars par rapport à ce qui était prévu dans les ententes 2010-2015.

20 Je me suis également intéressée à la conception et au suivi des mesures incitatives. Celles-ci visent à accorder une rémunération supplémentaire aux médecins afin d'influencer leur comportement, notamment pour l'inscription et la prise en charge de la clientèle. Je remarque que la conception de ces mesures ne favorise pas suffisamment l'amélioration de l'accessibilité aux services et que le suivi qui en est fait est inadéquat. Notons que des 33 mesures incitatives examinées, 30 ne comportaient ni cible ni indicateur permettant d'évaluer le degré d'efficacité de celles-ci. Par ailleurs, la complexité d'application et de contrôle des nouvelles modalités de rémunération n'est pas suffisamment prise en compte dans les ententes, ce qui rend plus ardu le traitement des demandes de paiement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

21 Le **chapitre 3**, pour sa part, est consacré aux moyens mis en place par la RAMQ pour administrer et contrôler la rémunération des médecins.

22 D'abord, la Régie ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins. Cela a des conséquences sur les mécanismes de contrôle et les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance qui sont mis en place.

23 Ensuite, la RAMQ n'applique pas tous les contrôles a posteriori nécessaires, ce qui ne lui permet pas d'avoir l'assurance raisonnable que la rémunération des médecins est conforme aux ententes convenues entre le MSSS et les fédérations médicales. Notamment, la portée de ces contrôles est trop restreinte et les différentes unités administratives participant à l'application de ceux-ci ne sont pas encadrées de manière à s'assurer qu'elles interviennent de façon structurée et complémentaire.

24 Enfin, les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portent pas sur le contrôle exercé à l'égard de la rémunération des médecins. Cette rémunération représente pourtant 62 % des dépenses de programmes de la RAMQ.

25 Le **chapitre 4** porte sur les équipements médicaux de 100 000 dollars et plus et sur les équipements stratégiques. Au 31 mars 2015, ceux-ci avaient une valeur de remplacement de 2,3 milliards de dollars. Ils sont utilisés principalement en imagerie médicale.

26 Les établissements vérifiés ont un processus structuré de détermination et de priorisation des besoins en matière d'équipements médicaux. Par contre, le MSSS répartit les ressources financières destinées au maintien de ceux-ci selon leur valeur de remplacement sans prendre en compte les besoins des établissements. Dans les établissements vérifiés, les équipements médicaux ont un taux de vétusté élevé. En outre, lors des acquisitions, ces établissements ne respectent pas systématiquement la réglementation, notamment en ce qui concerne les autorisations requises et la reddition de comptes.

27 Dans les établissements vérifiés, les délais d'attente liés aux examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dépassent largement la cible ministérielle de 90 jours pour la clientèle élective. De plus, ces établissements n'utilisent pas de manière optimale les tomodensitomètres et les appareils IRM. Par ailleurs, le MSSS et les établissements vérifiés ont accompli peu d'actions au regard de la pertinence des examens d'imagerie médicale. D'autre part, deux des trois établissements vérifiés n'ont pas centralisé la gestion des demandes relatives à ces examens pour la clientèle élective. Enfin, les établissements vérifiés n'appliquent pas intégralement le Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada plus de cinq ans après son adoption.

28 Quant au **chapitre 5**, il porte sur l'inspection et la planification de l'entretien des structures du réseau routier. Cette vérification a été menée auprès du ministère des Transports du Québec (MTQ).

29 Depuis la commission Johnson, en 2007, des progrès ont été réalisés tant pour l'information recensée sur les structures que pour l'encadrement des inspections. Des inspecteurs dûment certifiés procèdent à l'inspection de toutes les structures et consignent les résultats en temps opportun. Par contre, les données portant sur les travaux effectués sur chaque structure sont encore dispersées, ce qui rend difficile l'accès à l'ensemble de l'information sur chacune d'elles.

30 J'ai relevé des lacunes quant à la planification des travaux sur les structures. Le MTQ n'évalue pas si ses stratégies d'intervention sur les structures sont efficaces et ne détermine pas l'impact qu'auront les budgets consentis sur leur état. Pour les structures du réseau municipal dont il a la responsabilité, ses stratégies d'intervention n'ont pas fait en sorte que leur état atteigne celui des structures du réseau routier supérieur. En fait, 51,7 % des structures municipales étaient en bon état en 2014, comparativement à 72,6 % pour l'autre réseau. D'autre part, l'implantation de la démarche liée à la gestion des projets routiers est variable d'une direction territoriale à l'autre, et ce, plus de 10 ans après son lancement. De plus, le MTQ n'a pas élaboré de plan d'entretien préventif systématique pour les structures en bon état et ses activités à cet égard ont diminué.

Sigles

Sigles

IRM	Imagerie par résonance magnétique	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	VOR	Vérification de l'optimisation des ressources
MTQ	Ministère des Transports du Québec		



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016

Vérification de l'optimisation des ressources
Automne 2015

Rémunération des médecins : conception et suivi des ententes

Ministère de la Santé et des Services sociaux

CHAPITRE

2

Faits saillants

Objectif des travaux

La rémunération des médecins est versée en vertu d'ententes de rémunération négociées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les fédérations médicales. Ces ententes permettent de fixer le montant des enveloppes budgétaires globales et de définir les modalités de rémunération. Les dernières ententes couvraient la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015.

Généralement, c'est la rémunération à l'acte qui s'applique, et des mesures incitatives peuvent s'y ajouter afin d'influencer le comportement des médecins. Par exemple, une rémunération supplémentaire pourra être accordée en fonction du type de clientèle prise en charge par le médecin.

Nos travaux visaient à nous assurer que le MSSS a pris les moyens nécessaires pour que les ententes conclues avec les fédérations des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes permettent une gestion efficace et efficiente de la rémunération des médecins, et qu'il exerce un suivi approprié de l'application de ces ententes et de leurs résultats.

Le rapport entier est disponible au www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant la conception et le suivi des ententes de rémunération des médecins.

Les coûts associés à la rémunération des médecins dépassent de 416,7 millions de dollars les enveloppes budgétaires globales qui avaient été établies dans les ententes de rémunération 2010-2015. Pour les médecins omnipraticiens, les décisions prises par le MSSS ne respectent pas les modalités prévues dans l'entente de rémunération. Par conséquent, les coûts sont de 32,7 millions de plus que ce qui était prévu. Pour les médecins spécialistes, la sous-évaluation de l'évolution de la pratique médicale lors des négociations a mené à un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale de 384 millions.

Les protocoles d'accord portant sur l'étalement de la rémunération des médecins augmentent les risques liés à la gestion des obligations financières du MSSS. À partir de 2018-2019, des coûts additionnels s'ajouteront aux ententes qui seront alors en vigueur, lesquels atteindront 602 millions en 2020-2021. En outre, l'économie de 394 millions prévue lors de la signature des protocoles ne sera pas au rendez-vous puisque certains éléments viennent réduire significativement cette économie potentielle, voire l'annuler à moyen terme. Par ailleurs, ces protocoles limitent la capacité du ministère à influencer le comportement des médecins par l'intermédiaire de la rémunération.

La conception des mesures incitatives faite dans le cadre de la gestion actuelle des enveloppes budgétaires ne favorise pas l'amélioration réelle de l'accessibilité aux services. Si le MSSS et la fédération médicale ne s'entendent pas sur une cible à atteindre ou sur les conditions à respecter, les sommes disponibles pour la mise en œuvre de mesures incitatives demeurent à l'intérieur de l'enveloppe. Ces sommes seront ultérieurement versées aux médecins, sous une forme ou sous une autre.

Des objectifs ont été déterminés pour la quasi-totalité des mesures incitatives analysées mais, sauf quelques exceptions, ils ne sont accompagnés d'aucune cible ni d'aucun indicateur permettant d'évaluer le degré d'efficacité de celles-ci. De plus, lorsque les résultats obtenus montrent peu ou pas d'amélioration dans la prestation de services, les actions entreprises par le MSSS pour corriger la situation sont insuffisantes.

La complexité d'application et de contrôle des nouvelles modalités de rémunération, les délais d'implantation de celles-ci et les coûts de développement des systèmes informatiques ne sont pas suffisamment pris en compte dans les ententes de rémunération.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du MSSS. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires de l'entité vérifiée.

Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère

- 1 Revoir le mode de gestion des enveloppes budgétaires globales afin de mieux assumer ses responsabilités relatives à la rémunération des médecins et de permettre une gestion plus économique et transparente de celle-ci.**
 - 2 S'assurer de disposer des outils nécessaires à la comparaison interprovinciale de la rémunération des médecins en vue de dresser un portrait rigoureux de la situation, advenant la volonté de justifier des augmentations salariales sur de telles bases.**
 - 3 Définir des paramètres d'application des mesures incitatives qui entraîneront un changement de comportement significatif chez les médecins et inscrire ces mesures dans une stratégie globale afin de favoriser une efficacité et une efficience accrues de la prestation de services des médecins.**
 - 4 Déterminer des cibles et des indicateurs pour l'ensemble des mesures incitatives, faire un suivi rigoureux de ceux-ci et entreprendre des actions correctives lorsque les résultats ne montrent pas l'atteinte de la prestation de services attendue.**
 - 5 Tenir davantage compte, en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la complexité d'application des modalités de rémunération convenues avec les fédérations médicales, des coûts de développement des systèmes informatiques et des délais d'implantation de ces modalités dans les systèmes.**
-

Table des matières

1 Mise en contexte	6
2 Résultats de la vérification	9
2.1 Enveloppes budgétaires globales	9
Soldes non dépensés ou dépassement des sommes prévues	
Étalement de certaines sommes consenties pour la rémunération	
Recommandation	
2.2 Rattrapage salarial avec les autres provinces	23
Recommandation	
2.3 Mesures incitatives	25
Conception des mesures incitatives proposées aux médecins omnipraticiens	
Suivi des résultats visés par les mesures incitatives	
Recommandations	
2.4 Répercussions administratives des ententes de rémunération	34
Recommandation	
 Commentaires de l'entité vérifiée	 37
Annexes et sigles	41

Équipe

Martin St-Louis
Directeur de vérification

Dominic Bourque
Maud Déry
Josée Levasseur
Étienne Piedboeuf

Au cours de la période couverte par les ententes, le MSSS et les fédérations médicales conviennent de modifications, principalement afin de définir ou de préciser des modalités de rémunération.

1 Mise en contexte

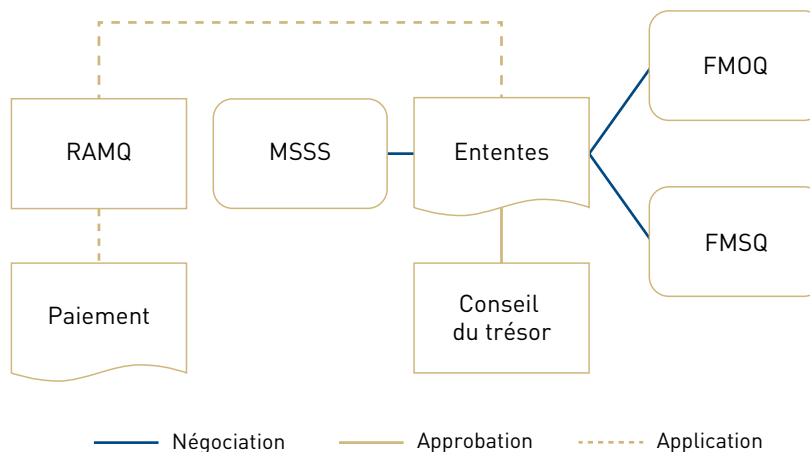
1 Le Québec compte près de 21 000 médecins omnipraticiens et spécialistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Leur rémunération est versée en vertu d'ententes négociées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les représentants de leur fédération médicale, soit la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

2 Plus précisément, ces ententes permettent de fixer le montant des enveloppes budgétaires globales pour la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes et de définir les modalités de rémunération, par exemple celles propres à un milieu de pratique, comme les services d'urgence. Les ententes sont renouvelées périodiquement et les dernières couvraient la **période** du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. Lorsque nous avons mis fin à nos travaux en octobre 2015, les négociations pour le renouvellement de ces ententes n'étaient pas encore amorcées.

3 La RAMQ est responsable de rémunérer les médecins conformément aux modalités convenues dans les ententes de rémunération. Elle doit également exercer des activités de contrôle et de surveillance relativement aux paiements effectués et, s'il y a lieu, récupérer les sommes versées en trop.

4 La figure 1 donne un portrait des parties prenantes du processus de rémunération des médecins (voir la section Enveloppes budgétaires globales pour une description plus complète du processus).

Figure 1 Parties prenantes du processus de rémunération des médecins



5 Au cours de l'année 2013-2014, la RAMQ a versé aux médecins près de 6,3 milliards de dollars (tableau 1).

Tableau 1 Rémunération versée en 2013-2014

	En millions de dollars ¹	Nombre de médecins ²
Médecins spécialistes	3 986	11 053
Médecins omnipraticiens	2 295	9 830
Total	6 281	20 883

1. Est notamment incluse la rémunération versée aux médecins travaillant pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales.

2. Il s'agit des médecins ayant le droit de facturer des services rendus à la RAMQ au 31 mars 2014.

Source : RAMQ.

6 Différents modes de rémunération peuvent être utilisés mais, de façon générale, c'est la rémunération à l'acte qui s'applique. Ainsi, sur la base des services rendus aux personnes assurées, une somme est versée aux médecins pour chaque acte médical accompli. La facturation en fonction de l'acte représente 62 % (3,9 milliards de dollars) de l'ensemble des sommes payées aux médecins. Les autres modes de rémunération sont, notamment, la rémunération mixte ainsi que le salaire et les honoraires. L'annexe 2 présente les différents modes de rémunération ayant cours au Québec et les dépenses qui y sont associées pour l'année 2013-2014.

Rémunération à l'acte et mesures incitatives

7 En janvier 2014, la rémunération à l'acte se rapportait à plus de 11 000 codes d'actes médicaux distincts associés à un tarif. Afin d'avoir droit à une rémunération pour les actes médicaux qu'il a effectués, le médecin doit adresser une demande de paiement à la RAMQ pour chaque personne assurée rencontrée en indiquant le ou les codes d'acte concernés. En 2013-2014, ce sont plus de 55 millions de demandes de paiement qui ont été traitées par la RAMQ.

8 Principalement au cours des 10 dernières années, des mesures incitatives se sont ajoutées à la rémunération des médecins afin d'encourager certains comportements ou de compenser financièrement certaines activités, telles que celles de nature administrative. Ainsi, un médecin pourra être rémunéré différemment selon plusieurs variables qui modifient à la hausse le montant de sa rémunération. Par exemple, une rémunération supplémentaire pourra être accordée en fonction du type de clientèle prise en charge par le médecin, de son milieu de pratique, de la région où il exerce, de sa plage horaire de travail ou encore du nombre de jours travaillés au cours d'une année.

Rôles et responsabilités

9 Voici les rôles et les responsabilités respectifs des deux principaux intervenants au regard de la rémunération des médecins.

MSSS	<p>Le ministère est notamment responsable de réaliser les activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ établir les politiques et les orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux, en suivre l'application et en faire l'évaluation ;▪ avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure avec les organismes représentatifs des médecins des ententes prévoyant la rémunération des services assurés ;▪ apprécier et évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux ;▪ donner des directives à la RAMQ portant entre autres sur les fonctions qui lui sont confiées.
RAMQ	<p>La Régie a notamment pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime public d'assurance maladie. À ces fins, elle doit entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ rémunérer les médecins soumis à l'application d'une entente pour un service assuré qu'ils ont eux-mêmes fourni à une personne assurée ;▪ contrôler la rémunération versée aux médecins ;▪ conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et le saisir de tout problème ou de toute question qu'elle juge de nature à nécessiter une étude ou une action ;▪ divulguer au ministre les renseignements nécessaires à la négociation et à l'application des ententes de rémunération, à la gestion de l'effectif qui y est soumis, au suivi du coût des mesures qui y sont prévues et au suivi budgétaire des sommes versées par la Régie.

10 Le processus de rémunération des médecins interpelle également d'autres intervenants, dont voici les rôles et les responsabilités.

FMOQ	<p>Ce syndicat professionnel représentant les médecins omnipraticiens du Québec a notamment pour objectifs de veiller aux intérêts professionnels et scientifiques de ses membres et de négocier auprès des instances gouvernementales les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens.</p>
FMSQ	<p>Cette organisation-cadre a pour objectif de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations médicales affiliées sur les plans économique, professionnel, scientifique et social.</p>

11 La présente vérification a été effectuée auprès du MSSS. L'objectif de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

12 La gestion de la rémunération des médecins est grandement tributaire de la façon dont sont conçues les ententes de rémunération ainsi que les modalités d'application et de suivi de celles-ci. Nos travaux se sont donc articulés autour de quatre axes.

13 D'abord, nous nous sommes penchés sur la manière dont le MSSS gère les enveloppes budgétaires globales négociées avec les fédérations médicales. Ensuite, nous nous sommes intéressés à la question du rattrapage salarial avec les médecins des autres provinces. Puis, nous avons examiné l'efficacité des mesures incitatives déterminées dans les ententes de rémunération. Enfin, nous avons regardé dans quelle mesure le MSSS a tenu compte des répercussions administratives sur les activités de la RAMQ des modalités de rémunération incluses dans les ententes.

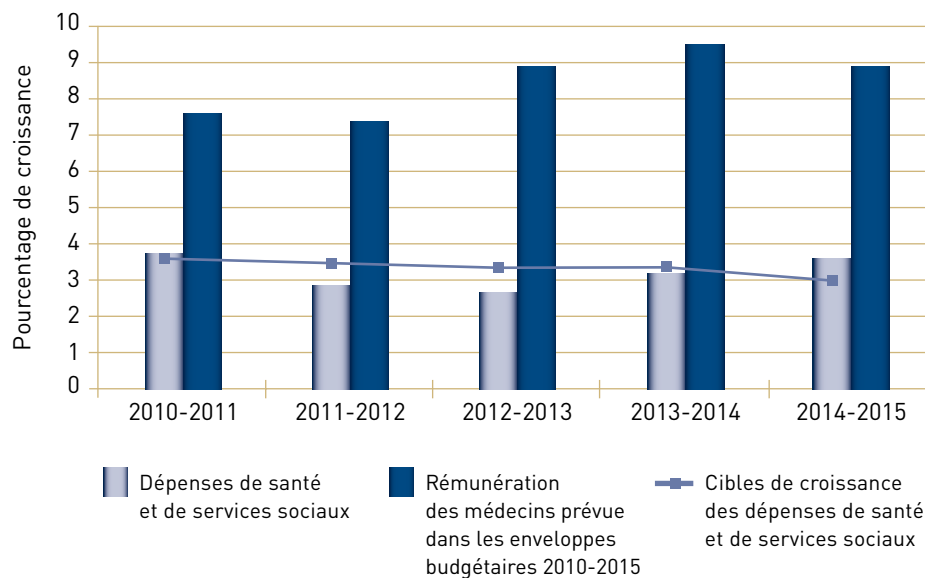
2.1 Enveloppes budgétaires globales

14 En 2013-2014, les **dépenses liées à la rémunération** du personnel du réseau de la santé et des services sociaux s'élevaient à plus de 22,7 milliards de dollars, dont 28 % étaient affectés à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Le réseau compte un effectif de plus de 309 000 personnes, y compris les 20 883 médecins omnipraticiens et spécialistes.

15 Les dépenses de santé et de services sociaux sont celles qui ont connu la plus forte croissance au cours des dernières années. Pendant la dernière période couverte par les ententes de rémunération des médecins (2010-2015), le gouvernement a choisi de limiter l'augmentation annuelle des dépenses de santé entre 3 et 4 %. La progression réelle de ces dépenses a d'ailleurs oscillé autour de 3 % au cours de cette période. De son côté, la croissance annuelle de la rémunération des médecins prévue dans les enveloppes budgétaires était plus importante, soit de 7,3 à 9,6 % (figure 2).

Les dépenses liées à la rémunération s'inscrivent à l'intérieur des dépenses consolidées du gouvernement en matière de santé et de services sociaux, qui se sont élevées à 35,6 milliards de dollars pour l'exercice 2013-2014.

Figure 2 Croissance des dépenses de santé et de services sociaux et de la rémunération des médecins¹



1. La croissance des dépenses de santé et de services sociaux ainsi que les cibles de croissance excluent les dépenses financées par le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux. Les revenus de ce fonds, qui proviennent en grande partie de la contribution santé, ne servent pas au programme de la RAMQ utilisé pour la rémunération des médecins. Par ailleurs, les dépenses de santé et de services sociaux pour l'année 2014-2015 sont des données préliminaires.

Sources : Ministère des Finances du Québec ; MSSS.

16 Les sommes consacrées à la rémunération des médecins sont prévues dans des enveloppes budgétaires globales, lesquelles sont déterminées à la suite de négociations entre le MSSS et chacune des fédérations médicales. Les enveloppes budgétaires sont consignées à l'intérieur d'ententes de rémunération. Avant de commencer les négociations, le MSSS doit obtenir du Conseil du trésor un mandat lui précisant la marge financière dont il dispose pour accorder des augmentations relatives à la rémunération. À la fin du processus de négociation avec les fédérations médicales, le MSSS doit présenter les ententes au Conseil du trésor afin que ce dernier autorise le ministre de la Santé et des Services sociaux à les signer.

17 Lors du dernier renouvellement des ententes, l'enveloppe budgétaire des médecins omnipraticiens et celle des médecins spécialistes ont été déterminées pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. Toutefois, à l'intérieur de ces ententes, des effets budgétaires sont prévus jusqu'en 2016-2017 puisque des sommes sont allouées à certaines modalités de rémunération pour les exercices 2015-2016 et 2016-2017.

18 Le montant de l'enveloppe budgétaire globale à la fin de la période de l'entente précédente représente le point de départ au moment du renouvellement de cette entente. Des sommes sont ajoutées à ce montant pour les raisons suivantes :

- Augmenter les taux de rémunération offerts aux médecins, notamment les tarifs associés aux actes médicaux (tableau 2, lignes B et G). À titre d'exemple, ces sommes ont permis d'augmenter le tarif versé à un pédiatre pour la visite d'un patient devant être hospitalisé. Ce tarif est passé de 101 dollars en 2009 à 165 dollars en 2015.
- Mettre en place des mesures incitatives ayant notamment pour objectif d'améliorer l'accessibilité des services ou la pratique médicale (tableau 2, lignes C et H). Par exemple, une somme additionnelle correspondant à 23 % du tarif de l'acte est allouée aux médecins omnipraticiens exerçant en cabinet pour tous les services offerts le vendredi de 20 heures à minuit, ou encore une somme supplémentaire est accordée pour chacun des patients inscrits au-delà des seuils prescrits.
- Tenir compte de l'**évolution de la pratique médicale**, occasionnée principalement par la croissance du nombre de médecins. Un pourcentage annuel d'augmentation de 1 % de l'enveloppe budgétaire globale des médecins omnipraticiens et de 2 % de celle des médecins spécialistes a été consenti pour la période 2010-2015 (tableau 2, lignes D et I).

L'évolution de la pratique médicale tient compte de l'ajout net d'effectifs médicaux et des modifications en lien avec la productivité des médecins, notamment avec l'inscription et le suivi d'un nombre plus important de patients.

19 Les nouvelles sommes ajoutées, qui sont habituellement récurrentes, se greffent ainsi à celles accordées au cours des années précédentes et font croître l'enveloppe budgétaire globale. Le tableau 2 brosse le portrait des enveloppes budgétaires globales allouées aux médecins omnipraticiens et spécialistes conformément aux ententes 2010-2015 et expose les effets budgétaires déjà prévus pour les exercices 2015-2016 et 2016-2017. Les justifications des augmentations accordées de même que des données plus détaillées sont présentées à l'annexe 3.

Tableau 2 Enveloppes budgétaires globales (en millions de dollars)¹

	Ententes précédentes	Ententes 2010-2015					Effets budgétaires ²	
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Médecins omnipraticiens								
A	Enveloppe budgétaire initiale	1 709,7	1 796,5	1 913,5	2 081,2	2 272,7	2 462,6	2 586,4
	Augmentations salariales ³							
B	Taux de rémunération ⁴	44,4	49,3	70,5	91,2	73,8	30,6	-
C	Mesures incitatives	24,7	48,7	76,6	77,9	91,8	93,2	12,5
D	Évolution de la pratique médicale (1%)	17,7	19,0	20,6	22,4	24,3	n.d. ⁵	n.d. ⁵
E	Enveloppe budgétaire globale	1 709,7	1 796,5	1 913,5	2 081,2	2 272,7	2 462,6	2 586,4
Médecins spécialistes								
F	Enveloppe budgétaire initiale	2 773,4 ⁶	2 989,9	3 224,1	3 512,6	3 855,4	4 206,3	4 441,4
	Augmentations salariales							
G	Taux de rémunération	87,7	101,5	150,5	190,8	181,9	106,2	-
H	Mesures incitatives ⁷	73,0	72,8	73,6	81,7	91,8	128,9	24,0
I	Évolution de la pratique médicale (2%)	55,8	59,9	64,4	70,3	77,2	n.d. ⁵	n.d. ⁵
J	Enveloppe budgétaire globale	2 738,2⁶	2 989,9	3 224,1	3 512,6	3 855,4	4 206,3	4 441,4
K	Total	4 447,9	4 786,4	5 137,6	5 593,8	6 128,1	6 668,9	7 027,8
L	Croissance annuelle (%)		7,6	7,3	8,9	9,6	8,8	s.o.

1. Le portrait des enveloppes budgétaires ne prend pas en considération les protocoles d'accord portant sur l'étalement conclus en novembre 2014 entre le MSSS et chacune des fédérations médicales.
2. Les sommes présentées pour les années 2015-2016 et 2016-2017 sont des sommes qui ne prennent pas en compte l'impact du renouvellement des ententes de rémunération, qui sont venues à échéance le 31 mars 2015.
3. Bien que les médecins ne soient pas des salariés, le terme « augmentations salariales » représente l'ensemble des augmentations associées aux revenus des médecins.
4. Est inclus l'ajustement pour le financement des coûts supplémentaires liés à des conditions particulières de rémunération pour les médecins travaillant dans un groupe de médecine de famille (GMF).
5. Les ententes de rémunération convenues pour la période 2010-2015 ne prévoyaient pas de sommes d'argent pour l'évolution de la pratique médicale au-delà de cette période.
6. L'écart entre l'enveloppe budgétaire globale pour l'année 2009-2010 et l'enveloppe budgétaire initiale pour l'année 2010-2011 s'explique principalement par un ajustement de 33 millions, qui tient compte des dépenses réelles de l'année 2009-2010 (voir les explications dans le paragraphe 42).
7. Est notamment inclus l'ajustement pour le programme de procréation assistée.

Source : MSSS.

20 La façon dont les enveloppes budgétaires globales ont été conçues et administrées par le MSSS ne permet pas une gestion économique et transparente des fonds alloués à la rémunération des médecins.

21 Contrairement à une enveloppe budgétaire fermée (niveau de dépenses plafonné) ou aux enveloppes budgétaires allouées aux autres professionnels de la santé, les enveloppes budgétaires pour la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes représentent une garantie quant aux sommes minimales qui leur seront versées. Cette façon de faire a eu pour principale conséquence que les coûts associés aux enveloppes budgétaires inscrites dans les ententes de rémunération 2010-2015 des médecins sont de 416,7 millions de dollars de plus que ce qui était prévu, soit 32,7 millions de plus pour les médecins omnipraticiens et 384 millions de plus pour les médecins spécialistes. Étant donné que le MSSS doit respecter les cibles de croissance des dépenses de santé et de services sociaux exigées du Conseil du trésor, cette situation place le ministère devant des enjeux budgétaires importants. Dans les sections qui suivent, nous expliquons les causes et les conséquences de cette situation.

Soldes non dépensés ou dépassement des sommes prévues

22 Les augmentations salariales associées à la rémunération des médecins (taux de rémunération et mesures incitatives) doivent être précisées avant d'être en vigueur puisque, de façon générale, une fois que l'enveloppe budgétaire globale est convenue, l'affectation des sommes n'est pas encore spécifiée. Donc, au cours de la période de l'entente, le MSSS et les fédérations médicales doivent convenir de la hausse des taux de rémunération ainsi que des nouvelles mesures incitatives qui seront progressivement mises en place pendant cette même période. Par exemple, ils peuvent décider d'augmenter davantage le tarif de certains actes afin de tenir compte des changements apportés à la pratique médicale.

23 Pour chacune des hausses de taux ou des nouvelles mesures incitatives, les parties conviennent des modalités d'application et des coûts y afférents, et ce, à l'intérieur d'un plan de financement (exemple : tableau 3, ligne E). Les coûts sont alors établis sur la base de prévisions actuarielles fondées sur des hypothèses, qui sont parfois difficiles à formuler de manière précise.

24 Si les parties ne parviennent pas à convenir de l'affectation de la totalité des sommes prévues pour les augmentations salariales, ces sommes sont conservées afin d'accorder ultérieurement des augmentations aux médecins. Cette différence entre les sommes disponibles pour les augmentations salariales et le coût projeté des augmentations convenues constitue un solde non dépensé

La vérification des coûts est effectuée sur la base des données établies par la RAMQ, lesquelles doivent tenir compte de la totalité des honoraires ou des remboursements versés pour les services rendus au cours de l'année.

prévu (exemple : tableau 3, ligne F). Dans le cas contraire, si les sommes prévues pour les augmentations sont supérieures à celles disponibles, cela représente un dépassement des sommes disponibles.

25 Il faut bien comprendre que le plan de financement découlant des ententes de rémunération demeure théorique puisque les dépenses réelles peuvent être différentes des prévisions actuarielles. C'est pourquoi le MSSS et les fédérations médicales doivent effectuer annuellement une **vérification des coûts** liés à la rémunération des médecins, comme il est prévu dans les ententes. Cet exercice permet notamment de comparer les dépenses réelles avec les sommes déterminées dans les enveloppes budgétaires pour assurer le respect de ces dernières (exemple : tableau 3, ligne C).

26 Si les dépenses réelles sont moindres que les sommes déterminées, les montants ainsi disponibles sont réaffectés dans les enveloppes. Advenant le dépassement des sommes déterminées pour une année, le MSSS et les fédérations médicales doivent introduire les mesures correctives appropriées. Ces mesures doivent permettre, d'une part, d'assurer le remboursement dans la période subséquente des sommes excédentaires versées et, d'autre part, d'éviter tout dépassement lors de la période suivante (voir l'annexe 4, qui présente des extraits des ententes de rémunération concernant la vérification des coûts).

27 Au bout du compte, ces façons de faire mènent à la création d'un solde cumulatif non dépensé (ou d'un dépassement), lequel est ajusté chaque année (exemple : tableau 3, lignes G, H et I).

Médecins omnipraticiens

28 Les décisions prises par le MSSS relativement à l'enveloppe budgétaire globale des médecins omnipraticiens ne respectent pas les modalités prévues dans l'entente de rémunération. Par conséquent, les coûts associés à l'enveloppe budgétaire inscrite dans l'entente 2010-2015 des médecins omnipraticiens sont de 32,7 millions de dollars de plus que ce qui était prévu.

29 Une vérification des coûts en fonction des dépenses réelles a été effectuée annuellement par le MSSS et la FMOQ. Par contre, lorsqu'il y a eu dépassement, aucune mesure corrective n'a été prise afin de rembourser les sommes excédentaires et d'éviter un autre dépassement lors de la période suivante. Du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2014, les dépenses réelles ont excédé de 15,6 millions de dollars les sommes prévues dans l'enveloppe budgétaire (tableau 3, ligne C).

30 Malgré ce dépassement selon les dépenses réelles, le solde cumulatif non dépensé a tout de même crû de 17,1 millions durant la même période (tableau 3, ligne H). Par conséquent, les coûts associés à l'enveloppe budgétaire inscrite dans l'entente 2010-2015 pour la rémunération des médecins omnipraticiens sont de 32,7 millions de plus (addition de 15,6 et de 17,1 millions) que ce qui était prévu dans l'enveloppe budgétaire globale (tableau 3).

Tableau 3 Coûts liés à la rémunération des médecins omnipraticiens (en millions de dollars)

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Total
Selon les dépenses réelles					
A Enveloppe budgétaire globale (tableau 2, ligne E)	1 796,5	1 913,5	2 081,2	2 272,7	8 063,9
B Dépenses réelles	1 801,0	1 930,4	2 074,7	2 273,4	8 079,5
C Solde non dépensé (dépassement) réel	(4,5)	(16,9)	6,5	(0,7)	(15,6)
Selon le plan de financement					
D Augmentations salariales prévues dans l'enveloppe budgétaire ¹	63,2	156,8	300,4	466,9	987,3
E Estimation de l'affectation des sommes ²	72,3	153,1	283,5	490,8	999,7
F Solde non dépensé (dépassement) prévu	(9,1)	3,7	16,9	(23,9)	(12,4)
Solde cumulatif non dépensé (dépassement)					
G Solde d'ouverture	65,9 ³	61,4	65,1	82,0	s.o.
H Ajustement du solde cumulatif	(4,5)	3,7	16,9	1,0	17,1
I Solde de fermeture	61,4	65,1	82,0	83,0	s.o.

1. Est exclu l'ajustement pour le financement des coûts supplémentaires liés à des conditions particulières de rémunération pour les médecins travaillant dans un GMF.

2. L'estimation de l'affectation des sommes est établie sur la base d'analyses actuarielles convenues entre le MSSS et la FMOQ dans le plan de financement.

3. Il s'agit du solde cumulatif non dépensé à la fermeture de l'enveloppe budgétaire précédente (31 mars 2010).

Source : Information compilée à partir des données du MSSS.

31 L'augmentation du solde cumulatif non dépensé, alors que les dépenses réelles excèdent les sommes prévues dans l'enveloppe budgétaire globale, s'explique par certaines décisions prises par le MSSS, lesquelles ne reposent pas sur les mêmes bases d'une année à l'autre et ne respectent pas les modalités prévues dans l'entente de rémunération. Les faits exposés ci-dessous démontrent que ces décisions tendent à favoriser l'augmentation du solde cumulatif non dépensé.

- En 2010-2011, le dépassement réel de 4,5 millions de dollars (tableau 3, ligne C), soit la différence entre le montant de l'enveloppe budgétaire globale et les dépenses réelles, était de moindre importance que le dépassement qui était prévu dans le plan de financement (9,1 millions) (tableau 3, ligne F). Le dépassement réel a donc été utilisé au lieu du dépassement prévu pour diminuer le solde cumulatif non dépensé (tableau 3, ligne H).
- En 2011-2012 et en 2012-2013, les décisions prises à l'égard du solde cumulatif non dépensé ont été différentes de celles prises en 2010-2011. Les soldes non dépensés prévus dans le plan de financement (tableau 3, ligne F) ont été utilisés pour hausser le solde cumulatif non dépensé de 3,7 millions en 2011-2012 et de 16,9 millions en 2012-2013 (tableau 3, ligne H), malgré les résultats obtenus selon les dépenses réelles (tableau 3, ligne C). Si l'on avait appliqué les mêmes décisions que celles prises en 2010-2011, le solde cumulatif non dépensé aurait été diminué de 16,9 millions en 2011-2012 et haussé de seulement 6,5 millions en 2012-2013 (tableau 3, ligne C).

- En 2013-2014, les décisions ont encore été prises sur des bases différentes. Le dépassement prévu selon le plan de financement était de 23,9 millions (tableau 3, ligne F). Cette somme était constituée d'un dépassement prévu de 25,6 millions relatif aux mesures incitatives et d'un solde non dépensé prévu de 1,7 million associé aux augmentations tarifaires. Cette dernière somme de 1,7 million a été considérée pour hausser le solde cumulatif non dépensé, de laquelle a été déduit le dépassement réel de 0,7 million (tableau 3, ligne C). Donc, le solde cumulatif non dépensé a été augmenté d'un million (tableau 3, ligne H), malgré un dépassement prévu de 23,9 millions selon le plan de financement et un dépassement réel de 0,7 million.

32 Historiquement, les décisions prises lors du renouvellement des enveloppes budgétaires globales démontrent que les sommes qui y sont prévues sont considérées comme un montant minimal garanti qui sera versé aux médecins omnipraticiens. À cet égard, nous avons observé les faits suivants, lesquels se sont produits lors des deux derniers renouvellements :

- Au 31 mars 2004, le solde cumulatif non dépensé de l'enveloppe budgétaire s'élevait à 38,6 millions de dollars. Cette somme a été versée aux médecins de façon forfaitaire et proportionnellement à la rémunération qu'ils avaient reçue au cours des deux exercices précédents.
- Au 31 mars 2010, le solde cumulatif non dépensé de l'enveloppe budgétaire était de 65,9 millions. Cette somme a été reportée au solde cumulatif non dépensé de l'enveloppe budgétaire 2010-2015 (tableau 3, ligne G), ce qui rend cette somme disponible pour des augmentations salariales au cours des années subséquentes.

Médecins spécialistes

33 Comme il a été expliqué précédemment, les coûts totaux liés à la rémunération des médecins sont fonction de deux variables, soit les augmentations salariales accordées (taux de rémunération et mesures incitatives) et l'évolution de la pratique médicale (principalement en lien avec la croissance du nombre de médecins). Pour la période 2010-2015, le pourcentage annuel d'augmentation associé à l'évolution de la pratique médicale des médecins spécialistes a été préalablement établi à 2 %. Toutefois, au moment où ce pourcentage d'augmentation a été fixé, les prévisions du MSSS indiquaient que celui-ci pouvait s'attendre à une hausse annuelle pouvant aller jusqu'à 3 % pour la période 2010-2015.

34 Par ailleurs, contrairement à l'entente convenue avec la FMOQ, celle relative aux médecins spécialistes inclut une clause particulière qui vient préciser qu'un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale ne peut compromettre les augmentations salariales prévues. Donc, peu importe les dépenses réelles, le solde non dépensé (ou le dépassement) prévu dans le plan de financement (tableau 4, ligne F) sera utilisé pour ajuster le solde cumulatif non dépensé (tableau 4, ligne H).

35 Étant donné que l'évolution de la pratique médicale a été sous-évaluée lors des négociations, les coûts associés à l'enveloppe budgétaire inscrite dans l'entente de rémunération 2010-2015 des médecins spécialistes sont de 384 millions de dollars de plus que ce qui était prévu.

36 L'évolution de la pratique médicale est comparable à la variation du nombre d'employés pour une organisation. Ainsi, pour calculer l'impact financier sur l'enveloppe budgétaire globale, il est tout aussi important de considérer l'évolution de la pratique médicale que les augmentations salariales accordées. La sous-évaluation de l'évolution de la pratique médicale a diminué l'effet prévu de ce facteur sur l'enveloppe budgétaire globale.

37 Le fait pour le MSSS de considérer l'évolution de la pratique médicale la plus réaliste possible l'aurait forcé à faire un choix plus éclairé au moment de la signature de l'entente afin de respecter les sommes prévues dans l'enveloppe budgétaire globale. Il aurait alors dû opter pour l'un des scénarios suivants :

- ne pas accorder toutes les augmentations salariales envisagées (taux de rémunération et mesures incitatives) afin que les dépenses réelles respectent l'enveloppe budgétaire globale ;
- accorder les augmentations salariales envisagées en prévoyant les sommes nécessaires pour les financer, à même les autres programmes sous sa responsabilité ;
- obtenir des sommes additionnelles du Conseil du trésor.

38 Puisque les augmentations salariales ont été consenties sans qu'aucune somme additionnelle ne soit accordée par le Conseil du trésor et qu'une clause particulière de l'entente rendait ces augmentations immuables, le financement des dépassements réels pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2014, qui ont totalisé 64,6 millions de dollars (tableau 4, ligne C), a dû être assumé à même les dépenses des autres programmes de santé et de services sociaux.

39 De plus, malgré le dépassement de l'enveloppe budgétaire, les sommes dues aux médecins (solde cumulatif non dépensé) ont tout de même crû de 319,4 millions pour la même période (tableau 4, ligne H). Par conséquent, les coûts associés à l'enveloppe budgétaire inscrite dans l'entente 2010-2015 pour la rémunération des médecins spécialistes sont de 384 millions de plus (addition de 64,6 et de 319,4 millions) que ce qui était prévu (tableau 4).

40 Enfin, compte tenu de l'ampleur du solde cumulatif non dépensé, celui-ci a été reporté aux années suivantes, ce qui exercera une pression additionnelle sur les dépenses publiques futures (voir la section Étalement de certaines sommes consenties pour la rémunération).

Tableau 4 Coûts liés à la rémunération des médecins spécialistes (en millions de dollars)

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Total
Selon les dépenses réelles					
A Enveloppe budgétaire globale (tableau 2, ligne J)	2 989,9	3 224,1	3 512,6	3 855,4	13 582,0
B Dépenses réelles	3 012,8	3 258,9	3 399,5	3 975,4	13 646,6
C Solde non dépensé (dépassement) réel	(22,9)	(34,8)	113,1	(120,0)	(64,6)
Selon le plan de financement					
D Augmentations salariales prévues dans l'enveloppe budgétaire ¹	145,8	314,9	537,3	808,2	1 806,2
E Estimation de l'affectation des sommes ²	152,2	265,2	316,8	752,6	1 486,8
F Solde non dépensé (dépassement) prévu	(6,4)	49,7	220,5	55,6	319,4
Solde cumulatif non dépensé (dépassement)					
G Solde d'ouverture	42,7 ³	36,3	86,0	306,5	s.o.
H Ajustement du solde cumulatif	(6,4)	49,7	220,5	55,6	319,4
I Solde de fermeture	36,3	86,0	306,5	362,1	s.o.

1. Est notamment exclu l'ajustement pour le programme de procréation assistée.

2. L'estimation de l'affectation des sommes est établie sur la base d'analyses actuarielles convenues entre le MSSS et la FMSQ dans le plan de financement.

3. Il s'agit du solde cumulatif non dépensé à la fermeture de l'enveloppe budgétaire précédente (31 mars 2010).

Source : Information compilée à partir des données du MSSS.

41 Comme pour les médecins omnipraticiens, la façon de gérer l'enveloppe budgétaire au moment du renouvellement de l'entente de rémunération convenue entre le MSSS et la FMSQ démontre que, historiquement, les sommes prévues dans l'enveloppe budgétaire globale sont considérées comme un montant minimal garanti qui sera versé aux médecins spécialistes.

42 À titre d'illustration, lors des négociations ayant mené à l'entente 2010-2015, le MSSS a convenu avec la FMSQ que le solde d'ouverture de l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins spécialistes serait augmenté de 33 millions de dollars par rapport au solde de fermeture de l'enveloppe budgétaire au 31 mars 2010 (tableau 2, note 6). Cette somme additionnelle a été accordée afin de prendre en considération la croissance des dépenses réelles en 2009-2010. Étant donné que cette somme était récurrente, cela avait pour effet d'injecter 165 millions de plus pour la rémunération des médecins spécialistes au cours de la période 2010-2015. Malgré cette somme supplémentaire de 165 millions, le solde cumulatif non dépensé de 42,7 millions (tableau 4, ligne G) de l'enveloppe budgétaire précédente (2006-2010) a également été reporté dans l'enveloppe budgétaire 2010-2015.

Étalement de certaines sommes consenties pour la rémunération

43 Notamment en raison d'un solde cumulatif non dépensé de 445,1 millions de dollars au 31 mars 2014, soit 83,0 millions pour les médecins omnipraticiens (tableau 3, ligne I) et 362,1 millions pour les médecins spécialistes (tableau 4, ligne I), et en raison de la pression que cette somme à payer exerce sur les finances publiques, le gouvernement a enclenché un processus de négociation pour modifier les ententes de rémunération en vigueur. Ce processus avait pour objectifs de lui permettre de réaliser des économies et de faciliter l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Ainsi, en novembre 2014, le MSSS et chacune des fédérations médicales ont signé des protocoles d'accord afin principalement de modifier le calendrier de versement de certaines sommes consenties pour la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Ces protocoles prévoient l'étalement sur huit ans des sommes qui, au 31 mars 2014, n'avaient pas encore été allouées à l'augmentation de certains taux de rémunération ou à la mise en place de mesures incitatives.

44 Les protocoles d'accord prennent également en considération le fait que, au 31 mars 2015, les ententes de rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes en cours seraient échues et qu'un processus de négociation devrait être enclenché pour renouveler ces ententes. À cet égard, les protocoles précisent que l'étalement ne doit pas porter atteinte au droit des fédérations médicales d'obtenir d'autres augmentations salariales pour leurs membres.

Obligations financières

45 Les protocoles d'accord portant sur l'étalement, qui représentent des sommes de près de 5,3 milliards de dollars, augmentent les risques liés à la gestion des obligations financières du MSSS pour les années 2018-2019 à 2021-2022.

46 De façon générale, les protocoles d'accord ont été conçus afin de retarder l'attribution des augmentations salariales qui restaient à accorder et de s'assurer que la totalité des sommes prévues dans les enveloppes budgétaires seront versées aux médecins. Le tableau 5 détaille les sommes étalées par catégories pour les médecins omnipraticiens et spécialistes.

Tableau 5 Sommes étalées par catégories (en millions de dollars)

	Omnipraticiens	Spécialistes	Total
A Solde cumulé des augmentations salariales restant à accorder (ententes 2010-2015)	1 414,4	2 283,5	3 697,9
B Solde cumulatif non dépensé au 31 mars 2014	60,0 ¹	360,0 ²	420,0
C Accumulation des sommes qui auraient été payables s'il n'y avait pas eu d'étalement	651,6	512,1	1 163,7
D Versements convenus	2 126,0	3 155,6	5 281,6

1. Il s'agit du solde cumulatif non dépensé de 83,0 millions (tableau 3, ligne I), dont 23,0 millions n'ont pas été étalés.

2. Il s'agit du solde cumulatif non dépensé de 362,1 millions (tableau 4, ligne I), dont 2,1 millions n'ont pas été étalés.

Source : MSSS.

47 Le tableau 6 détaille d'abord les sommes prévues dans les ententes de rémunération qui n'avaient pas encore été allouées aux médecins au 31 mars 2014 (tableau 6, ligne A). Il détaille ensuite les sommes à étaler selon les protocoles d'accord convenus entre le MSSS et les fédérations médicales (voir tableau 5). Ainsi, l'écart entre les sommes à étaler (tableau 6, ligne B) et les versements convenus (tableau 6, ligne C) dans les protocoles d'accord constitue, pour les premières années, une économie temporaire et, pour les années suivantes, un coût additionnel pour le gouvernement par rapport aux sommes initialement prévues dans les ententes de rémunération 2010-2015.

Tableau 6 Portrait des sommes étalées (en millions de dollars)

	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	Total
A Sommes prévues dans les ententes de rémunération	733,6	653,5	690,0	690,0	690,0	690,0	690,0	690,0	5 527,1
B Sommes à étaler selon les protocoles d'accord sur l'étalement	725,4	670,4	713,3	713,3	713,3	713,3	713,3	713,3	5 675,6
C Versements convenus Coûts (économies) ¹	-	171,0	311,0	526,0	830,0	1 038,3	1 315,3	1 090,0	5 281,6
D Médecins omnipraticiens	(141,4)	(213,7)	(175,5)	(115,5)	(20,5)	65,0	225,0	376,6	-
E Médecins spécialistes	(584,0)	(285,7)	(226,8)	(71,8)	137,2	260,0	377,0	0,1	(394,0)
F Coûts (économies) totaux	(725,4)	(499,4)	(402,3)	(187,3)	116,7	325,0	602,0	376,7	(394,0)

← Économies temporaires →
← Coûts additionnels →

1. Les économies temporaires et les coûts additionnels ne tiennent pas compte de la valeur de l'argent dans le temps, c'est-à-dire qu'une somme équivalant à un dollar aujourd'hui n'aura pas la même valeur demain.

Source : Information compilée à partir des données du MSSS.

48 Les paramètres d'étalement font que le gouvernement a des obligations financières moindres pour les exercices 2014-2015 à 2017-2018. Toutefois, à partir de 2018-2019, les versements convenus dans les protocoles d'accord seront plus importants que les versements initialement prévus dans les enveloppes budgétaires. Pour chacune de ces années, les coûts additionnels, qui atteindront 602 millions de dollars en 2020-2021 (tableau 6, ligne F), s'ajouteront aux enveloppes budgétaires globales qui seront établies dans les prochaines ententes. À cet égard, les protocoles d'accord portant sur l'étalement prévoient déjà les éléments suivants :

- Le renouvellement des ententes pour la période débutant le 1^{er} avril 2015 se fera de façon à accorder minimalement aux médecins omnipraticiens et spécialistes les **augmentations salariales** qui seront consenties au personnel des secteurs public et parapublic.
- Le pourcentage annuel d'augmentation lié à l'évolution de la pratique médicale a été revu à la hausse. Par exemple, pour les médecins spécialistes, il est passé de 2 à 3,23 % en 2014-2015.

Les augmentations salariales sont celles relatives aux « paramètres monétaires généraux ». Il est également entendu que tout ajout à ces paramètres, le cas échéant, devra être négocié et convenu entre le MSSS et les fédérations médicales.

49 Par ailleurs, le portrait des sommes étalées présenté dans le tableau 6 laisse croire que le protocole d'accord portant sur l'étalement de certaines sommes consenties aux médecins spécialistes permet une économie globale de 394,0 millions de dollars (tableau 6, ligne F). Dans les faits, ce n'est pas le cas puisque certains facteurs, expliqués ci-dessous, viennent réduire significativement cette économie potentielle, voire l'annuler à moyen terme.

50 Lorsque les protocoles d'accord ont été entérinés, les sommes à étaler sur huit ans, soit 5 675,6 millions de dollars (tableau 6, ligne B), ont été surévaluées de 148,5 millions par rapport aux sommes restantes à verser selon les modalités prévues dans les ententes de rémunération, soit 5 527,1 millions (tableau 6, ligne A). Cette surévaluation diminue l'économie potentielle de 394,0 millions, qui est ramenée à 245,5 millions. De plus, à l'échéance de la période de huit ans, il restera une surévaluation annuelle récurrente de 23,3 millions, laquelle annulera graduellement le solde de l'économie potentielle.

51 D'autre part, dans le cadre des protocoles d'accord, le pourcentage d'augmentation lié à l'évolution de la pratique médicale des médecins omnipraticiens et spécialistes a été revu à la hausse. Par exemple, pour les deux derniers exercices relatifs aux enveloppes budgétaires 2010-2015, cette hausse occasionne une dépense additionnelle de 45,6 millions pour le ministère.

Capacité d'influence du ministère

52 Pour la période de l'étalement, les protocoles d'accord limitent la capacité du ministère à influencer le comportement des médecins par l'intermédiaire de la rémunération.

53 Dans le cadre des ententes de rémunération, le MSSS et les fédérations médicales conviennent de l'utilisation des sommes prévues pour les augmentations salariales. Par ce mécanisme, le ministère peut alors utiliser les sommes consacrées aux augmentations salariales, notamment celles prévues pour le développement de mesures incitatives, afin d'influencer le comportement des médecins en fonction notamment des grandes orientations gouvernementales. Par contre, les modalités inscrites dans les protocoles d'accord font que, dans les années futures, le MSSS perdra, pour une part importante des versements convenus, sa capacité à orienter la manière dont les sommes à verser seront utilisées. Il perdra également sa capacité à se servir de la rémunération comme levier pour améliorer entre autres l'accessibilité et l'organisation des services médicaux. À cet égard, dans les protocoles d'accord, il a été convenu que, sur les versements prévus de 5,3 milliards de dollars (tableau 6, ligne C), 3,9 milliards seront déboursés de la façon suivante.

Médecins omnipraticiens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une somme de 712 millions sera versée aux médecins désignés par la FMOQ pour le remboursement prospectif des sommes qui auraient été payables s'il n'y avait pas eu d'étalement (tableau 5, addition des lignes B et C).
Médecins Spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une somme de 872 millions sera accordée pour le versement des sommes qui auraient été payables s'il n'y avait pas eu d'étalement, et ce, par l'intermédiaire de paiements forfaitaires ou de hausses tarifaires devancées selon les modalités définies par la FMSQ (tableau 5, addition des lignes B et C). ■ Une somme de 2284 millions relative aux augmentations salariales qui restent à verser sera accordée par l'intermédiaire de hausses tarifaires selon les modalités définies par la FMSQ (tableau 5, ligne A).

54 Par ailleurs, selon les protocoles d'accord portant sur l'étalement convenus en novembre 2014, les pourcentages d'augmentation liés à l'évolution de la pratique médicale seront dorénavant révisés chaque année de façon à refléter l'évolution réelle observée plutôt que celle qui a été prédéterminée dans les ententes de rémunération (tableau 2, lignes D et I). L'ajustement de ces pourcentages permettra une plus juste évaluation des coûts relatifs à la rémunération des médecins dans les enveloppes budgétaires et, par le fait même, une plus grande transparence lors du suivi annuel des dépenses réelles. Toutefois, puisque l'évolution de la pratique médicale sera ajustée annuellement, les éléments de négociation entre le MSSS et les fédérations médicales qui pourraient accroître la prestation de services feront augmenter les coûts liés aux enveloppes budgétaires globales. La dernière entente de principe convenue entre le MSSS et la FMOQ en mai 2015 illustre bien la situation.

55 Cette entente de principe, qui vise à accroître et à améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, prévoit que les coûts supplémentaires, notamment ceux associés à **l'inscription et à la prise en charge de patients** ainsi qu'à l'augmentation de la prestation de services qui pourrait en découler, seront financés à même l'accroissement des sommes consacrées à l'évolution de la pratique médicale. Étant donné que toute hausse du pourcentage d'augmentation lié à cette évolution a un impact direct sur les coûts totaux associés à la rémunération des médecins, il y aura nécessairement une augmentation de ces coûts et des sommes affectées à l'enveloppe budgétaire globale des médecins omnipraticiens.

L'inscription et la prise en charge de patients donnent droit à une rémunération additionnelle par l'intermédiaire de différentes mesures incitatives (voir la section Mesures incitatives).

56 Après l'examen de l'entente de principe, le Conseil du trésor a indiqué au ministère que les coûts qui pourraient découler de celle-ci devront être assumés à même les budgets de dépenses qui sont accordés au MSSS. Ainsi, cette entente de principe exercera une pression financière additionnelle sur les budgets de dépenses du ministère, qui s'ajoutera à celle occasionnée par les protocoles d'accord portant sur l'étalement.

Recommandation

57 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 1 Revoir le mode de gestion des enveloppes budgétaires globales afin de mieux assumer ses responsabilités relatives à la rémunération des médecins et de permettre une gestion plus économique et transparente de celle-ci.

2.2 Rattrapage salarial avec les autres provinces

58 Dans le cadre de négociations antérieures au renouvellement des ententes de rémunération 2010-2015, le MSSS et les fédérations médicales ont convenu qu'il devait y avoir un rattrapage salarial pour les médecins du Québec par rapport à ceux des autres provinces canadiennes. Par contre, puisqu'ils ne s'entendaient pas sur les facteurs de pondération à considérer dans l'exercice de comparaison, ils en sont arrivés à des écarts salariaux significativement différents. Par exemple, selon la FMSQ, l'écart de rémunération entre les médecins spécialistes du Québec et ceux des autres provinces variait de 40 à 57 %, alors que le MSSS estimait ce même écart entre 22 et 29 %.

59 Au bout du processus de négociation, des augmentations ont été accordées pour rattraper les écarts salariaux entre les médecins québécois et ceux des autres provinces. Elles étaient de l'ordre de 25 % pour les médecins spécialistes et de près de 19 % pour les médecins omnipraticiens. Pour ces derniers, il a par la suite été convenu d'accorder une augmentation additionnelle de 6 % pour amoindrir l'écart entre la rémunération des médecins omnipraticiens et celle des médecins spécialistes. L'annexe 3 présente en détail l'ensemble des augmentations qui ont été ajoutées dans les enveloppes budgétaires 2010-2015.

60 Principalement parce que le MSSS et les fédérations médicales ne s'entendaient pas sur les écarts de rémunération réels, il a été convenu que des comités, composés notamment de représentants du MSSS et des fédérations médicales, seraient créés afin de suivre les écarts de rémunération. Par exemple, un comité paritaire devait être mis sur pied en 2011 pour suivre l'évolution de l'écart entre la rémunération des médecins spécialistes du Québec et celle des médecins des autres provinces. Ce comité devait présenter ses conclusions au cours de l'année 2014 et revoir périodiquement, jusqu'au 31 mars 2016, l'ampleur des écarts de rémunération.

61 Les comités qui devaient effectuer des travaux de comparaison relatifs aux écarts de rémunération n'ont pas été créés et, de ce fait, n'ont pu convenir des facteurs pertinents à prendre en considération pour un tel exercice de comparaison.

62 Étant donné que la comparaison interprovinciale est un exercice complexe, il s'avère important de disposer des outils de comparaison nécessaires lorsque vient le temps de justifier des augmentations salariales sur cette base.

63 En effet, plusieurs facteurs doivent être considérés lors de la réalisation d'un exercice de comparaison, notamment parce que les médecins ne sont pas tous rémunérés de la même façon. Par exemple, le recours à la rémunération à l'acte ou aux mesures incitatives peut varier d'une province à l'autre. Il en est de même des sommes accordées pour compenser les frais de cabinet. De plus, la comparaison doit être établie pour un niveau de productivité semblable. Les données utilisées comportent donc plusieurs limites et doivent être interprétées avec beaucoup de nuances.

64 C'est pourquoi la création des comités était essentielle afin de déterminer l'ampleur réelle des écarts et de s'assurer que les pourcentages d'augmentation accordés aux médecins québécois sur cette base demeuraient justifiés dans le temps.

Recommandation

65 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 2 S'assurer de disposer des outils nécessaires à la comparaison interprovinciale de la rémunération des médecins en vue de dresser un portrait rigoureux de la situation, advenant la volonté de justifier des augmentations salariales sur de telles bases.**

2.3 Mesures incitatives

66 Depuis plusieurs années, le gouvernement est préoccupé par la performance du système de santé, notamment par l'accessibilité aux services et le volume de services offerts. Afin de répondre à ces préoccupations, il a mis en place différentes mesures incitatives. Par ces mesures, il vise généralement à changer le comportement des médecins en leur accordant des sommes d'argent supplémentaires s'ils remplissent les conditions préalablement définies. Ainsi, dans les ententes 2010-2015, 54 % des augmentations salariales des médecins omnipraticiens étaient consacrées à de telles mesures, alors que la proportion était de 40 % pour les médecins spécialistes. Voici un portrait de quelques-unes de ces mesures ainsi que les objectifs qui s'y rattachent (voir l'annexe 5 pour une définition plus complète de certaines des mesures proposées aux médecins omnipraticiens).

	Objectifs généraux	Exemples de mesures incitatives
Omnipraticiens 425 millions par année ¹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer à tout citoyen du Québec l'accès à un médecin de famille, notamment par l'inscription et la prise en charge de nouveaux patients ▪ Renforcer la continuité et la coordination des soins ▪ Améliorer l'accès aux services offerts dans les établissements du réseau, notamment par la mise en place de cabinets médicaux et la prestation de services les soirs, les fins de semaine et les jours fériés ▪ Favoriser l'efficacité et accroître la prestation de services 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfait d'inscription générale de la clientèle ▪ Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable ▪ Supplément pour les services rendus en horaire défavorable ▪ Compensation supplémentaire pour frais de cabinet ▪ Supplément pour le nombre de jours travaillés ▪ Supplément au volume de patients inscrits ▪ Supplément pour une pratique polyvalente en cabinet et en établissement
Spécialistes 495 millions par année ¹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés ▪ Réduire le temps d'attente ▪ Assurer une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des soins en région 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rémunération accrue du forfait de garde en disponibilité ▪ Mesures pour accroître l'accès des patients aux blocs opératoires et aux équipements spécialisés ▪ Bonification du programme de maintien et de développement des connaissances

1. Il s'agit des sommes annuelles récurrentes prévues dans les enveloppes budgétaires globales.

67 Pour que ces différentes mesures puissent avoir les effets escomptés sur le niveau de services offerts, il importe qu'elles soient conçues de manière à entraîner un changement de comportement chez les médecins. De plus, ces mesures doivent être accompagnées de cibles, et des mécanismes de suivi des résultats doivent être définis. Ces mécanismes doivent être mis en œuvre en temps opportun afin que des mesures correctives soient apportées, le cas échéant.

Conception des mesures incitatives proposées aux médecins omnipraticiens

68 La mise en place des mesures incitatives se déroule sur plusieurs années puisque les augmentations salariales consenties à cet égard sont elles-mêmes étalées sur plusieurs années. Afin d'élaborer les différents paramètres qui permettront de mettre en œuvre ces mesures, le MSSS et la FMOQ tiennent des séances d'échanges et de négociation. Une fois que les parties conviennent des mesures et des paramètres y afférents, le tout est consigné dans l'entente de rémunération.

69 La conception des mesures incitatives faite dans le cadre de la gestion actuelle des enveloppes budgétaires ne favorise pas suffisamment l'amélioration réelle de l'accessibilité aux services.

70 Rappelons que les enveloppes budgétaires actuelles représentent une garantie quant aux sommes minimales qui seront versées pour la rémunération des médecins. Par conséquent, si le MSSS et la FMOQ ne s'entendent pas sur une cible à atteindre ou sur les conditions à respecter, les sommes disponibles pour la mise en œuvre de mesures incitatives demeurent à l'intérieur de l'enveloppe, sous la forme de soldes cumulatifs non dépensés (tableau 3, ligne I). Ces sommes seront ultérieurement versées aux médecins, sous une forme ou sous une autre. Pour le MSSS, le pouvoir d'inciter les médecins à apporter les changements voulus et à atteindre les objectifs qui sont en lien avec les orientations gouvernementales est alors grandement limité. Les trois sous-sections qui suivent contiennent certains exemples qui illustrent nos propos.

Compensation supplémentaire pour frais de cabinet

71 Dans le but d'améliorer l'accès de la population aux services de première ligne par l'accroissement du nombre de médecins exerçant en **cabinet**, le MSSS et la FMOQ ont convenu de compenser les frais de cabinet des médecins omnipraticiens afin que ces derniers ne soient pas désavantagés par rapport à ceux qui travaillent en établissement. Donc, lorsque le médecin qui exerce en cabinet effectue un acte médical, le tarif associé à cet acte est plus élevé que celui lié au même acte accompli en établissement. Cette somme additionnelle doit notamment permettre de financer les coûts engagés, comme le loyer ou le salaire du personnel administratif. La compensation pour frais de cabinet peut faire augmenter de 30 à 67 % les tarifs associés aux actes effectués à cet endroit.

Un cabinet doit être situé ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement.

72 En 2010, le MSSS et la FMOQ ont convenu qu'une somme annuelle additionnelle de 30 millions de dollars serait versée aux médecins omnipraticiens exerçant en cabinet en fonction du volume de patients inscrits rencontrés dans la journée. L'objectif de cette mesure était d'accroître la compensation pour frais de cabinet déjà accordée. La compensation supplémentaire liée à cette mesure correspondait en 2013-2014 à une somme forfaitaire annuelle moyenne d'environ 6 400 dollars par médecin.

73 Cependant, le MSSS avait peu de connaissances sur les coûts réels engagés par les médecins qui exercent en cabinet. Ainsi, il voulait initialement consacrer une somme de 20 millions de dollars à cette mesure plutôt que les 30 millions qui ont été demandés par la FMOQ et qui lui ont été finalement consentis. Étant donné cette évaluation différente des besoins et le peu de connaissances à l'égard de ces coûts, le ministère et la FMOQ avaient convenu de faire réaliser, par une firme externe, une étude sur ces coûts réels. Cependant, puisqu'un nombre insuffisant de médecins ont voulu participer à l'étude, la démarche a avorté. Malgré cela, la compensation supplémentaire de 30 millions de dollars est toujours payée chaque année, et ce, sans que le MSSS ait l'assurance que les frais de cabinet sont financés à leur juste valeur. Ainsi, il est impossible de conclure à l'atteinte de la finalité recherchée par cette mesure, qui est d'améliorer l'accès de la population aux services de première ligne par l'accroissement du nombre de médecins exerçant en cabinet.

Supplément au volume de patients inscrits

74 Afin de favoriser la prise en charge et le suivi du plus grand nombre de patients possible par les médecins omnipraticiens, le MSSS a convenu avec la FMOQ qu'un supplément au volume de patients inscrits serait mis en place à partir du 1^{er} janvier 2012. Cette mesure prévoit une somme forfaitaire pour chacun des patients inscrits une fois les **seuils prescrits** dépassés. Pour l'année 2013-2014, la dépense liée à cette mesure a totalisé 35,4 millions de dollars. La somme forfaitaire moyenne versée aux médecins était de près de 10 000 dollars. Mentionnons que, pour les 10 médecins ayant reçu le supplément le plus élevé, la somme forfaitaire s'élevait en moyenne à 92 000 dollars par médecin et que ceux-ci ont chacun inscrit de 3 300 à 6 000 patients.

75 Pour s'assurer de faire le suivi de leurs patients et d'avoir droit au supplément au volume de patients inscrits, les médecins doivent atteindre un **taux de prise en charge**. Pour inciter ceux-ci à augmenter la prise en charge de leurs patients, le MSSS voulait initialement établir un taux cible de 80 %. Après négociation avec la FMOQ, le taux initial a été fixé à 61 % pour l'année 2012. Toutefois, pour répondre à l'objectif du MSSS, il a été convenu que ce taux augmenterait à 65 % en 2013 et qu'il serait haussé de 5 % pour chacune des années suivantes jusqu'à atteindre 80 % au 1^{er} janvier 2016.

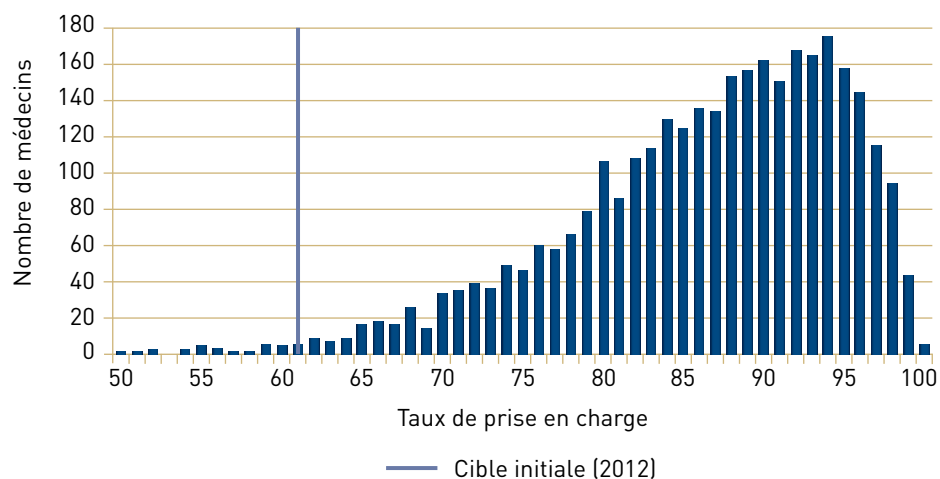
76 Le taux de prise en charge initial de 61 %, fixé lors de l'implantation de la mesure incitative en 2012, ne favorisait pas une réelle amélioration de la prestation des services de santé. À ce taux, la presque totalité des médecins atteignaient déjà la cible et pouvaient ainsi recevoir le supplément au volume de patients inscrits. De plus, contrairement à ce qui était attendu, le taux de prise

La somme forfaitaire augmente lorsque les seuils prescrits sont atteints. Par exemple, le médecin recevra un supplément de 15 dollars par patient au-delà de 1 000 patients inscrits jusqu'à 1 500 patients et une somme de 20 dollars par patient inscrit au-delà de 1 500 patients. Les sommes versées au médecin seront plus importantes si certains de ses patients sont considérés comme vulnérables.

Le taux de prise en charge correspond principalement au ratio du nombre d'examen et de consultations effectués par un omnipraticien auprès de ses patients actifs (y compris les services rendus par un autre médecin du même groupe de pratique) sur le volume total d'examen et de consultations effectués auprès de ces mêmes patients par tous les médecins omnipraticiens.

en charge cible n'a pas été revu à la hausse pour les années 2013 et 2014 ; il est demeuré à 61 %. Cette décision a eu pour effet que, pour l'année 2014, 99 % des médecins atteignaient toujours la cible de 61 % (dans la figure 3, médecins situés à la droite de la cible initiale de 2012). Toutefois, si le taux cible avait été fixé à 80 %, comme cela avait été souhaité initialement par le MSSS, environ 20 % des médecins auraient dû changer leur comportement pour atteindre la cible.

Figure 3 Nombre de médecins omnipraticiens en fonction du taux de prise en charge au 31 décembre 2014¹



1. Sont exclus les médecins payés à honoraires ou à taux horaire et ceux qui ont 500 patients inscrits ou moins.

Source : Information compilée à partir des données de la RAMQ.

77 Enfin, pour l'année 2015, le taux cible a été augmenté à 65 % plutôt qu'à 75 %, comme cela était prévu dans l'entente de rémunération.

78 Par ailleurs, de façon générale, les médecins payés à honoraires ou à taux horaire ne remplissent pas de **demandes de paiement**, ce qui ne permet pas d'identifier les patients rencontrés. Le taux de prise en charge ne peut donc pas être calculé à partir des données de facturation de la RAMQ. Pour pallier cette lacune, la Régie a conçu et mis en place un registre permettant notamment d'enregistrer les consultations effectuées par cette catégorie de médecins. Toutefois, puisque ces médecins n'ont pas l'obligation d'utiliser ce registre, celui-ci demeure peu exploité et la RAMQ ne peut connaître et contrôler leur taux de prise en charge. Le MSSS et la FMOQ ont convenu que les médecins concernés satisfont d'emblée à ce critère. Ceux-ci reçoivent donc la totalité du supplément calculé en fonction du nombre de patients qu'ils ont inscrits, mais ils ne sont pas pénalisés s'ils n'atteignent pas le taux de prise en charge cible.

Les demandes de paiement permettent d'inscrire le numéro d'assurance maladie des patients que le médecin rencontre. Ainsi, la RAMQ est en mesure de valider le taux de prise en charge.

Supplément pour le nombre de jours travaillés

79 Depuis le début des années 2000, le nombre de jours travaillés est en baisse chez les médecins omnipraticiens. Selon le MSSS, il est passé d'environ 205 jours en 1999-2000 à moins de 185 jours en 2010-2011.

80 Afin d'inciter les médecins omnipraticiens à augmenter leur nombre de jours travaillés et d'ainsi améliorer l'accessibilité de la population à un médecin de famille, le MSSS a convenu avec la FMOQ de verser un forfait annuel pour valoriser chaque journée de pratique reconnue au-delà de la 180^e journée d'une année donnée. Ainsi, une somme de 50 dollars est versée au médecin pour chacune des journées travaillées au-delà de la 180^e journée et une somme de 200 dollars par jour est versée après la 200^e journée. Le MSSS vise ainsi à ce qu'un plus grand nombre de médecins travaillent plus de 200 jours par année. En 2013-2014, c'est une somme totale de 31,5 millions de dollars qui a été versée à l'ensemble des médecins omnipraticiens admissibles à cette mesure incitative.

81 Étant donné que la majorité des médecins sont rémunérés à l'acte, aucune information n'est enregistrée relativement au nombre d'heures travaillées par ceux-ci. Il s'avère donc nécessaire de convertir les sommes versées à un médecin en journée de pratique. De façon générale, cette dernière est reconnue lorsque la rémunération quotidienne d'un médecin totalise l'équivalent d'au moins sept heures de travail au taux du tarif horaire. Par contre, cette rémunération inclut des sommes qui sont moins en lien avec la prestation de services directs à la population et qui ne sont pas déduites du calcul, telles que celles versées pour la compensation des frais de cabinet. Outre ce calcul de base, diverses modalités sont aussi prévues pour reconnaître des journées de pratique additionnelles. Il s'agit notamment :

- des activités de formation, qui permettent l'ajout de 4 journées additionnelles en moyenne par médecin ;
- des activités médico-administratives, qui permettent de reconnaître une moyenne de 14 journées aux médecins qui réalisent ce type d'activités.

82 Conséquemment, ces journées additionnelles font augmenter le montant du forfait qui sera versé au médecin, sans nécessairement influencer l'offre de services. À titre d'illustration, le seul fait de prendre en compte les journées de pratique additionnelles pour la formation ainsi que celles consacrées à des activités médico-administratives permet de verser un supplément de 4,2 millions de dollars aux médecins, soit 13 % des 31,5 millions affectés à cette mesure incitative.

83 L'ajout de ces diverses modalités a notamment eu pour conséquence que, en 2013, près de 60 % des médecins admissibles ont atteint le seuil de 180 jours et plus de 73 % de ceux-ci, le seuil de 200 jours. De plus, le nombre de journées de pratique significatives a été supérieur ou égal à 365 jours pour 60 médecins. Parmi ceux-ci, 27 avaient comptabilisé plus de 400 journées de pratique, ce qui démontre des lacunes dans le mode de calcul utilisé. C'est pourquoi, selon les modalités d'application du supplément pour le nombre de jours travaillés,

un maximum de 365 jours peuvent être reconnus dans une année et le forfait maximal pour un médecin s'élève à 34 000 dollars. En pratique, la mesure n'a pas permis d'influencer à la hausse et de façon permanente l'offre de services des médecins omnipraticiens. En effet, ceux qui avaient bénéficié de ce forfait en 2012 ont en moyenne réduit leur nombre de journées de travail en 2013.

Suivi des résultats visés par les mesures incitatives

84 Afin de s'assurer que les sommes investies dans les mesures incitatives mènent à une réelle amélioration du système de santé, il importe notamment de déterminer des objectifs précis et mesurables ainsi que des cibles et des indicateurs de performance. Il s'avère déterminant de définir clairement l'ensemble de ces éléments puisque les mesures incitatives sont établies à la suite d'un processus de négociation entre le MSSS et les fédérations médicales et que, au bout du compte, chacune des parties peut, à la suite de son analyse, interpréter différemment les résultats obtenus. Étant donné ce contexte, il est également nécessaire que le MSSS et les fédérations médicales déterminent préalablement les grandes lignes des actions qui devront être mises de l'avant, dans le cas où les cibles ne seraient pas atteintes. Par la suite, un suivi périodique des résultats doit être réalisé et, sur la base d'un plan d'action, les correctifs nécessaires doivent être apportés, le cas échéant.

85 Afin de vérifier si les mesures incitatives convenues entre le MSSS et les fédérations médicales respectent ces bonnes pratiques, nous avons sélectionné 33 mesures relatives à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes (annexe 6). Ces 33 mesures ont été examinées plus en détail afin d'apprécier la définition des objectifs et des cibles y afférents ainsi que le suivi réalisé à leur égard.

86 Des objectifs ont été déterminés pour la quasi-totalité des mesures incitatives analysées mais, sauf quelques exceptions, ils ne sont accompagnés d'aucune cible ni d'aucun indicateur permettant d'évaluer le degré d'efficacité de celles-ci. De plus, lorsque les résultats obtenus montrent peu ou pas d'amélioration dans la prestation de services, les actions entreprises par le MSSS pour corriger la situation sont insuffisantes.

87 Des 33 mesures incitatives sélectionnées, 30 ne comportaient ni cible ni indicateur qui auraient été spécifiquement définis et convenus avec les fédérations médicales.

88 Le MSSS effectue généralement un suivi des résultats relativement aux mesures. Par contre, lorsqu'il constate que les résultats ne sont pas satisfaisants, il n'adopte aucun plan d'action à cet égard. Un tel plan permettrait notamment de réévaluer les modalités d'application de chaque mesure pour s'assurer de bien atteindre l'objectif et la cible fixés ou encore de remettre en question la pertinence de poursuivre le financement d'une mesure en l'absence de résultats tangibles et significatifs.

89 Les trois sous-sections qui suivent illustrent, à l'aide d'exemples, les problèmes engendrés par les lacunes relatives au suivi des résultats visés par les mesures.

Suivi des patients vulnérables par les médecins omnipraticiens

90 Afin que la prise en charge de tous les patients soit assurée, y compris des plus **vulnérables**, différents forfaits viennent compenser l'inscription et le suivi de cette clientèle par le médecin. L'objectif est de moduler à la hausse la somme accordée au médecin par l'intermédiaire de mesures incitatives pour tenir compte de la complexité et des facteurs de risque relatifs aux services rendus à cette clientèle.

91 Pour ce faire, des catégories de vulnérabilité ont été créées en fonction de la nature des problèmes de santé. En 2008 et en 2012, la liste des catégories a été remaniée afin d'en ajouter de nouvelles ou de modifier celles déjà existantes pour y inclure par exemple de nouveaux problèmes de santé. À titre d'illustration, en 2008, cinq nouvelles catégories ont été créées, dont l'une pour les personnes ayant des troubles dépressifs majeurs. Globalement, ce remaniement n'a pas eu d'effet sur le taux moyen d'augmentation du nombre de patients inscrits, mais il a fait croître la **proportion** de patients considérés comme vulnérables.

92 De plus, deux mesures incitatives ont été mises en place pour assurer un suivi plus fréquent des patients vulnérables. Ainsi, le concept de **patient actif** a été introduit lors de l'instauration du forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable et du forfait pour responsabilité d'un patient vulnérable.

93 Or, des analyses réalisées par le MSSS démontrent que, malgré l'implantation de ces mesures, le nombre de visites effectuées auprès d'un médecin de famille a diminué dans toutes les catégories de vulnérabilité. La tendance à la baisse peut être observée tant pour les nouvelles catégories, pour celles dont la définition a été élargie que pour celles n'ayant subi aucune modification dans le temps. En moyenne, le nombre de visites a diminué de 25 % depuis 2006. Pourtant, à la suite de ces observations, le MSSS n'a pas entrepris, de concert avec la FMOQ, d'actions correctives, notamment pour réévaluer la pertinence du forfait pour responsabilité d'un patient vulnérable ou pour s'assurer que l'affectation des sommes investies pour le suivi des patients vulnérables était la plus efficace possible.

Inscription et prise en charge de la clientèle par les médecins omnipraticiens

94 Au cours des dernières années, plusieurs mesures incitatives ayant pour principal objectif d'accroître l'inscription et la prise en charge de la population par un médecin de famille ont été mises en place. Voici un portrait chronologique de l'implantation de ces mesures.

Les patients vulnérables sont des personnes qui ont un ou plusieurs problèmes de santé désignés (diabète, santé mentale, etc.) ou qui répondent au critère d'âge (70 ans et plus).

À titre d'exemple, la proportion de patients inscrits considérés comme vulnérables était de 39 % au 31 mars 2011 (avant le deuxième remaniement) et a augmenté à 42 % au 1^{er} janvier 2014.

Un patient vulnérable est considéré comme actif s'il a été vu par son médecin au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Date	Mesures incitatives ¹	Coûts 2013-2014 (M\$)
Janvier 2007	■ Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable	115,6
	■ Forfait pour responsabilité d'un patient vulnérable	61,1
Juin 2008	■ Ajout de catégories de vulnérabilité et élargissement de certaines définitions	n.d.
Janvier 2009	■ Forfait d'inscription générale de la clientèle	53,5
Novembre 2011	■ Supplément pour patients orphelins ²	26,0
Janvier 2012	■ Supplément au volume de patients inscrits	35,4
	■ Ajout de catégories de vulnérabilité et élargissement de certaines définitions	n.d.

1. Le forfait de prise en charge et de suivi d'un patient dans un GMF n'est pas pris en compte, étant donné qu'il est accessible uniquement aux médecins exerçant dans ce milieu de pratique.

2. L'abolition de ce supplément et son remplacement par deux nouveaux forfaits sont prévus dans l'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ. Ces nouveaux forfaits visent à accroître et à améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Toutefois, à la fin de nos travaux de vérification, les modalités de ces forfaits n'étaient pas définies.

⁹⁵ Ces mesures incitatives ont été successivement mises en place dans un laps de temps relativement court. Cependant, bien qu'elles poursuivent le même objectif, soit de permettre à l'ensemble de la population d'être inscrite et prise en charge par un médecin de famille, elles ne s'inscrivent pas dans une stratégie globale, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas considérées comme un tout cohérent et interrelié permettant l'atteinte d'un objectif commun. L'absence de stratégie globale réduit la capacité du MSSS à porter un jugement sur l'efficacité de chacune des mesures et à s'assurer qu'elles ont l'impact souhaité sur le changement de comportement des médecins.

⁹⁶ Depuis 2010, le nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille a connu une croissance relativement constante. Il n'est cependant pas possible d'établir à quel point cette augmentation est due à l'introduction des différentes mesures incitatives plutôt qu'à l'ajout de nouveaux médecins. La signature en mai 2015 de l'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne démontre que, malgré l'ampleur des sommes additionnelles investies à ce jour, le problème demeure important. Nous avons également souligné ce problème dans un rapport traitant des GMF et des cliniques-réseau, lequel a été déposé à l'Assemblée nationale en mai 2015.

⁹⁷ Il est intéressant de noter que cette entente de principe introduit de bonnes pratiques concernant le suivi des résultats des mesures incitatives. Ainsi, afin de s'assurer d'atteindre l'objectif d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, l'entente de principe définit précisément

les indicateurs et les méthodes de calcul qui seront utilisés pour mesurer les résultats obtenus. Elle précise également les actions qui seront mises en œuvre si les objectifs et les cibles déterminés dans celle-ci ne sont pas atteints à l'échéance prévue.

98 Enfin, la multiplication des mesures incitatives comporte de nombreux enjeux sur le plan des contrôles que doit effectuer la RAMQ pour assurer la conformité des paiements effectués. Ces enjeux sont complexes et engendrent des coûts de gestion importants (voir la section Répercussions administratives des ententes de rémunération et le chapitre 3 du présent tome).

Mesures incitatives pour les médecins spécialistes

99 Chez les médecins spécialistes, les sommes consacrées aux mesures incitatives ne sont pas utilisées pour le versement de forfaits semblables à ceux proposés aux médecins omnipraticiens. Elles permettent plutôt de rémunérer certaines activités, telles que la télémédecine, les consultations téléphoniques ou les activités médico-administratives. Elles peuvent également être employées pour valoriser une spécialité en manque de médecins sur un territoire donné.

100 Dans certains cas, les sommes prévues pour des mesures qualifiées d'incitatives servent plutôt à accorder des augmentations de nature similaire à celles allouées pour hausser les taux de rémunération. Par exemple, en 2011, afin de valoriser la garde en disponibilité, le MSSS a convenu avec la FMSQ d'augmenter de 20 % les tarifs associés à cette activité. Cette mesure, qui s'élève à 18 millions de dollars par année, a été financée à même la portion de l'enveloppe budgétaire prévue pour mettre en place des mesures incitatives. Cette somme a été investie sans que le MSSS ait défini une cible à cet égard ou fasse le suivi des résultats obtenus.

Recommandations

101 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère.

- 3 Définir des paramètres d'application des mesures incitatives qui entraîneront un changement de comportement significatif chez les médecins et inscrire ces mesures dans une stratégie globale afin de favoriser une efficacité et une efficience accrues de la prestation de services des médecins.**
- 4 Déterminer des cibles et des indicateurs pour l'ensemble des mesures incitatives, faire un suivi rigoureux de ceux-ci et entreprendre des actions correctives lorsque les résultats ne montrent pas l'atteinte de la prestation de services attendue.**

2.4 Répercussions administratives des ententes de rémunération

102 Lors des négociations, le MSSS et les fédérations médicales conviennent des modalités de rémunération puis les consignent dans les ententes de rémunération. Par la suite, la RAMQ doit prendre les dispositions nécessaires pour en assurer l'application et le contrôle.

103 Afin d'intégrer toutes les modifications apportées aux ententes de rémunération des médecins, la RAMQ dispose d'un processus qui lui permet notamment d'analyser la teneur des changements administratifs et informatiques qui devront être effectués et d'évaluer les délais nécessaires à leur implantation. Elle participe également à divers comités associés au processus de négociation entre le MSSS et les fédérations médicales et elle peut ainsi leur faire part de certains enjeux administratifs.

104 La complexité d'application et de contrôle des nouvelles modalités de rémunération, les délais d'implantation de celles-ci et les coûts de développement des systèmes informatiques ne sont pas suffisamment pris en compte dans les ententes de rémunération.

105 Au début des années 1980, le MSSS et les fédérations médicales avaient convenu d'apporter des modifications aux ententes de rémunération deux fois par année. Par contre, afin qu'ils puissent notamment clarifier des modalités de rémunération existantes, en définir de nouvelles ou régler des situations problématiques particulières, les négociations se déroulent maintenant tout au long de l'année. Ainsi, en moyenne, 10 modifications sont apportées aux ententes chaque année.

106 Comme il a été mentionné précédemment, des mesures incitatives visant à orienter la pratique médicale des médecins se sont ajoutées graduellement aux ententes de rémunération au cours des 10 dernières années. Le nombre de codes d'acte a également augmenté de façon considérable. Il est passé d'environ 500 au moment de l'instauration du mode de rémunération à l'acte en 1970 à plus de 11000 en 2014. À chacun de ces codes d'acte peuvent se greffer de 1 à 3 codes modificateurs parmi les 1000 qui existent.

107 Les ententes de rémunération sont maintenant d'une plus grande complexité, ce qui rend plus ardu le traitement des demandes de paiement en plus de forcer la RAMQ à communiquer régulièrement aux médecins des instructions relatives à la facturation. À titre d'illustration, la Régie doit répondre aux nombreuses **demandes de renseignements** des médecins adressées à son centre d'appels. De plus, principalement en raison de la complexité des ententes, la RAMQ a entrepris une refonte de ses systèmes informatiques liés à la rémunération à l'acte des médecins au coût de près de 35 millions de dollars.

En 2013-2014, le centre d'appels de la RAMQ a dû répondre à plus de 63000 demandes de renseignements concernant la rémunération des 20883 médecins.

108 Nous présentons ci-dessous des exemples plus spécifiques qui illustrent certains enjeux à l'égard de la complexité d'application et de contrôle des modalités de rémunération, des coûts de développement des systèmes informatiques ainsi que des délais d'implantation liés aux nouvelles modalités de rémunération.

Exemples	Description de la situation	Enjeux administratifs
<p>Nouveau mode de rémunération des anatomopathologistes¹ en vigueur le 1^{er} janvier 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afin de revoir les conditions de pratique des médecins de cette spécialité et d'augmenter leur rémunération, tout en s'assurant que cette dernière correspond au volume d'activités réellement effectuées, on est passé d'un mode de rémunération mixte au versement d'une somme forfaitaire établie en fonction de la charge de travail. ■ La charge de travail est calculée à l'aide d'un indicateur mesurant notamment le volume d'activités en laboratoire et d'activités médico-administratives. ■ En début d'année, le médecin transmet sa charge de travail prévisionnelle et c'est sur cette base qu'il est rémunéré. À la fin de l'année, la RAMQ doit vérifier le volume total d'activités réalisées et récupérer les sommes versées en trop, ou encore allouer une somme forfaitaire additionnelle si la charge de travail réelle dépasse celle qui avait été prévue. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afin de permettre notamment la compilation du volume d'activités de chacun des médecins de cette spécialité, la RAMQ a modifié ses systèmes informatiques (coûts directs de développement de 1,1 million de dollars). Contrairement à ce qui était prévu, les systèmes ne permettent pas le calcul de la charge de travail réelle, qui doit donc encore être calculée manuellement par le MSSS. ■ Une fois le calcul effectué, les résultats sont comparés à ce qui avait été prévu en début d'année. Les écarts engendrent le versement de sommes supplémentaires ou la récupération d'une partie des sommes versées. L'exercice effectué en 2012 a dû être refait en 2013 et en 2014, étant donné le nombre important d'erreurs dans le calcul de la charge de travail réelle. Donc, les médecins qui avaient déjà reçu un versement ou qui avaient déjà été avisés de la récupération des sommes versées en trop ont reçu d'autres avis concernant l'ajustement des sommes. Ces modifications, qui touchaient 39 % des médecins de cette spécialité, ont représenté 1,1 million de dollars pour la récupération des sommes et 0,4 million pour le versement de sommes supplémentaires.
<p>Forfaits relatifs à l'inscription de patients et à l'efficience des médecins omnipraticiens</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ De 2007 à 2012, plusieurs mesures relatives à l'inscription et à la prise en charge de patients ont été mises en place de façon successive (voir la sous-section portant sur l'inscription et la prise en charge de la clientèle). ■ Pour certaines mesures incitatives, soit le supplément pour le nombre de jours travaillés, le supplément au volume de patients inscrits et le supplément pour une pratique polyvalente en cabinet et en établissement, la RAMQ avait avisé les parties prenantes qu'elle ne serait pas en mesure de modifier ses systèmes informatiques et ses processus afin de verser ces suppléments à la date voulue par celles-ci. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afin de permettre l'enregistrement et le suivi de l'information nécessaire au calcul des forfaits relatifs à l'inscription et à l'efficience, la RAMQ a développé ou modifié certains systèmes informatiques (coûts directs de développement de 9,4 millions de dollars). ■ Pour l'une des deux mesures pour lesquelles la RAMQ a réajusté les versements finaux, les réajustements ont été effectués à partir d'un nombre de patients vulnérables inscrits qui était surestimé. Cela a eu un effet à la hausse sur les sommes versées puisque ce type de clientèle donne droit à des forfaits plus importants.

1. Un anatomopathologiste est un médecin spécialiste qui réalise des diagnostics et détermine des plans d'intervention à partir de tissus humains. En 2014, il y en avait 219 au Québec.

Exemples	Description de la situation	Enjeux administratifs
Forfaits relatifs à l'inscription de patients et à l'efficience des médecins omnipraticiens (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Les parties prenantes ont convenu du versement des suppléments sous forme d'avances et, pour deux des trois mesures, du réajustement des versements une fois que les systèmes de la RAMQ seraient fonctionnels. Pour la troisième mesure, les avances ont été considérées comme des versements finaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Des ajustements aux systèmes informatiques devront de nouveau être apportés afin de tenir compte de l'entente de principe convenue entre le MSSS et la FMOQ en mai 2015 (voir la sous-section portant sur l'inscription et la prise en charge de la clientèle).
Modification des codes d'acte pour les médecins spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> En 2013, afin de répondre aux changements apportés à la pratique médicale et de donner suite aux augmentations de tarifs prévues, les parties prenantes ont convenu d'ajouter 550 nouveaux codes d'acte et de modifier les libellés et les tarifs de près de 2800 autres codes d'acte utilisés par les médecins spécialistes. Ces changements nécessitaient d'apporter des modifications aux systèmes informatiques de la RAMQ. Cette dernière avait avisé les parties prenantes qu'elle avait besoin de délais supplémentaires pour réaliser cette restructuration, mais les dates d'entrée en vigueur des modifications ont été maintenues. 	<ul style="list-style-type: none"> Pour les 550 nouveaux codes d'acte, la RAMQ a dû mettre en place un mécanisme temporaire comprenant des codes d'acte fictifs afin que les médecins puissent y inscrire leurs activités, et ce, avant que les systèmes informatiques soient opérationnels. La RAMQ a dû procéder ainsi pendant 5 mois. Lors de la conversion des codes d'acte fictifs aux codes d'acte réels, plusieurs vérifications et ajustements ont dû être effectués.

Recommandation

109 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 5 Tenir davantage compte, en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la complexité d'application des modalités de rémunération convenues avec les fédérations médicales, des coûts de développement des systèmes informatiques et des délais d'implantation de ces modalités dans les systèmes.

Commentaires de l'entité vérifiée

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le MSSS accueille le rapport du Vérificateur général et prendra en compte l'ensemble de ces recommandations dans le cadre des discussions à venir avec les fédérations médicales, notamment celles en vue du renouvellement des ententes, lesquelles sont échues depuis le 31 mars 2015.

« Il faut toutefois prendre en compte que ces recommandations sont en lien avec la rémunération des médecins et qu'à cet effet, le processus décisionnel peut être influencé par le contexte de négociation entre le ministère et les fédérations médicales ainsi que par les mandats de négociation du Conseil du trésor, lequel approuve également chacune des ententes négociées.

« **Gestion des enveloppes.** Étant donné la part importante que représente la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes dans le budget de l'État et la pression que ces sommes entraînaient sur les finances publiques des années à venir (notamment dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire), le ministère a négocié avec les fédérations médicales, à l'automne 2014, l'étalement des sommes déjà prévues, mais non versées, sur une période allant jusqu'en 2021-2022. Les protocoles d'accord négociés avec chacune des fédérations médicales ont permis de libérer une marge de manœuvre financière pour le gouvernement pour les années 2014-2015 à 2017-2018, et ce, tout en respectant les obligations contractuelles découlant des ententes négociées.

« Au paragraphe 50, le Vérificateur général indique que les sommes à étaler ont été surévaluées de 148,5 millions de dollars sur la durée de l'entente. S'il y a eu réellement une erreur, le MSSS procédera à la correction de celle-ci.

« Le ministère a également prévu, dans ces protocoles, une importante clause visant à améliorer, dès 2014-2015, le mécanisme de suivi des enveloppes budgétaires globales. Sans en expliquer la mécanique complexe, cette clause permet d'ajuster le pourcentage théorique de rehaussement des enveloppes pour tenir compte de l'évolution de la pratique (hausse du nombre de médecins, productivité, vieillissement de la population) en fonction de l'évolution de la pratique réelle, ce qui permet au ministère, par exemple, de ne pas compenser les médecins lorsque ceux-ci diminuent de façon globale leur productivité.

« De plus, le Vérificateur général indique au paragraphe 45 que les protocoles d'accord sur l'étalement convenus avec les fédérations médicales représentent une somme de 5,3 milliards de dollars et que ce processus a fait en sorte d'augmenter les risques liés à la gestion des obligations financières du MSSS. À cet effet, le ministère précise que l'étalement a uniquement fait en sorte d'étaler les sommes dues aux médecins jusqu'en 2021-2022 et que la somme de 5,3 milliards de dollars mentionnée représente ce qui aurait de toute façon été versé aux médecins, sur la base d'une période équivalente, s'il n'y avait pas eu d'étalement. Le ministère estime que cela n'a pas augmenté les risques liés à la gestion de ses obligations financières.

« Quant à l'ensemble des recommandations émises par le Vérificateur général par rapport aux mécanismes de gestion et de suivi des enveloppes budgétaires, celles-ci devront être adressées par le ministère dans le cadre des négociations en vue du renouvellement des ententes négociées.

« **Comparaison interprovinciale de la rémunération des médecins.** Advenant que cet enjeu soit abordé par les fédérations médicales dans le cadre du renouvellement des ententes, le ministère devra non seulement considérer les résultats récents fournis par l'ICIS [Institut canadien d'information sur la santé] (en tenant compte des sommes qui demeurent à être versées d'ici 2021-2022 et des différents facteurs d'ajustement nécessaires, tels que la charge de travail des médecins et le coût de la vie), mais devra, prioritairement, considérer la capacité de payer du gouvernement.

« **Introduction, dans les ententes négociées avec les fédérations médicales, de modalités incitatives entraînant un changement de comportement significatif chez les médecins et de cibles et d'indicateurs permettant d'en faire le suivi.** Tel que souligné par le Vérificateur général, le ministère a instauré dans la dernière entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ (afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services de première ligne) des cibles précises quant à l'inscription de la population auprès d'un médecin de famille et au taux d'assiduité.

« Tel qu'il apparaît dans les recommandations, le ministère souhaite convenir avec les fédérations médicales de l'introduction de cibles et d'indicateurs de suivi des mesures mises en place, et ce, à même les ententes négociées. Cette pratique permettra de s'assurer que ces mesures incitatives engendrent les changements visés dans la pratique médicale, venant ainsi soutenir les orientations ministérielles visant notamment l'augmentation de l'accessibilité à des soins de santé de qualité, et ce, dans un système de santé performant.

« Tenir davantage compte, en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la complexité d'application des modalités de rémunération convenues avec les fédérations médicales, des coûts de développement des systèmes informatiques et des délais d'implantation. » Tel que le Vérificateur général le souligne dans ce rapport, les modalités négociées dans les ententes sont effectivement complexes à mettre en place par la RAMQ, notamment s'il y a des cibles et indicateurs à suivre qui nécessitent un suivi par patient ou par médecin (comme c'est le cas dans l'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ). Cela est attribuable au fait que le ministère a comme objectifs que les sommes investies puissent avoir un impact sur certaines pratiques ciblées, qu'elles puissent favoriser la prise en charge de certaines clientèles et qu'elles influencent une organisation des services efficiente.

« À cet effet, le ministère considère que les modifications apportées dans les systèmes informatiques de la RAMQ dans le cadre du projet SYRA [systèmes de rémunération à l'acte] permettront de donner plus de flexibilité à la RAMQ quant à l'application des ententes. La refonte du système de facturation à l'acte qui était désuet et peu adapté à la réalité actuelle de la rémunération des médecins donnera certainement plus de flexibilité à la RAMQ quant à l'application des ententes. »

Annexes et sigles

- Annexe 1** Objectif de vérification et portée des travaux
- Annexe 2** Modes de rémunération et dépenses associées
- Annexe 3** Justifications de l'augmentation des enveloppes budgétaires
- Annexe 4** Vérification des coûts liés à la rémunération
- Annexe 5** Principales mesures incitatives pour les médecins omnipraticiens
- Annexe 6** Mesures incitatives examinées

Sigles

FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille		

Annexe 1 Objectif de vérification et portée des travaux

Objectif de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement de la *Loi sur l'assurance maladie*, de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ils se fondent également sur les principes de saine gestion reconnus ainsi que sur nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes de certification présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*.

Objectif de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS a pris les moyens nécessaires pour que les ententes conclues avec les fédérations des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes permettent une gestion efficace et efficiente de la rémunération des médecins, et qu'il exerce un suivi approprié de l'application de ces ententes et de leurs résultats.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les décisions prises par le ministère lors du processus de négociation des ententes de rémunération reposent sur de l'information pertinente et des analyses rigoureuses à l'égard notamment des coûts liés à la rémunération et des effets de ces décisions sur l'offre de services. ■ Les répercussions des modalités des ententes sur les coûts de gestion et sur l'application du programme de rémunération sont adéquatement évaluées et prises en compte. ■ Les objectifs visés par la rémunération et par les mesures incitatives sont clairement définis et font l'objet d'un suivi, ce qui permet d'évaluer les résultats par rapport à ceux-ci et d'appliquer des mesures correctives au besoin. ■ La reddition de comptes liée à la rémunération des médecins est effectuée de manière adéquate et en temps opportun.

Portée des travaux

La présente vérification porte sur la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes. Les travaux ont été réalisés auprès du MSSS. Les recommandations formulées s'adressent au ministère.

Nous avons collecté l'information nécessaire à notre vérification en exploitant des données financières et opérationnelles consignées par le MSSS et la RAMQ. Nous avons également réalisé des entrevues avec des membres du personnel du ministère.

Il est à noter que les constats formulés ne visent pas à remettre en cause la pertinence ou la qualité des actes professionnels; ces actes ne font d'ailleurs pas partie de la portée de la présente mission. Les travaux de vérification se sont principalement déroulés de septembre 2014 à octobre 2015 et ont porté essentiellement sur les activités menées par le MSSS pour la période actuelle d'application des ententes de rémunération (de 2010 à 2015). Toutefois, certaines analyses font référence à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

Annexe 2 Modes de rémunération et dépenses associées¹

Type	Définition	Dépenses 2013-2014 (M\$)
Rémunération à l'acte (y compris certaines mesures incitatives)	De façon générale, la rémunération à l'acte s'applique en médecine, en chirurgie et en médecine de laboratoire, à moins qu'il en soit convenu autrement dans les ententes. Un tarif est ainsi associé à chaque acte médical. Dans certaines situations précisées dans les ententes, le tarif de base de l'acte associé au service médical peut être majoré pour prendre en considération des facteurs particuliers.	3 857
Rémunération mixte	La rémunération mixte relative aux médecins spécialistes comprend le tarif pour la demi-journée ou la rémunération journalière ainsi que les suppléments d'honoraires. Cette rémunération touche les médecins qui exercent leur profession dans un département clinique, un service clinique ou un secteur d'activité d'un établissement. Pour leur part, les médecins omnipraticiens qui travaillent notamment au service des urgences d'un hôpital ou qui rendent des services en vertu d'ententes particulières reçoivent des honoraires forfaitaires auxquels s'ajoute un pourcentage du tarif de l'acte.	1 431 ²
Honoraires forfaitaires	Ces honoraires comprennent le tarif horaire, celui pour la demi-journée et la rémunération journalière. Le tarif pour la demi-journée concerne les médecins spécialistes, tandis que la rémunération à la vacation, basée sur une période de travail de trois heures, est réservée aux médecins omnipraticiens.	397
Salaire et honoraires fixes	Dans les ententes, le terme « salaire » est réservé aux médecins spécialistes et le terme « honoraires fixes », aux médecins omnipraticiens. Ces deux modes de rémunération sont basés sur une semaine de travail pendant laquelle le nombre d'heures peut varier. Des avantages sociaux sont rattachés à ces modes de rémunération. Ils s'appliquent, entre autres, aux médecins qui travaillent dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou une direction de la santé publique.	84
Rémunération à forfait et à primes (mesures incitatives)	La rémunération à forfait est basée sur une somme donnée qui est versée périodiquement ou annuellement aux médecins de famille (omnipraticiens) pour la prise en charge et le suivi médical d'un patient, vulnérable ou non. Elle varie selon l'âge de celui-ci, son état de santé et son lieu de suivi. Les primes font majorer le tarif horaire ou les honoraires fixes. Parmi celles-ci, on trouve les primes de responsabilité, celles liées à la santé au travail et celles relatives à l'horaire de soutien aux services de première ligne.	269
Mesures particulières (mesures incitatives)	Certaines mesures visent à encourager les médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus et à y rester. Elles comprennent, entre autres, les primes d'éloignement, de ressourcement et de rétention ainsi que le programme de formation continue. Elles incluent également les allocations ou les indemnités versées aux médecins dans des situations particulières. Les congés de maternité ainsi que les programmes d'allocation de fin de carrière, de départ assisté ou de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle sont des exemples de mesures particulières.	75
Autres programmes et avantages prévus	Cette catégorie comprend la rémunération des médecins travaillant à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Est également incluse la part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle des médecins payée par le gouvernement.	168
Total		6 281³

1. La rémunération des résidents en médecine est exclue.
2. Sont inclus uniquement les dépenses liées aux tarifs pour la demi-journée ou la journée complète ainsi que les honoraires forfaitaires. Les suppléments d'honoraires relatifs à un pourcentage du tarif de l'acte sont inclus dans le mode de rémunération à l'acte.
3. Est notamment incluse la rémunération versée aux médecins travaillant pour la CSST qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales.

Source : RAMQ.

Annexe 3 Justifications de l'augmentation des enveloppes budgétaires

Voici les principales raisons de l'augmentation des enveloppes budgétaires globales 2010-2015 consacrées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Ne sont pas pris en considération les protocoles d'accord portant sur l'étalement conclus en novembre 2014 entre le MSSS et chacune des fédérations médicales. Les augmentations, qui sont regroupées en fonction du taux de rémunération, des mesures incitatives ou de l'évolution de la pratique médicale, sont présentées dans les tableaux 7 et 8.

Médecins omnipraticiens	<ul style="list-style-type: none">▪ Augmentation de 19,3% sur huit ans, à partir de 2008-2009, pour corriger l'écart entre la rémunération des médecins québécois et celle des médecins des autres provinces canadiennes▪ Augmentation générale de 6,14 % sur cinq ans équivalant aux paramètres négociés avec les employés de la fonction publique▪ Augmentation de 6,15 % sur quatre ans pour amoindrir l'écart entre la rémunération des omnipraticiens et celle des spécialistes▪ Somme additionnelle récurrente à terme¹ de 148,2 millions de dollars par année pour le financement des mesures prévues dans le plan d'amélioration▪ Somme additionnelle récurrente à terme¹ de 211,5 millions par année allouée au financement des cabinets et des mesures favorisant l'efficience▪ Ajustement annuel de 1 % afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale
Médecins spécialistes	<ul style="list-style-type: none">▪ Augmentation de 25,3% sur huit ans pour corriger l'écart entre la rémunération des médecins québécois et celle des médecins des autres provinces canadiennes▪ Augmentation générale de 6,14 % sur cinq ans équivalant aux paramètres négociés avec les employés de la fonction publique▪ Augmentation générale de 4,5 % sur quatre ans▪ Somme additionnelle récurrente à terme¹ de 503,0 millions par année versée pour le financement des mesures ciblées▪ Somme additionnelle récurrente à terme¹ de 42,8 millions par année versée pour le financement des mesures particulières, telles que les programmes de congé de maternité et d'adoption▪ Ajustement annuel de 2 % afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale

1. Étant donné que les augmentations sont étalées au cours de la période couverte par les ententes, les sommes récurrentes à terme sont allouées une fois toutes les augmentations accordées.

Les tableaux 7 et 8 présentent le détail des enveloppes budgétaires globales 2010-2015 pour les médecins omnipraticiens et spécialistes de même que le détail des enveloppes précédentes ayant eu des effets budgétaires du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015 et au-delà de cette période.

Tableau 7 Détail de l'enveloppe budgétaire globale des médecins omnipraticiens (en millions de dollars)¹

	Entente 2008-2010 ² et entente 2010-2015										Effets budgétaires	
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017			
Taux de rémunération												
Écart provincial (19,3%) ³	35,6	74,8	104,7	136,1	169,5	205,8	217,0	229,1	229,1	229,1	229,1	229,1
Augmentation générale (6,14%)			8,6	22,1	41,3	77,8	123,3	123,3	123,3	123,3	123,3	123,3
Rattrapage avec les médecins spécialistes (50 % de 6,15%)					14,4	30,1	47,2	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7
Mesures incitatives												
Sommes additionnelles récurrentes (10,0 M\$ à terme)	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Écart provincial (19,3%) ³	35,6	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8
Sommes additionnelles récurrentes (148,2 M\$ à terme)			24,7	49,4	74,1	98,8	123,5	148,2	148,2	148,2	148,2	148,2
Rattrapage avec les médecins spécialistes (50 % de 6,15%)					14,4	30,1	47,2	65,7	65,7	65,7	65,7	65,7
Frais de cabinet et mesures liées à l'efficience (211,5 M\$ à terme)				24,0	61,5	99,0	149,0	199,0	199,0	199,0	199,0	211,5
Évolution de la pratique médicale (1%)	68,3	85,2	103,0	121,9	142,5	165,0	189,4	189,4	189,4	189,4	189,4	189,4
Enveloppe budgétaire globale	1 564,5	1 709,7	1 796,5	1 913,5	2 081,2	2 272,7	2 462,6	2 586,4	2 586,4	2 586,4	2 598,9	2 598,9

1. N'est pas pris en considération le protocole d'accord portant sur l'étalement conclu en novembre 2014 entre le MSSS et la FMOQ.

2. Il s'agit de l'entente intervenue entre le MSSS et la FMOQ lors du redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens.

3. Pour les années 2008-2009 et 2009-2010, 50% de l'augmentation accordée pour les taux de rémunération a été affectée à la mise en œuvre de mesures incitatives.

Source : MSSS.

Tableau 8 Détail de l'enveloppe budgétaire globale des médecins spécialistes (en millions de dollars)¹

	Entente 2006-2010 et entente 2010-2015										Effets budgétaires	
	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
Taux de rémunération												
Augmentation générale (8%)	40,1	82,4	128,5	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3
Écart provincial (25,3%)			115,3	242,2	315,6	394,2	478,9	571,2	623,3	679,0	679,0	679,0
Augmentation générale (6,14%)				14,3	37,2	70,1	132,8	211,5	211,5	211,5	211,5	211,5
Augmentation générale (4,5%)						32,9	68,7	119,8		170,3	170,3	170,3
Mesures incitatives												
Mesures particulières de 2007 ²	19,2	111,6	133,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6
Enveloppe spécifique pour des mesures (240 M\$)				40,0	80,0	120,0	160,0	200,0	200,0	240,0	240,0	240,0
Enveloppe spécifique pour des mesures (251 M\$)					20,0	50,0	90,0	140,0	140,0	227,0	251,0	251,0
Mesures particulières de 2010 (12 M\$)					12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Procréation assistée et lettre d'entente 183 ³ (33,3 M\$)				21,0	26,3	27,9	29,6	31,4	31,4	33,3	33,3	33,3
Congés de maternité et d'adoption (4 M\$)					2,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Prime d'assurance responsabilité professionnelle					5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Évolution de la pratique médicale (2%)	39,4	80,8	126,0	175,8	231,7	291,6	356,1	426,4	503,5	503,5	503,5	503,5
Enveloppe budgétaire globale	2 071,9	2 260,1	2 488,7	2 738,2	2 989,9	3 224,1	3 512,6	3 855,4	4 206,3	4 441,4	4 465,4	4 465,4

1. N'est pas pris en considération le protocole d'accord portant sur l'étaleme nt conclu en novembre 2014 entre le MSSS et la FMSQ.

2. Ces mesures incluent l'ajout de services au bloc opératoire (10,0 millions), l'ajustement pour la médecine d'urgence (1,1 million) et une somme additionnelle pour la mise en œuvre du plan d'amélioration (144,5 millions).

3. La lettre d'entente 183 porte sur l'injection intravitreuse d'un médicament antiangiogénique lors du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Source : MSSS.

Annexe 4 Vérification des coûts liés à la rémunération

Voici les principaux extraits des ententes de rémunération portant sur la vérification des coûts liés à la rémunération versée aux médecins omnipraticiens et spécialistes.

Médecins omnipraticiens

Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Annexe IX

3.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de cette annexe est effectuée par les parties [MSSS et FMOQ] au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période annuelle d'application, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes annuelles d'application prévues à cette annexe.

3.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à cette annexe, les parties [MSSS et FMOQ] introduisent les mesures correctives appropriées afin d'une part, d'assurer le remboursement de ce dépassement et, d'autre part, d'éviter tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

3.6 S'il y a, pendant une période annuelle d'application donnée, une non-atteinte [solde non dépensé] de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour cette période, les mesures suivantes s'appliquent :

- a) pour les années 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013, les montants ainsi rendus disponibles sont affectés aux priorités retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent.
- b) pour les années 2013-2014 et 2014-2015, cette non-atteinte [solde non dépensé] ne pourra être réaffectée que s'il y a eu entente entre les parties concernant la méthode de détermination de la prestation de services, étant convenu que toute non-atteinte [solde non dépensé] antérieure au 31 mars 2013, qu'elle soit récurrente ou non, n'est pas visée par le présent paragraphe.

Médecins spécialistes

Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie

Annexe 2

2.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes en application du présent Accord-cadre est effectuée par les parties négociantes [MSSS et FMSQ] au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes d'application de l'Accord-cadre.

2.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour l'une ou l'autre des périodes d'application prévues à l'Accord-cadre, des mesures correctrices sont introduites par les parties négociantes [MSSS et FMSQ] afin, d'une part, d'assurer le remboursement de ce dépassement et, d'autre part, d'éviter tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

2.6 Advenant une non-atteinte [solde non dépensé] de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, le solde disponible est consacré à la rémunération des services rendus par les médecins spécialistes, selon des modalités à convenir entre les parties négociantes [MSSS et FMSQ].

Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015

15 Les parties reconnaissent que le suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour chacune des années du renouvellement de l'Accord-cadre ne saurait affecter la mise en place des augmentations et autres mesures prévues à la présente entente afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années.

Annexe 5 Principales mesures incitatives pour les médecins omnipraticiens

Mesure	Définition	Objectif	Fréquence des versements et sommes versées (2013)	En millions de dollars (2014)
Inscription et prise en charge				
Forfait d'inscription générale de la clientèle	Somme forfaitaire annuelle pour chaque patient actif ¹ inscrit auprès du médecin et ayant été rencontré	Permettre à tous les Québécois l'accès à un médecin de famille	Une somme de 9 ou de 11 dollars est versée annuellement pour chacun des patients inscrits. Elle varie selon le milieu de pratique.	53,5
Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable	Somme forfaitaire annuelle pour chaque patient vulnérable actif ¹ inscrit auprès du médecin et ayant été rencontré au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Améliorer l'inscription et la prise en charge des patients vulnérables	Une somme de 19 à 159 dollars est versée annuellement pour chacun des patients vulnérables inscrits. Elle varie selon la catégorie de vulnérabilité et le milieu de pratique.	115,6
Supplément pour patients orphelins ²	Somme versée lorsque le médecin accepte de prendre en charge et de suivre un patient sans médecin de famille dirigé ou non par le coordonnateur d'un guichet d'accès d'un centre de santé et de services sociaux	Favoriser l'augmentation du nombre de patients inscrits	Une somme de 83 à 250 dollars par patient est versée lorsque ce dernier est dirigé par le coordonnateur d'un guichet d'accès. Si ce n'est pas le cas, une somme de 21 à 52 dollars est versée. La somme varie selon le milieu de pratique et selon qu'il s'agit d'un patient vulnérable ou non.	26,0
Suivi				
Forfait pour responsabilité d'un patient vulnérable	Forfait pour chaque examen que subit un patient vulnérable actif ¹	Favoriser un suivi plus fréquent des patients vulnérables	Une somme de 8 ou de 10 dollars est versée par visite. La somme varie selon le milieu de pratique.	61,1
Forfait de prise en charge et de suivi dans un groupe de médecine de famille (GMF)	Pour chaque patient inscrit, forfait lors de la première visite du patient en GMF au cours de l'année	Favoriser une prise en charge accrue des patients en GMF	Une somme de 9 dollars par patient est versée lors de la première visite annuelle en GMF.	21,8

1. Pour qu'un patient soit considéré comme actif, il doit avoir été vu au moins une fois au cours des 36 derniers mois ou, si le patient est considéré comme vulnérable, au moins une fois au cours des 12 derniers mois.
2. L'abolition de ce supplément et son remplacement par deux nouveaux forfaits sont prévus dans l'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ. Ces nouveaux forfaits visent à accroître et à améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Toutefois, à la fin de nos travaux de vérification, les modalités de ces forfaits n'étaient pas définies.

Mesure	Définition	Objectif	Fréquence des versements et sommes versées (2013)	En millions de dollars (2014)
Efficience				
Supplément pour le nombre de jours travaillés	Somme forfaitaire annuelle pour valoriser chaque journée de pratique reconnue, versée à partir de la 181 ^e journée	Inciter les médecins à augmenter leur nombre de journées travaillées dans l'année	Une somme de 50 dollars par journée de pratique reconnue est versée à partir de la 181 ^e journée et une somme de 200 dollars par jour est versée au-delà de 200 journées de pratique significatives.	31,5
Supplément pour une pratique polyvalente en cabinet et en établissement	Majoration des honoraires payés dans certains secteurs visés (par exemple, les services d'urgence ou les soins palliatifs) Mesure s'adressant uniquement aux médecins ayant au moins 700 patients inscrits	Favoriser la polyvalence de la pratique en cabinet et en établissement et assurer ainsi une meilleure participation à la prise en charge et au suivi de patients de première ligne	Les honoraires payés sont majorés de 2,5 à 10% durant l'année pour la pratique dans l'un des secteurs visés. La somme varie selon le volume de patients inscrits. Par exemple, pour que les honoraires soient majorés de 10%, 1 500 patients ou plus doivent être inscrits auprès du médecin.	8,0
Supplément au volume de patients inscrits	Somme forfaitaire annuelle supplémentaire versée au médecin ayant plus de 500 patients actifs inscrits ou plus de 200 patients vulnérables	Favoriser le suivi et la prise en charge du plus grand nombre de patients possible	Une somme de 5 à 20 dollars est versée annuellement pour chacun des patients inscrits au-delà des seuils prescrits. La somme varie selon le volume de patients inscrits. Par exemple, le médecin recevra 20 dollars par patient inscrit au-delà du seuil de 1 500 patients.	35,4
Autres				
Compensation supplémentaire pour frais de cabinet	Somme forfaitaire versée aux médecins en fonction du volume de patients inscrits rencontrés dans la journée	Compenser les frais de cabinet du médecin	Une somme forfaitaire est versée pour chaque demi-journée pendant laquelle le médecin rencontre un minimum de six patients.	31,5
Supplément pour les services rendus en horaire défavorable	Supplément accordé pour les médecins qui exercent durant certains horaires défavorables (soir, fin de semaine, jour férié), et ce, pour des secteurs d'activité visés	Favoriser l'offre de services durant les horaires défavorables (soir, fin de semaine, jour férié)	La rémunération est majorée de 13 à 30% selon l'horaire de travail et le milieu de pratique (par exemple, cabinet, urgence, clinique-réseau, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre hospitalier).	n.d.

Annexe 6 Mesures incitatives examinées

Médecins omnipraticiens	<ol style="list-style-type: none">1. Implantation d'une nouvelle nomenclature d'actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation2. Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable3. Forfait d'inscription générale de la clientèle4. Supplément pour patients orphelins5. Supplément au volume de patients inscrits6. Supplément pour le nombre de jours travaillés7. Supplément pour une pratique polyvalente en cabinet et en établissement8. Supplément pour la prise en charge rapide de certaines clientèles9. Rémunération d'un coordonnateur par territoire de centre de santé et de services sociaux10. Rémunération supplémentaire des médecins durant les heures défavorables11. Rémunération des médecins offrant des services dans des secteurs en pénurie12. Bonification des conditions de pratique dans les secteurs de l'obstétrique et de la petite enfance13. Création d'un nouvel acte afin de favoriser la communication entre les médecins de première et de deuxième ligne lors de la prise en charge d'un patient14. Valorisation de la rémunération liée à l'enseignement et à la recherche en milieu familial15. Révision des modalités entourant la garde en disponibilité, y compris la hausse des tarifs16. Reconnaissance de certaines activités médico-administratives des médecins exerçant dans un service d'urgence
Médecins spécialistes	<ol style="list-style-type: none">17. Supplément pour des chirurgies effectuées en établissement à certaines heures18. Mise en place de mesures incitatives relatives à la pratique en anesthésiologie19. Majoration du forfait de garde en disponibilité dans les spécialités de base et du tarif d'un acte effectué durant la garde20. Instauration de modalités de rémunération particulières pour les médecins spécialistes répondants en psychiatrie21. Rémunération pour la consultation téléphonique22. Rémunération des services médicaux rendus par l'intermédiaire de la vidéo interactive ou de moyens de télécommunication23. Soutien au développement d'un service de numérisation en cabinets privés de radiologie en fonction des besoins du système public24. Rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département25. Instauration de mesures de rémunération des médecins spécialistes en microbiologie et en infectiologie afin de favoriser les activités de prévention des infections en établissement26. Valorisation de la rémunération dans des secteurs de pointe pour les centres tertiaires de traumatologie27. Révision de certaines règles d'application afin de limiter la tarification d'un médecin classé dans une spécialité ou la tarification de certains actes (plafonnement)28. Amélioration des conditions de pratique en anatomopathologie29. Modernisation du mode de rémunération mixte en rhumatologie30. Bonification du programme de maintien et de développement des connaissances31. Rémunération pour la coordination clinique des transferts urgents vers des centres tertiaires de néonatalogie et d'obstétrique32. Hausse des suppléments payables pour la garde en disponibilité33. Reconnaissance des activités médico-administratives



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016

Vérification de l'optimisation des ressources
Automne 2015

Rémunération des médecins : administration et contrôle

Régie de l'assurance maladie du Québec

CHAPITRE

3

Faits saillants

Objectif des travaux

Le Québec compte près de 21 000 médecins rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cette rémunération est versée conformément aux ententes de rémunération.

La RAMQ a la responsabilité d'exercer des activités de contrôle et de surveillance relativement aux paiements effectués, afin de déceler des erreurs de facturation ou des cas potentiels de fraude, et, s'il y a lieu, de récupérer les sommes versées en trop.

La RAMQ doit également mettre en place des mesures d'évaluation de son efficacité et de sa performance, y compris l'étalonnage avec des organisations similaires.

Notre vérification avait pour objectif de nous assurer que la RAMQ administre de façon efficace et efficiente la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes de même que les mesures incitatives qui y sont associées.

Le rapport entier est disponible au www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins.

La RAMQ ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins, alors que celle-ci représente 62% de ses dépenses de programmes. Cela a des conséquences sur la culture de l'organisation et, de ce fait, sur l'ensemble des mécanismes de contrôle et des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance qui sont mis en place.

La RAMQ n'applique pas tous les contrôles a posteriori nécessaires, ce qui ne lui permet pas d'avoir l'assurance raisonnable que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes. La RAMQ exerce également des contrôles a priori, principalement de nature informatique, afin de vérifier l'information inscrite sur les demandes de paiement en fonction des modalités prévues dans les ententes. Cependant, ces contrôles a priori ne sont pas suffisants à eux seuls pour assurer la conformité des paiements, principalement parce qu'ils ne permettent pas d'apprécier l'adéquation entre l'acte facturé et les services rendus.

Les différentes unités administratives participant au processus de contrôle a posteriori ne sont pas encadrées de manière à s'assurer qu'elles interviennent de façon structurée et complémentaire afin de maximiser l'efficacité de leurs interventions. La RAMQ n'a pas déterminé clairement les risques liés à la rémunération, les contrôles nécessaires à cet égard et les responsabilités des intervenants exerçant ces contrôles. De plus, aucun coordonnateur n'est nommé pour assurer une gestion globale et optimale de ces contrôles.

Le processus d'analyse de la facturation n'est pas pleinement efficace. Les dossiers présentant le plus grand risque de non-conformité aux ententes de rémunération ne sont pas forcément sélectionnés.

La portée des contrôles a posteriori est trop restreinte, ce qui ne permet pas à la RAMQ d'avoir l'assurance nécessaire que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes pour tous les modes de rémunération. Certains modes de rémunération et certaines mesures incitatives sont peu ou pas contrôlés a posteriori. En 2014, parmi 17 542 médecins, 2% ont fait l'objet d'une analyse de leur facturation, et ce, généralement pour un seul code d'acte.

Les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portent pas sur le contrôle exercé à l'égard de la rémunération des médecins. De plus, l'étalonnage qu'elle a réalisé nécessite des améliorations afin que cet exercice atteigne le niveau d'utilité recherché.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires de l'entité vérifiée.

Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations à la Régie

- 1 Revoir son processus de gestion des risques afin de considérer davantage ceux relatifs aux erreurs de facturation et aux fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes.**
 - 2 Mettre en œuvre un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles afin de mieux encadrer les contrôles a posteriori, notamment :**
 - prioriser les médecins devant faire l'objet d'un examen de leur facturation ;
 - convenir de la nature de l'intervention du médecin-conseil de façon à maximiser son utilité ;
 - adapter la méthode d'échantillonnage des dossiers en fonction des risques, de la charge de travail qui en découle ainsi que de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription.
 - 3 Revoir le processus d'analyse de la facturation afin qu'il joue pleinement son rôle.**
 - 4 Revoir la portée des contrôles a posteriori pour tous les modes de rémunération afin de s'assurer que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes.**
 - 5 Améliorer ses mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et poursuivre sa démarche d'étalonnage avec des organisations similaires, notamment pour mieux englober le volet de sa mission portant sur la rémunération des médecins.**
-

Table des matières

1 Mise en contexte	6
2 Résultats de la vérification	9
2.1 Gestion des risques	9
Recommandation	
2.2 Mécanismes de contrôle	10
Encadrement des interventions	
Processus d'analyse de la facturation	
Portée des contrôles a posteriori	
Recommandations	
2.3 Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et étalonnage	23
Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance	
Étalonnage	
Recommandation	
Commentaires de l'entité vérifiée	26
Annexes et sigles	29

Équipe

Martin St-Louis
Directeur de vérification

Dominic Bourque
Maud Déry
Josée Levasseur
Étienne Piedboeuf

Les erreurs de facturation sont généralement liées à l'application non conforme de l'entente de rémunération. Par exemple, elles peuvent être dues à une interprétation différente des modalités de rémunération entre le médecin et la RAMQ.

1 Mise en contexte

1 Le Québec compte près de 21 000 médecins omnipraticiens et spécialistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Leur rémunération est versée en vertu d'ententes négociées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les représentants de leur fédération médicale, soit la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

2 La RAMQ est responsable de rémunérer les médecins conformément aux modalités convenues dans les ententes de rémunération. Elle doit également exercer des activités de contrôle et de surveillance relativement aux paiements effectués. Celles-ci visent à déceler des **erreurs de facturation** ou des cas potentiels de fraude, comme des services non rendus ou faussement décrits, et, s'il y a lieu, à récupérer les sommes versées en trop.

3 Au cours de l'année 2013-2014, la RAMQ a versé aux médecins près de 6,3 milliards de dollars (tableau 1).

Tableau 1 Rémunération versée en 2013-2014

	En millions de dollars ¹	Nombre de médecins ²
Médecins spécialistes	3 986	11 053
Médecins omnipraticiens	2 295	9 830
Total	6 281	20 883

1. Est notamment incluse la rémunération versée aux médecins travaillant pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales.

2. Il s'agit des médecins ayant le droit de facturer des services rendus à la RAMQ au 31 mars 2014.

Source : RAMQ.

4 Différents modes de rémunération peuvent être utilisés mais, de façon générale, c'est la rémunération à l'acte qui s'applique. Ainsi, sur la base des services rendus aux personnes assurées, une somme est versée aux médecins pour chaque acte médical accompli. La facturation en fonction de l'acte représente 62 % (3,9 milliards de dollars) de l'ensemble des sommes payées aux médecins. Les autres modes de rémunération sont, notamment, la rémunération mixte ainsi que le salaire et les honoraires. L'annexe 2 présente les différents modes de rémunération ayant cours au Québec et les dépenses qui y sont associées pour l'année 2013-2014.

5 En janvier 2014, la rémunération à l'acte se rapportait à plus de 11 000 codes d'actes médicaux distincts associés à un tarif. Afin d'avoir droit à une rémunération pour les actes médicaux qu'il a effectués, le médecin doit adresser une demande de paiement à la RAMQ pour chaque personne assurée rencontrée en indiquant le ou les codes d'acte concernés. En 2013-2014, ce sont plus de 55 millions de demandes de paiement qui ont été traitées par la RAMQ. Un médecin rémunéré à l'acte peut facturer lui-même ses services ou mandater

une **agence de facturation** ou toute autre personne (par exemple, la secrétaire du cabinet où il exerce) pour qu'elle prépare ses demandes et les soumette en son nom. Toutefois, le médecin demeure responsable de l'exactitude des renseignements fournis.

La RAMQ répertorie plus de 160 agences de facturation privées au Québec. Environ 35% des médecins y ont recours.

6 Principalement au cours des 10 dernières années, des mesures incitatives se sont ajoutées à la rémunération des médecins afin d'encourager certains comportements ou de compenser financièrement certaines activités, telles que celles de nature administrative. Ainsi, un médecin peut être rémunéré différemment selon plusieurs variables qui modifient à la hausse le montant de sa rémunération. Par exemple, une rémunération supplémentaire pourra être accordée en fonction du type de clientèle prise en charge par le médecin, de son milieu de pratique, de la région où il exerce, de sa plage horaire de travail ou encore du nombre de jours travaillés au cours d'une année.

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance

7 La RAMQ est assujettie à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. Cette dernière a pour objet d'établir des principes de gouvernance d'entreprise afin de renforcer la gestion des sociétés d'État en visant à la fois l'efficacité, la transparence et l'imputabilité de leur direction. Elle prévoit notamment que le conseil d'administration adopte des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, y compris l'étalonnage avec des organisations similaires. Afin que la RAMQ réponde adéquatement à cette obligation, les mesures d'évaluation et l'étalonnage doivent notamment prendre en compte les activités liées à la rémunération des médecins puisque celles-ci représentent une part importante (62%) des dépenses de programmes de la RAMQ.

Rôles et responsabilités

8 Voici les rôles et les responsabilités de la RAMQ au regard de la rémunération des médecins ainsi que des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance :

- rémunérer les médecins soumis à l'application d'une entente pour un service assuré qu'ils ont eux-mêmes fourni à une personne assurée ;
- contrôler la rémunération versée aux médecins :
 - en vérifiant périodiquement, par voie d'échantillonnage, si les services assurés dont elle a assumé le coût ont été effectivement rendus ;
 - en enquêtant sur toute matière de sa compétence ;
 - en récupérant d'un médecin toute somme ou toute valeur de l'avantage reçu qui contrevient à l'application d'une entente ;
- conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et le saisir de tout problème ou de toute question qu'elle juge de nature à nécessiter une étude ou une action ;

- divulguer au ministre les renseignements nécessaires à la négociation et à l'application des ententes de rémunération, à la gestion de l'effectif qui y est soumis, au suivi du coût des mesures qui y sont prévues et au suivi budgétaire des sommes versées par la Régie ;
- adopter des mesures d'évaluation de son efficacité et de sa performance et faire état, dans son rapport annuel, des résultats de l'application de ces mesures.

⁹ La présente vérification a été effectuée auprès de la RAMQ. L'objectif de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

10 Les travaux se sont articulés autour de trois axes. D'abord, nous avons examiné de quelle manière la RAMQ gère les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins. Ensuite, nous nous sommes penchés sur les mécanismes de contrôle mis en place pour atténuer ces risques. Enfin, nous avons apprécié les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance associées à la rémunération des médecins, lesquelles font l'objet d'un suivi de la part de la RAMQ.

2.1 Gestion des risques

11 La *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* prévoit notamment la mise en place d'un processus de gestion des risques. De plus, la *Politique générale de gestion intégrée des risques* de la RAMQ précise entre autres que chacune de ses vice-présidences, dont celle responsable de la rémunération des professionnels de la santé, doit assurer la maîtrise des risques afférents à son secteur.

12 À l'intérieur de son processus de gestion des risques, la RAMQ ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins.

13 La Régie a cerné ses risques majeurs. Toutefois, aucun ne concerne précisément la rémunération des médecins, alors que cette dernière activité représente 62 % des dépenses de programmes de la RAMQ. De plus, certains critères de risque démontrent l'importance de prendre en compte ce type de risques.

- La rémunération versée à près de 21 000 médecins s'élève à environ 6,3 milliards de dollars par année.
- La RAMQ traite plus de 55 millions de demandes de paiement par année.
- Les modalités d'application relatives à la rémunération des médecins sont complexes et comprennent plusieurs zones grises quant à leur interprétation (voir notamment la section Mécanismes de contrôle et la section Répercussions administratives des ententes de rémunération du chapitre 2 du présent tome). Ces zones grises, combinées à la présence d'agences se spécialisant dans la gestion de la facturation des médecins, augmentent le risque que cette facturation soit gonflée indûment.
- De façon ponctuelle, soit en 2008 et en 2011, la RAMQ a réalisé des **projets horizontaux** de vérification des services facturés par les médecins omnipraticiens et spécialistes. Elle a alors observé un nombre important d'**erreurs potentielles** de facturation.

Les projets qualifiés d'horizontaux consistent à analyser la conformité de la facturation grâce à des demandes de renseignements ciblées auprès d'un nombre important de médecins sélectionnés aléatoirement. Ils visent à dresser un portrait global des erreurs de facturation, à en dégager les tendances et à mettre en place des mesures préventives.

L'erreur est considérée comme potentielle puisque tous les mécanismes de vérification usuels n'ont pas été utilisés, notamment afin de permettre au médecin de fournir des renseignements supplémentaires.

14 Parmi les risques majeurs que la RAMQ a cernés, il y a celui de ne pas être en mesure de détecter, de contrôler et de corriger les tentatives de fraudes externes ou d'activités fautives ou abusives. Par contre, ce dernier risque concerne plus particulièrement l'accès à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments des personnes qui ne devraient pas y avoir droit. Le risque majeur relatif aux médecins porte uniquement sur le non-respect des lois en matière de facturation des frais accessoires aux personnes assurées.

15 Le fait de ne pas considérer suffisamment les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins a des conséquences sur la culture de l'organisation et, de ce fait, sur l'ensemble des mécanismes de contrôle qui sont mis en place de même que sur la portée des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance.

Recommandation

16 La recommandation suivante s'adresse à la Régie.

- 1 Revoir son processus de gestion des risques afin de considérer davantage ceux relatifs aux erreurs de facturation et aux fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes.**

2.2 Mécanismes de contrôle

17 La RAMQ est responsable de rémunérer les médecins conformément aux ententes convenues entre le MSSS et chacune des fédérations médicales. Pour ce faire, elle a mis en place différents contrôles. D'abord, elle exerce des contrôles a priori, principalement de nature informatique, afin de vérifier l'information inscrite sur les demandes de paiement en fonction des modalités de rémunération prévues dans les ententes. Ces contrôles permettent d'examiner des éléments précis, tels que l'admissibilité de la personne assurée et du médecin ayant effectué la demande de paiement ou encore le service qui a été rendu en fonction notamment de l'historique médical du patient, de la pratique du médecin et de l'endroit où l'acte a été accompli. Des contrôles de surveillance sont également effectués afin de s'assurer que les **règles d'exclusion ou de limitation** prévues dans les ententes sont respectées. Toutefois, les contrôles a priori ne sont pas suffisants à eux seuls pour assurer la conformité des paiements aux ententes de rémunération.

Les règles d'exclusion ou de limitation, telles que le nombre de jours de formation auquel le médecin a droit au cours d'une année, sont précisées dans les ententes de rémunération.

18 C'est pourquoi la RAMQ exerce des **contrôles a posteriori**, notamment parce que l'examen de dossiers cliniques est requis pour apprécier l'adéquation entre l'acte facturé et les services rendus. Les contrôles a posteriori sont également nécessaires pour les raisons suivantes :

- Le processus de rémunération est basé sur les renseignements que le médecin inscrit sur sa demande de paiement uniquement et il ne doit pas en fournir d'autres pour appuyer celle-ci.
- Les contrôles a priori ne peuvent déceler certaines erreurs de facturation, comme les problèmes liés à une incompréhension des modalités de rémunération, les services faussement décrits et les services non rendus ou non médicalement requis.
- Il existe plusieurs zones grises quant à l'interprétation des ententes de rémunération et aux critères qui doivent être respectés pour avoir droit à la rémunération. Par exemple, le médecin peut notamment :
 - recevoir une rémunération additionnelle en utilisant un code d'acte pour le soutien psychologique offert à la personne assurée lors de sa visite médicale ;
 - obtenir une bonification du tarif d'un acte si celui-ci est effectué lors d'une situation complexe ou d'une situation d'urgence ;
 - exiger le remboursement d'un examen en fonction de tarifs différents, selon qu'il est qualifié d'ordinaire, de complet ou de complet majeur.

Les contrôles a posteriori consistent principalement à réaliser des enquêtes ou des analyses quant à la facturation des médecins afin de repérer ceux qui ont des profils de facturation atypiques et de procéder à des actions correctives ou à des récupérations financières, le cas échéant.

19 Nous nous sommes penchés principalement sur les contrôles a posteriori puisque ces derniers exigent plus de jugement et d'analyse lors de leur application. De plus, la RAMQ réalise actuellement une refonte importante du système informatique utilisé pour la rémunération à l'acte des professionnels de la santé. Cette refonte modifiera grandement les contrôles informatiques exercés a priori. De ce fait, nous n'avons pas réalisé de travaux afin de vérifier l'efficacité et l'efficience des contrôles a priori.

20 La RAMQ n'applique pas tous les contrôles a posteriori nécessaires, ce qui ne lui permet pas d'avoir l'assurance raisonnable que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes convenues entre le MSSS et les fédérations médicales.

21 Les lacunes que nous avons décelées portent sur trois éléments. D'abord, il y a un manque d'encadrement à l'égard des interventions effectuées par les unités administratives de la RAMQ exerçant des contrôles a posteriori. Ensuite, des problèmes ont été observés quant à l'efficacité de l'un de ces contrôles, soit l'analyse de la facturation des médecins. Enfin, la portée de l'ensemble des contrôles a posteriori réalisés par la RAMQ se révèle discutable.

Encadrement des interventions

22 Les contrôles a posteriori exercés par la RAMQ relativement à la rémunération des médecins sont principalement sous la responsabilité de deux unités administratives.

- Le Service de l'analyse de la facturation et des risques (SAFR) cherche, à l'aide de différents critères, à repérer les médecins dont la facturation pourrait ne pas être conforme aux ententes de rémunération. Les critères utilisés permettent principalement de repérer les médecins dont le profil de facturation s'écarte de la moyenne observée chez leurs confrères. Ce service peut demander des renseignements supplémentaires aux médecins rémunérés par la RAMQ. À ce moment, des médecins-conseils peuvent être mis à contribution pour analyser des dossiers cliniques ou fournir une expertise médicale quant à la pratique de certains médecins.
- La Direction des enquêtes, pour sa part, intervient principalement lorsqu'une fraude est soupçonnée, par exemple lorsque des services semblent faussement décrits par le médecin ou que la RAMQ suspecte la non-prestation des services facturés. Pour ce dernier élément, la Régie a le devoir, selon la *Loi sur l'assurance maladie*, de vérifier périodiquement, par échantillonnage auprès des personnes assurées, si les services dont elle a assumé le coût ont été effectivement rendus. Cette direction peut également examiner des dossiers cliniques et, pour ce faire, elle a recours aux services des médecins-conseils.

23 Lorsque les mécanismes de contrôle a posteriori aboutissent à la transmission d'une lettre de réclamation, la Direction des services juridiques peut être saisie du dossier afin de représenter la RAMQ ou de fournir des avis juridiques. Au bout du compte, c'est la Vice-présidence à la rémunération des professionnels, laquelle est responsable du programme de rémunération des médecins dont relève le SAFR, qui prend les décisions finales relativement aux mesures correctives à mettre en œuvre ou aux sommes à récupérer.

24 En 2012, ces trois unités administratives ont entrepris une démarche d'optimisation et de coordination de leurs activités selon la méthode de la gestion allégée ou « **lean management** ». Cette démarche a notamment permis la création d'un comité directeur des contrôles.

25 Malgré la démarche d'optimisation et de coordination entreprise, les différentes unités administratives participant au processus de contrôle a posteriori ne sont pas encadrées de manière à s'assurer qu'elles interviennent de façon structurée et complémentaire afin de maximiser l'efficacité de leurs interventions.

Le « lean management » est une démarche qui cherche à mettre à contribution l'ensemble des acteurs afin d'éliminer les activités qui n'ont pas de valeur ajoutée et qui réduisent l'efficacité et la performance d'une organisation ou d'un processus.

26 La RAMQ ne dispose pas d'un **plan organisationnel de gestion intégrée** des contrôles a posteriori portant sur la rémunération des médecins. Ce plan permettrait entre autres de déterminer clairement les risques liés à la rémunération, les contrôles nécessaires à cet égard et les responsabilités des intervenants exerçant ces contrôles. Un tel plan est essentiel pour assurer la performance et la cohérence des interventions de la RAMQ.

Un plan organisationnel de gestion intégrée permet d'établir une stratégie globale permettant d'avoir une plus grande assurance que tous les contrôles nécessaires sont exercés de manière optimale par la bonne unité administrative.

27 Par ailleurs, bien que plusieurs unités administratives participent au processus de contrôle a posteriori, aucun coordonnateur n'est nommé pour assurer une gestion globale et optimale de celui-ci et chapeauter le comité directeur des contrôles.

28 Les sous-sections qui suivent présentent certains éléments qui devraient notamment faire l'objet d'un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles a posteriori.

Priorisation des dossiers

29 Plusieurs sources d'information permettent de déceler une rémunération qui pourrait ne pas être conforme aux ententes, notamment l'information provenant d'une enquête ou de l'analyse de la facturation. Ces différentes sources génèrent une multitude de cas pour lesquels il existe un potentiel de non-conformité.

30 L'un des procédés utilisés pour vérifier la conformité de la facturation d'un médecin est l'analyse de dossiers cliniques. Pour ce faire, la RAMQ a généralement recours aux services de l'un des quatre médecins-conseils affectés à cette tâche. Le faible nombre de médecins-conseils disponibles limite cependant le volume de dossiers cliniques pouvant être analysés. Par conséquent, il importe de déterminer une stratégie permettant de bien sélectionner les dossiers présentant le plus grand potentiel de risques.

31 La RAMQ n'a pas déterminé les critères qui permettent de prioriser les dossiers les plus à risque devant faire l'objet de contrôles additionnels.

32 La pratique observée est de prioriser les dossiers d'enquête au détriment des dossiers dépistés à la suite de l'analyse de la facturation, et ce, sans qu'une analyse d'opportunité ou de risques appuie cette décision. Par conséquent, la RAMQ n'a pas l'assurance que les dossiers les plus problématiques, soit ceux qui impliquent notamment d'importantes sommes d'argent, sont retenus en priorité et qu'ils font l'objet de démarches additionnelles, telles que l'examen de dossiers cliniques.

33 Ainsi, des profils de facturation jugés potentiellement à risque à la suite de l'analyse de la facturation ne font l'objet d'aucune démarche. Voici des profils dépistés qui, même s'ils peuvent être conformes aux ententes, soulèvent des questionnements qui mériteraient d'être examinés plus à fond :

- médecins ayant plus de 4 000 patients inscrits, alors que la moyenne d'inscription par médecin est d'environ 1 200 patients ;
- médecins dont la rémunération augmente significativement (de 50 à 100 % en une année).
- médecins rencontrant jusqu'à 90 patients par jour.

Information communiquée au médecin-conseil

34 Étant donné que les contrôles a posteriori reposent en grande partie sur l'examen de dossiers cliniques et que plusieurs modalités de rémunération laissent place à l'interprétation, il importe de bien encadrer l'intervention du médecin-conseil.

35 La nature de l'intervention du médecin-conseil n'a pas fait l'objet d'une stratégie concertée renfermant des balises, de manière à maximiser l'utilité de celui-ci dans le processus de contrôle a posteriori.

36 Dans certains cas, lorsqu'une expertise médicale est requise, toute l'information colligée relative à la facturation analysée est fournie au médecin-conseil. Dans d'autres cas, une expertise est demandée uniquement sur les dossiers cliniques devant être examinés.

37 Au bout du compte, malgré la nature de son intervention, le médecin-conseil est de nouveau impliqué lors de la décision finale quant aux sommes à réclamer au médecin. Il est alors saisi de l'ensemble des renseignements relatifs à la facturation, tels que les commentaires et l'information supplémentaire fournis par le médecin. Dans plusieurs cas, ces renseignements l'amènent à revoir à la baisse les sommes considérées comme non conformes aux ententes. Notons que les efforts nécessaires à la révision du dossier, effectuée après la réception de ces nouveaux renseignements, ont un impact direct sur les délais de traitement et, par le fait même, sur les sommes qui doivent être réduites en raison du délai de prescription (voir la sous-section Période sur laquelle porte l'échantillon).

Méthodes d'échantillonnage des dossiers cliniques

38 Lorsque la RAMQ examine la facturation d'un médecin, elle peut analyser un échantillon de ses dossiers cliniques. Sur la base des résultats établis à partir de ces dossiers, les demandes de paiement non conformes sont extrapolées à l'ensemble de la facturation du médecin, ce qui permet de fixer le montant de la réclamation.

39 Le nombre de dossiers faisant partie de l'échantillon a donc un impact sur la marge d'erreur associée aux sommes ainsi extrapolées. Plus la marge d'erreur est importante, moins on peut avoir confiance que les résultats de l'échantillonnage sont proches de la réalité.

40 La RAMQ a recours à différentes méthodes d'échantillonnage des dossiers cliniques. Toutefois, le choix de l'une ou l'autre de ces méthodes n'est pas justifié en fonction des risques et de la charge de travail exigée pour l'examen de ces dossiers.

41 Dans certains cas, la RAMQ utilise un échantillon de 35 dossiers cliniques pour appuyer ses observations, alors que, dans d'autres cas, elle a recours à un échantillon de 90 à 100 dossiers cliniques. Elle ne fournit pas nécessairement de justification en fonction des risques, notamment ceux liés à la judiciarisation.

42 L'utilisation de différentes méthodes d'échantillonnage se répercute également sur la charge de travail des médecins-conseils, qui doivent consacrer davantage de temps à l'analyse de dossiers cliniques lorsque l'échantillon est plus important. Ces méthodes ont également un impact sur les sommes récupérées, étant donné que les marges d'erreur associées aux sommes qui ont fait l'objet d'une extrapolation ne sont pas les mêmes. Les sommes liées à ces marges d'erreur peuvent faire l'objet de négociation entre la RAMQ et le médecin et influencer à la baisse le montant de la réclamation.

Période sur laquelle porte l'échantillon

43 La *Loi sur l'assurance maladie* prévoit un délai de prescription de 36 mois. La RAMQ ne peut réclamer des sommes payées à un médecin au-delà de ce délai. Le délai de prescription débute dès que la RAMQ a effectué un versement d'argent. Ainsi, le délai relatif à la détection d'une facturation potentiellement non conforme et celui associé au traitement des dossiers ont un impact sur les sommes que la RAMQ peut réclamer : plus les délais s'allongent, moins celle-ci peut récupérer les sommes déjà payées.

44 Le médecin peut **renoncer au bénéfice du temps écoulé** afin de suspendre le délai de prescription. Cette renonciation n'est toutefois pas systématique. À titre comparatif, en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, le délai de prescription est automatiquement interrompu lorsque la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) met un bénéficiaire en demeure. Ainsi, le délai nécessaire au traitement et au règlement du dossier n'a pas d'impact sur les sommes en cause.

La renonciation au bénéfice du temps écoulé a pour effet que, durant la période désignée, aucun paiement versé au médecin visé ne pourra faire l'objet d'une prescription.

45 La période sur laquelle porte l'échantillon ne tient pas suffisamment compte de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription.

46 Parfois, la RAMQ établit son échantillon, à partir duquel seront extrapolées les sommes à réclamer, en tenant compte des paiements effectués au médecin au cours des 36 derniers mois. Étant donné que le traitement des dossiers faisant partie de l'échantillon prend un certain temps et que la RAMQ est soumise au délai de prescription de 36 mois, celle-ci ne pourra récupérer certaines sommes relatives aux paiements effectués au cours des mois les plus anciens. Le fait de ne pas tenir compte du délai de traitement pour déterminer la période à l'intérieur de laquelle l'échantillon sera sélectionné fait que certains des paiements analysés risquent fort d'être retirés du calcul du montant à récupérer en raison du délai de prescription. Les efforts investis pour analyser ces paiements sont alors faits en vain.

47 Lorsque des paiements versés au médecin doivent être retirés de l'échantillon de la RAMQ parce qu'ils deviennent antérieurs au délai de prescription, la robustesse de l'échantillon est affaiblie, ce qui a un impact additionnel sur les sommes pouvant être réclamées. Il s'avère donc important de déterminer la façon optimale de tenir compte du délai de prescription pour maximiser l'efficacité des efforts investis.

Impact du manque d'encadrement

Ces 35 dossiers ont été sélectionnés à partir d'un ensemble de 321 dossiers fermés au cours des années 2011-2012 à 2013-2014. Dans plus de 40 % de ces 321 dossiers, le montant initialement recommandé avait été réduit de 15 % ou plus.

Le montant initialement recommandé a été établi à la suite de l'analyse du dossier. Par exemple, ce montant est celui que recommande la Direction des enquêtes dans son rapport.

Le médecin est considéré comme un administré au sens de la *Loi sur la justice administrative*. La RAMQ doit donc prendre les mesures appropriées afin de s'assurer que le médecin a l'occasion de fournir les renseignements qui pourraient être utiles pour compléter son dossier. Dans les 35 dossiers vérifiés, les renseignements supplémentaires que les médecins ont fournis afin de contester la réclamation reçue étaient souvent de nature verbale ou auraient pu être divulgués antérieurement, soit lors du processus de contrôle a posteriori.

48 Plusieurs des éléments mentionnés ci-dessus ont un impact direct sur la capacité de la RAMQ à récupérer les sommes qu'elle juge avoir versées de manière non conforme aux ententes. À cet égard, pour **35 dossiers** que nous avons examinés, les sommes faisant l'objet d'une réclamation ont été réduites de 21 à 100 % par rapport au **montant initialement recommandé**. Une partie de la réduction peut être attribuable aux raisons suivantes :

- la réévaluation du dossier par le médecin-conseil, notamment à la suite de la réception de **renseignements supplémentaires** (60 % des dossiers) ;
- les faiblesses relatives aux éléments probants du dossier (29 % des dossiers) ;
- le délai de prescription (28 % des dossiers, dans lesquels les sommes ont été réduites de manière importante pour cette raison).

49 À titre d'illustration, voici un dossier dans lequel la réclamation initiale s'élevait à 337 000 dollars et qui a été réglée, au bout du compte, pour 100 000 dollars. Certains facteurs ont contribué à faire diminuer le montant récupérable. Par exemple, les lacunes relatives aux éléments probants du dossier, les renseignements supplémentaires transmis par le médecin visé de même que le délai de prescription ont eu un impact sur plusieurs des services analysés. Cela a eu pour conséquence de diminuer le montant de la réclamation, qui s'est établi à 122 000 dollars. Enfin, la RAMQ a accepté une offre de règlement de 100 000 dollars.

50 Un autre exemple concerne un dossier dans lequel la réclamation initiale de 106 000 dollars a été réglée pour 29 500 dollars. L'écart de 76 500 dollars s'explique entre autres par le délai de prescription, qui a réduit de 20 700 dollars le montant initialement réclamé, ce qui a porté celui-ci à 85 300 dollars.

Par la suite, le médecin visé a transmis des renseignements supplémentaires à la RAMQ. Le montant de la réclamation a ainsi été revu à la baisse et s'est établi à 33 700 dollars. Enfin, pour en arriver à un règlement, la RAMQ a diminué le montant de sa réclamation et l'a fixé à 29 500 dollars.

Processus d'analyse de la facturation

51 L'analyse de la facturation est l'un des principaux contrôles a posteriori exercés par la RAMQ. Ce contrôle vise, à l'aide de différents critères, à repérer les médecins dont la facturation risque de ne pas être conforme aux ententes de rémunération. D'année en année, la RAMQ n'a pas toujours recours aux mêmes critères pour effectuer cette analyse.

52 En 2014, elle a principalement utilisé huit critères afin d'exploiter les données relatives à la facturation des médecins. Par exemple, ces critères permettent de repérer les médecins spécialistes utilisant des codes d'acte qui ne sont pas liés à leur spécialité médicale ou les médecins qui rencontrent trois fois plus de personnes assurées dans une journée que la moyenne de leurs confrères.

53 Dans le cas où l'écart de facturation ne peut être expliqué, la RAMQ peut examiner certains des dossiers cliniques du médecin concerné ou effectuer une visite d'inspection. L'annexe 3 illustre le processus d'analyse de la facturation de la RAMQ, tandis que le tableau 2 présente le nombre de fois où la Régie a eu recours à ces activités de contrôle au cours des dernières années.

Tableau 2 Nombre d'activités de contrôle effectuées par la Régie

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Analyses de dossiers cliniques	117	141	100	80	86
Visites d'inspection ¹	28	40	40	9 ²	0
Total	145	181	140	89	86

1. La RAMQ a mis en place une unité d'inspection à vocation préventive et éducative, qui se consacre aux pratiques en matière de frais facturés aux personnes assurées. Les inspections réalisées par cette unité sont exclues.

2. La diminution du nombre de visites d'inspection est due au fait que la RAMQ a décidé de concentrer ses efforts sur l'analyse de dossiers cliniques sans se déplacer dans le milieu de pratique du médecin.

Source : RAMQ.

54 En raison de **ressources limitées** et de la diminution du nombre d'analyses de dossiers cliniques et de visites d'inspection, le processus d'analyse de la facturation doit être optimisé, et ce, afin que les meilleurs cas potentiels de non-conformité soient détectés et analysés. De plus, il importe que l'analyse de la facturation soit encadrée par un mécanisme d'assurance qualité.

55 Le processus d'analyse de la facturation mis en place par la RAMQ n'est pas pleinement efficace. Les dossiers présentant le plus grand risque de non-conformité aux ententes de rémunération ne sont pas forcément sélectionnés.

Les ressources de la RAMQ sont limitées puisque celle-ci ne dispose que de quatre médecins-conseils pour réaliser les travaux d'analyse de la facturation. Ces mêmes médecins sont également sollicités pour soutenir les enquêtes ou d'autres activités administratives.

56 Nous avons effectué des travaux de vérification portant sur le profil de facturation de 40 des 346 médecins concernés par les travaux d'analyse de la facturation de la RAMQ pour l'année 2014. Lorsque celle-ci examine la facturation d'un médecin, elle utilise de l'information pertinente pour vérifier s'il y a un risque réel que la facturation ne soit pas conforme aux ententes. Par exemple, dans certains cas, des renseignements sur la pratique médicale du médecin peuvent expliquer l'écart de facturation. Par contre, dans d'autres cas, il est impossible de conclure à une facturation conforme aux ententes sans faire l'examen de dossiers cliniques, sans vérifier auprès des personnes assurées si les services dont la RAMQ a assumé le coût ont été effectivement rendus ou sans transférer le dossier à la Direction des enquêtes. Or, aucune de ces actions n'a été faite.

57 Par ailleurs, afin de s'assurer que les services dont la RAMQ a assumé le coût ont réellement été rendus par le médecin, la Direction des enquêtes expédie plus de 30 000 lettres aux personnes assurées. Toutefois, les services vérifiés sont sélectionnés aléatoirement parmi plus de 55 millions de demandes de paiement et cela donne peu de résultats. En effet, de 2012 à 2015, 37 dossiers ouverts à la suite de cette vérification ont fait l'objet de travaux supplémentaires, dont 27 pour lesquels ces travaux sont terminés. Dans 6 de ces 27 dossiers, des sommes variant de 30 à 1 200 dollars ont été réclamées et, dans un dossier, la somme à récupérer s'est élevée à 50 000 dollars. Pourtant, l'analyse de la facturation effectuée par le SAFR, qui permet de repérer plusieurs profils de facturation à risque, aurait pu être utilisée afin de mieux cibler l'échantillon et d'y inclure les cas jugés plus à risque.

58 L'examen des 40 dossiers que nous avons vérifiés démontre aussi que plusieurs autres ajustements doivent être apportés afin d'optimiser le processus d'analyse de la facturation. Voici les principaux éléments que nous avons observés.

Absence de stratégie basée sur les risques permettant de prioriser les dossiers détectés

- Lors de l'analyse de la facturation, les médecins ayant un profil de facturation qui s'écarte de la moyenne sont traités les uns après les autres sans égard au fait qu'un même médecin peut avoir un écart de facturation relativement à plus d'un critère. Le recoupement de l'information permettrait de prendre en compte l'ensemble des risques de facturation non conforme, de favoriser une meilleure organisation du travail et d'éviter les dédoublements. À cet égard, l'un des 40 dossiers que nous avons vérifiés avait fait l'objet d'une analyse à deux reprises, par deux médecins-conseils différents.
- Seuls les premiers cas détectés (écarts importants) sont examinés, alors que les cas comportant le plus de risques d'erreur de facturation ont parfois des écarts de moindre importance. Par exemple, l'un des critères utilisés permet de repérer les médecins dont la rémunération a augmenté d'au moins 25 % par rapport à l'année précédente. En 2014, la RAMQ a repéré 354 médecins spécialistes dans cette situation et elle a effectué une analyse de la facturation des 11 médecins ayant eu les plus grosses augmentations. Il s'est avéré qu'il s'agissait de spécialités médicales pour lesquelles l'entente de rémunération prévoyait des augmentations salariales importantes, ce qui justifiait les augmentations observées. Cela n'était pas le cas de médecins figurant un peu plus bas sur la liste.
- Le nombre de profils de facturation examinés diffère d'un critère à l'autre sans égard à l'efficacité du critère. Par exemple, pour un critère, 2 % des profils de facturation détectés ont fait l'objet d'une analyse, alors que, pour un autre, 100 % des profils ont été analysés sans qu'il y ait une réelle justification relative à cette différence de traitement.

Manque d'adaptabilité des critères

- Les mêmes critères d'analyse de la facturation sont utilisés pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes, alors que les profils de facturation ne sont pas similaires. Par exemple, l'un des critères permet de repérer le médecin qui utilise un code d'acte deux fois plus souvent que celui se classant au deuxième rang. Bien que ce critère soit efficace pour analyser la facturation des médecins spécialistes, il n'a pas la même efficacité en ce qui concerne la facturation des médecins omnipraticiens. En effet, leur facturation est plus homogène en raison des services rendus, qui sont principalement liés à des examens auprès des patients.

Lacunes liées au mécanisme d'assurance qualité

- Il n'y a pas de critères formels ou de directives permettant d'encadrer la prise de décision basée sur le jugement professionnel et d'assurer une certaine uniformité de traitement. Par exemple, un mécanisme d'assurance qualité pourrait prévoir une rotation des dossiers soumis à chacun des médecins-conseils.
- Le processus d'analyse de la facturation comporte quatre étapes au cours desquelles un dossier détecté peut être rejeté sans récupération financière (voir l'annexe 3). Les dossiers rejetés à l'une de ces étapes le sont sans qu'un mécanisme d'assurance qualité puisse vérifier la justification de la décision prise.

Portée des contrôles a posteriori

La rémunération mixte comprend une compensation pour le temps travaillé (salaire ou honoraires), à laquelle s'ajoute un supplément d'honoraires ou une portion du tarif de l'acte qui est effectué.

59 Plusieurs modes de rémunération des médecins peuvent être utilisés, notamment la rémunération à l'acte, la **rémunération mixte** ou la rémunération selon le temps travaillé (salaire ou honoraires). De plus, différents forfaits ou suppléments peuvent être versés par l'intermédiaire de mesures incitatives. La RAMQ a la responsabilité d'effectuer des contrôles sur toutes ces formes de rémunération, et ce, en fonction des risques inhérents à chacune. Rappelons que nous n'avons pas réalisé de travaux afin de vérifier l'efficacité et l'efficience des contrôles a priori, qui peuvent aussi porter sur ces modes de rémunération, mais qui sont insuffisants à eux seuls pour contrôler la rémunération versée aux médecins.

60 La portée des contrôles a posteriori est trop restreinte, ce qui ne permet pas à la RAMQ d'avoir l'assurance nécessaire que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes, et ce, pour tous les modes de rémunération.

61 Premièrement, certains modes de rémunération et certaines mesures incitatives sont peu ou pas contrôlés a posteriori. Voici quelques exemples.

	Description de la situation	Enjeux administratifs
Rémunération mixte et rémunération selon le temps travaillé (salaire ou honoraires)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ces modes de rémunération sont tributaires du temps travaillé. Les médecins rémunérés par l'intermédiaire de ces modes travaillent généralement dans des établissements de santé. Cependant, c'est la RAMQ qui gère le budget et qui a la responsabilité de la rémunération de ces médecins. ■ La facturation en fonction de ces modes représente près de 30 % de la rémunération totale versée aux médecins. ■ Le nombre de médecins rémunérés selon ces modes est en croissance dans plusieurs provinces canadiennes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour l'ensemble des sommes versées aux médecins en fonction du temps travaillé, la RAMQ s'assure uniquement que le relevé indiquant le temps travaillé est signé par un représentant de l'établissement où le médecin a fourni le service. ■ La RAMQ ne vérifie pas si l'établissement a mis en place les contrôles nécessaires pour s'assurer de la conformité des relevés. ■ Cette façon de procéder accroît significativement le risque de fraude relativement aux heures de travail déclarées, d'autant plus que le budget relatif à cette dépense de rémunération ne relève pas de l'établissement où le service a été fourni.

	Description de la situation	Enjeux administratifs
Mesures incitatives	<ul style="list-style-type: none">■ Les mesures incitatives bonifient la rémunération du médecin puisque des sommes supplémentaires lui sont accordées, notamment pour la prise en charge et le suivi de patients.■ Plusieurs de ces mesures ne sont pas incluses dans le processus de rémunération à l'acte. Pour obtenir les forfaits ou les suppléments, le médecin transmet de l'information supplémentaire, soit à l'aide de la demande de paiement ou au moyen d'autres formulaires.	<ul style="list-style-type: none">■ Les contrôles a posteriori que la RAMQ effectue se rattachent principalement à la rémunération à l'acte. Peu de contrôles sont réalisés à l'égard des mesures incitatives.■ Il existe des risques importants que les sommes accordées par l'intermédiaire de mesures incitatives ne soient pas conformes, notamment celles relatives à l'inscription et à la prise en charge de patients ainsi qu'à l'efficacité des omnipraticiens. Plus de 270 millions de dollars ont été versés au cours de l'année 2014 relativement à ces dernières mesures. De plus, certains médecins se démarquent largement de leurs confrères en ce qui a trait à ces mesures, notamment des médecins ayant plus de 4 000 patients inscrits pour lesquels ils reçoivent des forfaits annuels variant de 66 000 à 137 000 dollars ou encore des médecins pouvant obtenir jusqu'à 58 000 dollars pour leur pratique polyvalente.■ Lorsque la RAMQ récupère des sommes auprès de médecins, l'incidence de ces récupérations sur certaines mesures incitatives n'est pas considérée. Par exemple, la Régie ne récupère pas, s'il y a lieu, les sommes liées au supplément pour le nombre de jours travaillés, dont la base de calcul repose sur la rémunération totale versée au médecin (voir la sous-section Supplément pour le nombre de jours travaillés du chapitre 2 du présent tome).

La mesure incitative pour pratique polyvalente est une rémunération supplémentaire versée au médecin qui exerce en cabinet et en établissement.

62 Deuxièmement, lorsque la RAMQ effectue des travaux d'analyse de la facturation, ceux-ci portent sur peu de services facturés à la Régie. En 2014, parmi 17 542 médecins, 346 (2 %) ont fait l'objet d'une analyse de leur facturation, et ce, généralement pour un seul code d'acte. La portée de cette analyse s'avère donc faible si l'on considère que, au départ, 1 464 médecins avaient été repérés par l'un des outils de croisement de données. À cet égard, sur la base des données de facturation de 2012, la RAMQ a réalisé des travaux d'audit interne sur 16 cas détectés lors de l'analyse de la facturation et non traités. À la suite de ces travaux d'audit, elle a conclu à un problème potentiel de non-conformité du paiement pour 5 des 16 cas.

63 Troisièmement, les outils utilisés pour l'analyse de la facturation se concentrent sur les médecins dont le profil de facturation s'écarte de la moyenne observée chez leurs confrères. Par contre, une facturation non conforme ne s'écarte pas toujours de la facturation des autres médecins, notamment lorsque l'utilisation d'un code d'acte de façon inappropriée est largement répandue dans la pratique. Il est donc nécessaire que d'autres critères soient pris en compte.

64 À ce sujet, comme il a été mentionné précédemment, la RAMQ a mené à bien deux projets horizontaux de vérification en 2008 et en 2011 afin de dresser un portrait global des erreurs de facturation, d'en dégager les tendances et de mettre en place des mesures préventives, éducatives ou correctives, le cas échéant. Les travaux menés par la RAMQ ont démontré un taux d'erreurs potentielles de facturation élevé chez les médecins dont le profil de facturation ne s'écarte pas de la moyenne observée chez leurs confrères. Après avoir réalisé ces projets, la Régie a informé les fédérations médicales et les médecins concernés des erreurs qu'elle avait détectées. Toutefois, elle n'a pas apporté les modifications nécessaires à ses activités de contrôle a posteriori, ce qui ne lui permet pas de vérifier adéquatement les profils de facturation qui ne s'écartent pas de la moyenne.

Recommandations

65 Les recommandations suivantes s'adressent à la Régie.

- 2 Mettre en œuvre un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles afin de mieux encadrer les contrôles a posteriori, notamment :
 - prioriser les médecins devant faire l'objet d'un examen de leur facturation ;
 - convenir de la nature de l'intervention du médecin-conseil de façon à maximiser son utilité ;
 - adapter la méthode d'échantillonnage des dossiers en fonction des risques, de la charge de travail qui en découle ainsi que de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription.
- 3 Revoir le processus d'analyse de la facturation afin qu'il joue pleinement son rôle.
- 4 Revoir la portée des contrôles a posteriori pour tous les modes de rémunération afin de s'assurer que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes.

2.3 Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et étalonnage

66 Les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance d'une société doivent permettre d'apprécier tous les volets de sa mission. De plus, un mécanisme de suivi relatif à ces mesures doit permettre d'informer, en temps opportun, le conseil d'administration sur les résultats atteints. La RAMQ effectue principalement le suivi de sa performance en mettant en relation les résultats qu'elle a obtenus avec ses objectifs stratégiques et les engagements formulés dans sa **déclaration de services aux citoyens**. En vertu de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, la RAMQ doit également, tous les trois ans, mener à bien une démarche d'étalonnage avec des organisations similaires et présenter les résultats dans son rapport annuel.

La *Déclaration de services aux citoyens* de la RAMQ contient ses engagements en matière de services ainsi qu'envers les personnes assurées, les professionnels de la santé et les dispensateurs de services.

67 Les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portent pas suffisamment sur la rémunération des médecins. De plus, l'étalonnage qu'elle a réalisé nécessite des améliorations afin que cet exercice puisse atteindre le niveau d'utilité recherché.

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance

68 La rémunération des médecins représente 62% des dépenses de programmes de la RAMQ et le contrôle exercé à l'égard de cette rémunération est une activité fondamentale de la Régie. Or, les résultats des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance communiqués au conseil d'administration ne portent pas sur ce type de contrôle. Les seuls indicateurs qui concernent la rémunération des médecins sont relatifs au suivi de l'implantation du nouveau système informatique pour la rémunération à l'acte des professionnels de la santé ainsi qu'à certains engagements contenus dans la *Déclaration de services aux citoyens*. Ceux-ci ont notamment trait au délai de réponse aux appels téléphoniques des médecins pour des demandes d'information et d'assistance.

69 La RAMQ devrait explorer la possibilité que le conseil d'administration fasse le suivi d'indicateurs portant entre autres sur le volume des activités de contrôle (par exemple, le nombre d'activités en la matière et leur importance financière) ou sur la conformité des paiements qui ont été effectués.

Étalonnage

70 En 2012, la RAMQ a réalisé un exercice d'étalonnage afin de comparer ses frais d'administration avec ceux d'entreprises privées canadiennes en assurance collective. Celui-ci s'est avéré d'une utilité limitée, compte tenu des multiples nuances à prendre en considération entre le modèle d'affaires de la RAMQ et celui des entreprises choisies pour la comparaison. L'exercice a également nécessité l'utilisation de plusieurs hypothèses et estimations, ce qui rend les résultats plus ardues à interpréter dans une optique d'amélioration de la performance de la RAMQ.

71 La Régie réalise également des activités d'étalonnage en établissant des comparaisons avec certaines organisations membres du **Centre d'expertise des grands organismes**. Elle compare ainsi chaque année la qualité de ses services téléphoniques, notamment la proportion des appels pris en charge en moins de trois minutes et le taux d'appels abandonnés. Cet exercice lui permet de présenter au conseil d'administration de l'information servant à situer sa performance à cet égard par rapport à celle des autres organisations. Bien que l'exercice ait une portée limitée puisqu'il ne traite pas des activités principales de la RAMQ, dont celles associées à la rémunération des médecins,

Le Centre d'expertise des grands organismes regroupe sept organisations du gouvernement du Québec. Il facilite le partage d'expérience et de savoir-faire entre les organismes membres, tels que la RAMQ, la Société de l'assurance automobile du Québec et Revenu Québec.

il permet de fournir certaines données intéressantes au conseil d'administration. En 2015, la RAMQ a entrepris un autre exercice d'étalonnage en fonction d'indicateurs liés aux programmes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. Celui-ci devrait se terminer au cours de l'exercice 2015-2016.

Recommandation

72 La recommandation suivante s'adresse à la Régie.

- 5 Améliorer ses mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et poursuivre sa démarche d'étalonnage avec des organisations similaires, notamment pour mieux englober le volet de sa mission portant sur la rémunération des médecins.**

Commentaires de l'entité vérifiée

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec

« **Commentaires généraux.** La Régie de l'assurance maladie du Québec accueille favorablement toutes les recommandations formulées par le Vérificateur général. D'ailleurs, ces recommandations vont dans le même sens que celles émises par la Direction de l'audit interne de la Régie en mai 2015 à la suite de deux mandats d'audit prévus dans son plan triennal, l'un portant sur le processus d'analyse de la facturation des professionnels de la santé et dispensateurs de services assurés et l'autre portant sur l'analyse de conformité des paiements aux professionnels de la santé. Au terme de ces deux mandats, la Vice-présidence à la rémunération des professionnels avait soumis aux membres du conseil d'administration un plan d'action comportant les correctifs nécessaires et s'échelonnant jusqu'à l'automne 2016. Nous tenons à préciser que, dans son rapport de suivi au 30 septembre 2015, la Direction de l'audit interne confirmait aux membres du conseil d'administration la prise en charge de l'ensemble de ses recommandations.

« **Contrôles avant paiement.** Comme le précise le Vérificateur général dans son rapport, les nombreux contrôles appliqués par la Régie avant le paiement aux professionnels n'ont pas fait l'objet de sa vérification. Pour bien comprendre le rôle de la Régie en matière de contrôle de la rémunération, il importe d'en comprendre toutes les facettes. En effet, la Régie vérifie, avant le paiement et de façon informatique, la présence et la validité de l'information inscrite sur 100 % des demandes de paiement. Ces contrôles sont traduits dans nos systèmes en fonction des modalités prévues aux ententes par les parties négociantes. Ainsi, les 55 millions de demandes de paiement soumises annuellement par les professionnels à la Régie font l'objet de contrôles systémiques dans lesquels on retrouve plus de 2 000 normes de validation et de paramètres de contrôle nous permettant de valider la conformité des ententes de rémunération.

« Les contrôles appliqués par notre organisation sont nombreux et diversifiés, allant de la vérification de la conformité aux éléments de base (ex. : médecins, établissements, lieux géographiques), aux droits et privilèges octroyés aux médecins jusqu'à la vérification des dispositions prévues aux ententes (ex. : contrôle du nombre d'actes ou d'actes prérequis à la facturation).

« La Régie a entrepris, il y a plus de trois ans, le projet de refonte des systèmes de rémunération à l'acte (projet SYRA) afin de remplacer le système de rémunération à l'acte actuel des médecins, des optométristes et des dentistes. Ce nouveau système sera mis en place graduellement à compter du 1^{er} avril 2016 et simplifiera grandement le processus de facturation pour les professionnels de la santé, tout en permettant à la Régie d'améliorer ses façons de faire quant à la gestion des différentes dispositions des ententes.

« Dans ce contexte, le nouveau système sera mieux adapté à la complexité des ententes que le système actuel et permettra à la Régie de recueillir davantage d'informations nécessaires pour accroître le nombre et la diversité de ses contrôles en matière de rémunération.

« Par ailleurs, certains contrôles complémentaires après paiement sont appliqués pour les modes de rémunération à salaire, à honoraires et selon le mode mixte. De façon générale, ces contrôles permettent de vérifier si les règles d'exclusion ou de limitation prévues aux ententes sont respectées entre les différents modes de rémunération.

« **Gestion des risques.** La Régie a déjà amorcé les travaux nécessaires en lien avec cette recommandation. En effet, une analyse élargie des risques sera réalisée afin de revoir les contrôles et ainsi de s'assurer que les erreurs de facturation et les fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins sont détectées.

« **Encadrement des interventions.** Les travaux ont été amorcés et se poursuivront au fil des prochains mois concernant la coordination des mesures de contrôle à la Régie. Ces travaux visent à doter l'organisation d'une vision organisationnelle commune permettant l'intégration des différents contrôles et, ainsi, à assurer la cohérence de la gestion des risques effectuée par notre organisation. Cette vision organisationnelle met en lumière la contribution essentielle de chacune des parties prenantes pour assurer une coordination optimale. Le but visé est d'assurer l'arrimage entre les différentes unités qui participent à ces activités afin de prioriser les dossiers et de faire en sorte que les acteurs interviennent au bon moment dans un souci d'efficacité et d'efficacités.

« De plus, des mesures ont déjà été mises en place afin d'uniformiser les pratiques utilisées à la Régie pour la méthode d'échantillonnage selon les recommandations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Elles permettront également d'uniformiser le délai de prescription et le calcul des réclamations potentielles. Tous ces travaux assureront la Régie que l'échantillonnage retenu est cohérent avec le niveau de risque observé.

« **Processus d'analyse de la facturation.** La Régie procède présentement à un exercice afin d'optimiser le processus de contrôle de la facturation et de déterminer les priorités d'intervention en fonction de la capacité organisationnelle.

« Des réflexions ont été initiées pour mettre en place un cadre de gestion des contrôles, qui verra notamment à encadrer l'analyse de la facturation par un mécanisme formel d'assurance qualité. La sélection des dossiers à prioriser sera basée sur une analyse plus rigoureuse des risques. De plus, les contrôles seront revus dans le cadre de nos activités de dépistage 2016 afin de considérer davantage les particularités de chaque entente.

« **Portée des contrôles a posteriori (après le paiement).** La majorité des contrôles "après paiement" actuellement en place concerne la rémunération à l'acte. La pertinence d'améliorer les contrôles "après paiement" des autres modes de rémunération (mixte, à salaire ou à honoraires, ainsi que certaines mesures incitatives) sera évaluée lors de l'élaboration du cadre de gestion des contrôles. Par ailleurs, en ce qui a trait à certains forfaits versés aux médecins, un projet est déjà en cours pour vérifier la conformité des formulaires d'inscription lors de la prise en charge d'un patient par un médecin de famille.

« Bien que le Vérificateur général considère que le nombre de dossiers faisant l'objet d'une vérification formelle peut sembler faible, une évaluation d'un nombre beaucoup plus important de situations est réalisée afin d'identifier les dossiers ayant des erreurs de facturation potentielles parmi tous ceux en écart. Nous n'avons pas été en mesure de bien le démontrer; toutefois, les nouvelles façons de faire permettront dorénavant de mieux documenter cette démarche.

« De plus, la Régie a mis sur pied à l'automne 2015 un nouveau type de contrôle visant l'analyse de la facturation de professionnels n'ayant pas d'écart de facturation détecté par nos mécanismes de contrôle et outils de dépistage en place. Cette nouvelle approche permettra d'augmenter la couverture des activités de contrôle de la Régie auprès des professionnels.

« En ce qui concerne les projets horizontaux de 2008 et de 2011 portant sur la conformité de la facturation, ils ont permis de mettre en lumière certains problèmes administratifs d'application des ententes. À la suite des constats de la Régie, les parties négociantes ont entrepris des modifications aux libellés des actes concernés, dont certaines ont été appliquées et d'autres sont à venir. En fonction de cette mise à jour, la Régie évalue que le risque de non-conformité s'est considérablement amoindri.

« **Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance.** La Régie analysera les moyens à mettre en place pour améliorer sa démarche d'étalonnage. »

Annexes et sigles

- Annexe 1** Objectif de vérification et portée des travaux
- Annexe 2** Modes de rémunération et dépenses associées
- Annexe 3** Processus d'analyse de la facturation

Sigles

CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	SAFR	Service de l'analyse de la facturation et des risques

Annexe 1 Objectif de vérification et portée des travaux

Objectif de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement de la *Loi sur l'assurance maladie*, de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. Ils se fondent également sur les principes de saine gestion reconnus ainsi que sur nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes de certification présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*.

Objectif de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que la RAMQ administre de façon efficace et efficiente la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes de même que les mesures incitatives qui y sont associées.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les renseignements nécessaires à la négociation des ententes de rémunération et au suivi des coûts des mesures incitatives sont communiqués au ministère en temps opportun. ■ La RAMQ informe et conseille le ministère à l'égard des enjeux liés aux ententes de rémunération. ■ Un contrôle et une surveillance appropriés en fonction des risques assurent une rémunération conforme aux ententes et le recouvrement des sommes versées en trop, le cas échéant. ■ Des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, y compris l'étalonnage, sont établies par la RAMQ afin qu'elle rende compte de ses résultats de façon appropriée.

Portée des travaux

La présente vérification porte sur la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes. Elle traite également des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance utilisées pour effectuer le suivi de cette rémunération et pour répondre aux obligations législatives précisées à l'article 15.15 de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. Les travaux ont été réalisés auprès de la RAMQ et les recommandations formulées s'adressent à celle-ci.

Nous avons collecté l'information nécessaire à notre vérification en exploitant des données financières et opérationnelles consignées par la RAMQ. Nous avons également réalisé des entrevues avec des membres du personnel de cette entité.

Il est à noter que les constats formulés ne visent pas à remettre en cause la pertinence ou la qualité des actes professionnels accomplis ou des expertises médicales réalisées ; ces actes et ces expertises ne font d'ailleurs pas partie de la portée de la présente mission. Les travaux de vérification se sont principalement déroulés de septembre 2014 à octobre 2015 et ont porté essentiellement sur les activités menées par la RAMQ pour les exercices 2013-2014 et 2014-2015. Toutefois, certaines analyses font référence à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

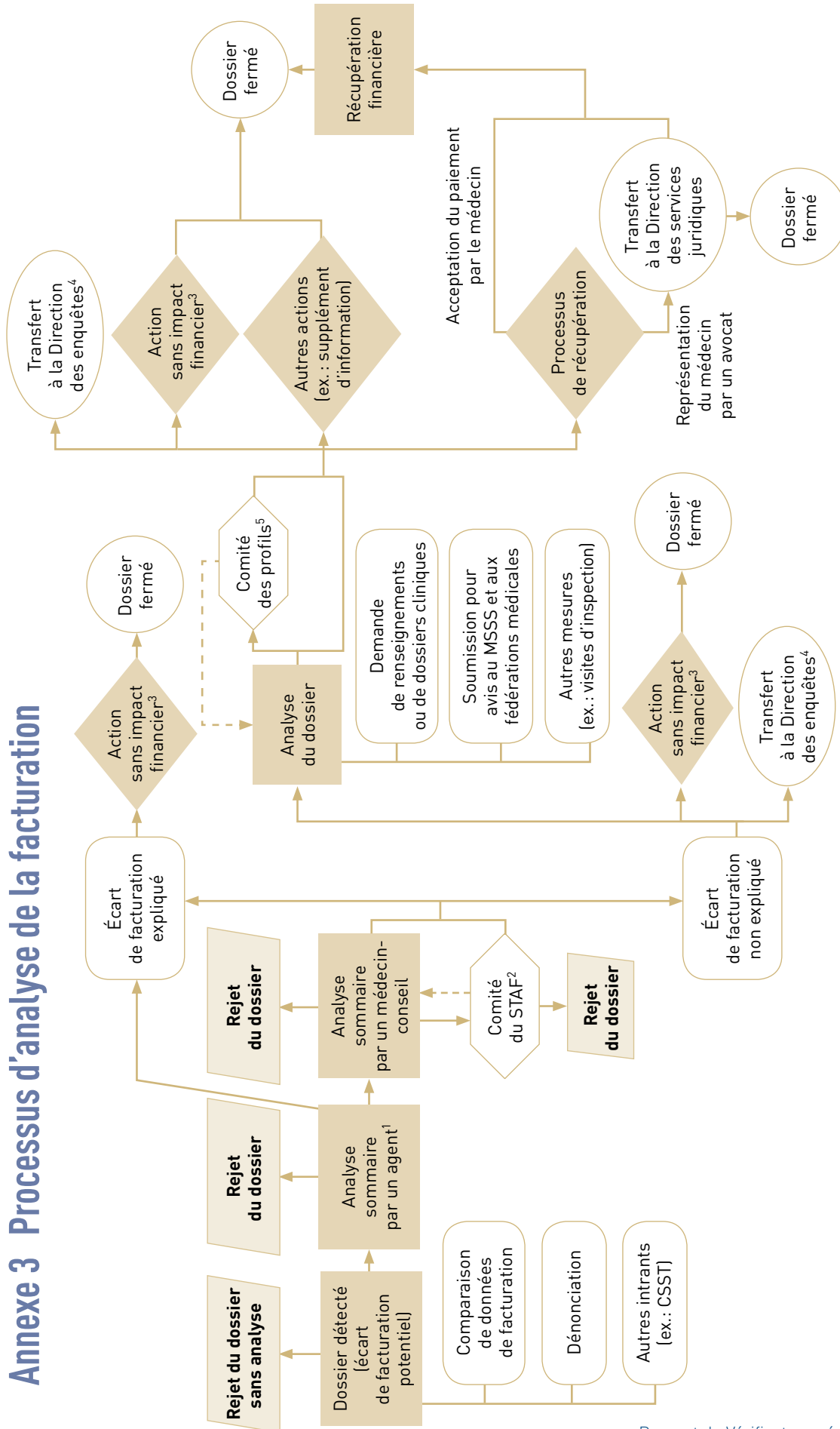
Annexe 2 Modes de rémunération et dépenses associées¹

Type	Définition	Dépenses 2013-2014 (M\$)
Rémunération à l'acte (y compris certaines mesures incitatives)	De façon générale, la rémunération à l'acte s'applique en médecine, en chirurgie et en médecine de laboratoire, à moins qu'il en soit convenu autrement dans les ententes. Un tarif est ainsi associé à chaque acte médical. Dans certaines situations précisées dans les ententes, le tarif de base de l'acte associé au service médical peut être majoré pour prendre en considération des facteurs particuliers.	3 857
Rémunération mixte	La rémunération mixte relative aux médecins spécialistes comprend le tarif pour la demi-journée ou la rémunération journalière ainsi que les suppléments d'honoraires. Cette rémunération touche les médecins qui exercent leur profession dans un département clinique, un service clinique ou un secteur d'activité d'un établissement. Pour leur part, les médecins omnipraticiens qui travaillent notamment au service des urgences d'un hôpital ou qui rendent des services en vertu d'ententes particulières reçoivent des honoraires forfaitaires auxquels s'ajoute un pourcentage du tarif de l'acte.	1 431 ²
Honoraires forfaitaires	Ces honoraires comprennent le tarif horaire, celui pour la demi-journée et la rémunération journalière. Le tarif pour la demi-journée concerne les médecins spécialistes, tandis que la rémunération à la vacation, basée sur une période de travail de trois heures, est réservée aux médecins omnipraticiens.	397
Salaire et honoraires fixes	Dans les ententes, le terme « salaire » est réservé aux médecins spécialistes et le terme « honoraires fixes », aux médecins omnipraticiens. Ces deux modes de rémunération sont basés sur une semaine de travail pendant laquelle le nombre d'heures peut varier. Des avantages sociaux sont rattachés à ces modes de rémunération. Ils s'appliquent, entre autres, aux médecins qui travaillent dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou une direction de la santé publique.	84
Rémunération à forfait et à primes (mesures incitatives)	La rémunération à forfait est basée sur une somme donnée qui est versée périodiquement ou annuellement aux médecins de famille (omnipraticiens) pour la prise en charge et le suivi médical d'un patient, vulnérable ou non. Elle varie selon l'âge de celui-ci, son état de santé et son lieu de suivi. Les primes font majorer le tarif horaire ou les honoraires fixes. Parmi celles-ci, on trouve les primes de responsabilité, celles liées à la santé au travail et celles relatives à l'horaire de soutien aux services de première ligne.	269
Mesures particulières (mesures incitatives)	Certaines mesures visent à encourager les médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus et à y rester. Elles comprennent, entre autres, les primes d'éloignement, de ressourcement et de rétention ainsi que le programme de formation continue. Elles incluent également les allocations ou les indemnités versées aux médecins dans des situations particulières. Les congés de maternité ainsi que les programmes d'allocation de fin de carrière, de départ assisté ou de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle sont des exemples de mesures particulières.	75
Autres programmes et avantages prévus	Cette catégorie comprend la rémunération des médecins travaillant à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Est également incluse la part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle des médecins payée par le gouvernement.	168
Total		6 281³

1. La rémunération des résidents en médecine est exclue.
2. Sont inclus uniquement les dépenses liées aux tarifs pour la demi-journée ou la journée complète ainsi que les honoraires forfaitaires. Les suppléments d'honoraires relatifs à un pourcentage du tarif de l'acte sont inclus dans le mode de rémunération à l'acte.
3. Est notamment incluse la rémunération versée aux médecins travaillant pour la CSST qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales.

Source : RAMQ.

Annexe 3 Processus d'analyse de la facturation



1. Cette analyse est effectuée uniquement pour les dossiers qui proviennent de la comparaison de données de facturation. Cependant, cette comparaison constitue la principale source d'intrants du processus d'analyse de la facturation.
2. Le comité de soutien technique en analyse de la facturation (comité du STAF) est composé des analystes, des techniciens et des médecins du SAFR ainsi que du chef d'équipe. Il se prononce, de façon consensuelle, sur le traitement des dossiers.
3. Les actions sans impact financier peuvent être l'envoi d'une lettre d'information ou d'une lettre d'autocorrection. Les autres actions possibles sont notamment de traiter le dossier ultérieurement ou de fermer le dossier « sans action ».
4. La RAMQ dispose d'une direction spécialisée pour mener des enquêtes, notamment lorsque les services facturés ne correspondent pas à ceux consignés dans le dossier médical du patient, n'ont pas été fournis par le médecin ou encore ne sont pas assurés. La Direction des enquêtes fait l'objet d'un processus distinct de celui de l'analyse de la facturation.
5. Le comité des profils est notamment composé des analystes, des médecins-conseils, du chef d'équipe et du chef de service du SAFR. Les discussions sont principalement d'ordre médical. Le comité recommande, de façon consensuelle, les actions à accomplir.



Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016

Vérification de l'optimisation des ressources
Automne 2015

Équipements médicaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Centre universitaire de santé McGill
CHU de Québec – Université Laval
Institut de Cardiologie de Montréal

CHAPITRE

4

Faits saillants

Objectifs des travaux

Au 31 mars 2015, les équipements médicaux en service, qu'ils soient de nature stratégique ou qu'ils coûtent 100 000 dollars et plus, avaient une valeur de remplacement de 2,3 milliards de dollars. Ils sont utilisés principalement dans les secteurs suivants : imagerie médicale (46 %), radiothérapie (8 %) et biologie médicale (9 %). Notre vérification avait les objectifs suivants :

- Évaluer dans quelle mesure le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les agences vérifiées s'assurent que les établissements effectuent une gestion efficiente et économique des équipements médicaux et les utilisent de manière optimale et sécuritaire.
- S'assurer que les établissements vérifiés effectuent une gestion efficiente et économique des équipements médicaux conformément à la réglementation, et les utilisent de manière optimale et sécuritaire.

Le rapport entier est disponible au www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant les équipements médicaux.

Les établissements vérifiés ont un processus structuré de détermination et de priorisation des besoins en matière d'équipements médicaux.

Le ministère répartit entre les établissements les ressources financières destinées au maintien des équipements médicaux selon la valeur de remplacement de ceux qu'ils détiennent, mais il ne prend pas en compte leurs besoins. Dans les établissements vérifiés, les équipements médicaux ont un taux de vétusté élevé.

Les établissements vérifiés produisent un plan triennal d'acquisition afin de prévoir le remplacement des équipements médicaux. Toutefois, leur plan n'inclut pas les équipements qu'ils désirent acquérir en vue d'offrir de nouveaux services.

Dans les établissements vérifiés, les délais d'attente liés aux examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dépassent largement la cible ministérielle de 90 jours pour la clientèle élective. L'information à jour à cet égard n'est pas accessible à la population. Par ailleurs, la cible est la même, peu importe le type d'examen et le niveau de priorité de la demande.

Les établissements vérifiés n'utilisent pas de manière optimale les tomodensitomètres et les appareils IRM. Le ministère, quant à lui, fait peu d'analyses quant à leur fréquence d'utilisation.

Le MSSS et les établissements vérifiés ont accompli peu d'actions au regard de la pertinence des examens d'imagerie médicale. Ces actions pourraient limiter la prescription d'exams inutiles et encourager la prescription des bons exams.

Deux des trois établissements vérifiés n'ont pas centralisé la gestion des demandes d'examen d'imagerie médicale de la clientèle élective.

Les établissements vérifiés n'appliquent pas intégralement le Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada plus de cinq ans après son adoption. En outre, ils n'ont pas, de même que le MSSS, mis en place un mécanisme permettant de suivre le cumul des doses de rayonnement absorbées par patient.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du MSSS et de trois établissements. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires des entités vérifiées.

Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère

- 1** Bonifier la méthode de répartition des ressources financières allouées aux établissements pour le maintien des équipements médicaux afin de considérer d'autres paramètres que la valeur de remplacement, tels que la fréquence d'utilisation des équipements et la vétusté de ceux-ci.
- 3** S'assurer d'obtenir de l'information sur le coût d'entretien des équipements médicaux dans les établissements afin d'en dresser un portrait global aux fins de suivi.
- 5** Standardiser l'information exigée quant aux délais d'attente et revoir les cibles pour chacun des types d'examen d'imagerie médicale en s'appuyant sur une démarche structurée.
- 6** Déterminer l'information que les établissements doivent rendre publique relativement aux délais pour les examens d'imagerie médicale.
- 7** Établir des lignes directrices au regard de la pertinence des examens d'imagerie médicale.
- 8** Effectuer des analyses comparatives quant à l'utilisation des équipements d'imagerie médicale et à la productivité du personnel qui y est affecté afin d'apporter des correctifs, s'il y a lieu.
- 9** Déterminer, pour les établissements, des orientations quant aux critères de priorisation des demandes d'examen d'imagerie médicale de la clientèle élective.
- 10** S'assurer de l'application, par les établissements, du Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada.
- 11** Instaurer un mécanisme permettant de suivre le cumul des doses de rayonnement ionisant absorbées par patient lors d'examens réalisés dans le réseau de la santé.

Recommandations aux établissements vérifiés

- 2** Effectuer des analyses documentées sur les écarts importants observés entre le coût estimé et le coût final des équipements médicaux afin d'améliorer le processus d'acquisition.
- 4** Justifier les dérogations, obtenir les autorisations requises et effectuer la reddition de comptes prescrite par la réglementation lors de l'attribution des contrats d'approvisionnement et de services relatifs à des équipements médicaux.
- 12** Diffuser, par installation, l'information relative aux délais pour les examens d'imagerie médicale déterminée par le ministère.
- 13** Prendre des mesures pour assurer la pertinence des demandes d'examen d'imagerie médicale.
- 14** Optimiser l'utilisation des équipements d'imagerie médicale, notamment afin de réduire les délais d'attente.
- 15** Optimiser la gestion des demandes d'examen d'imagerie médicale pour la clientèle élective, notamment par l'établissement de critères de priorisation.
- 16** Appliquer intégralement le Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada.
- 17** Suivre le cumul des doses de rayonnement ionisant absorbées par patient lors d'examens d'imagerie médicale.

Table des matières

1 Mise en contexte	6
2 Résultats de la vérification	9
2.1 Planification de l'achat des équipements médicaux	9
Évaluation des besoins	
Répartition des ressources financières	
Production d'un plan triennal d'acquisition	
Recommandations	
2.2 Acquisition et entretien des équipements médicaux	16
Contrats d'approvisionnement et de services	
Entretien et réparation des équipements médicaux	
Recommandations	
2.3 Utilisation des équipements d'imagerie médicale	20
Accès aux services	
Sécurité	
Recommandations	
Commentaires des entités vérifiées	31
Annexes et sigles	37

La structure du réseau de la santé et des services sociaux qui est présentée dans ce rapport était celle en place avant le 1^{er} avril 2015.

Équipe

Carole Bédard
Directrice de vérification

Nadia Croteau
Olivier Aimé Étienne
Rachel Mathieu
Fabienne Richer
Jacques Robert
Katherine Roy

Le MSSS définit les équipements stratégiques selon huit critères, notamment les équipements faisant partie d'un parc et dont le coût pour l'ensemble est élevé (par exemple, les pompes) ou les équipements pour une clientèle en croissance (par exemple, les appareils d'hémodialyse). Ces équipements peuvent être, ou non, de 100 000 dollars et plus.

L'imagerie médicale comprend notamment les services de radiographie, d'échographie, d'IRM, de tomodensitométrie (TDM) et de médecine nucléaire. Elle fournit aux médecins des données leur permettant de poser un diagnostic ou de réaliser des interventions auprès des patients.

Les projets de développement peuvent être financés par le ministère au cas par cas, notamment lors de l'ajout d'un secteur d'activité autorisé par celui-ci. Cela inclut ou non les frais d'installation d'un équipement médical, par exemple dans le cadre d'un projet de construction comme celui du Centre universitaire de santé McGill.

1 Mise en contexte

1 Les établissements de santé et de services sociaux du Québec possèdent une grande variété d'équipements médicaux servant au dépistage et à la prévention d'une maladie, au diagnostic, au monitoring et au traitement des patients. Ces équipements peuvent être tant des petits appareils valant quelques dizaines de dollars, tels que ceux servant à mesurer la tension artérielle, que des dispositifs complexes de plusieurs millions de dollars, comme les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

2 En 2014-2015, les établissements de la province ont acquis des équipements médicaux de toute sorte au coût de 206 millions de dollars, ce qui exclut ceux financés par d'autres sources que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), telles les fondations. Au 31 mars de ce même exercice, le coût de l'ensemble des immobilisations liées aux équipements médicaux détenus par les établissements du réseau s'est élevé, selon leurs états financiers, à 4,7 milliards. Ces deux coûts ont augmenté de 38 % depuis 2009-2010.

3 Au 31 mars 2015, les équipements médicaux en service, qu'ils soient de nature **stratégique** ou qu'ils coûtent 100 000 dollars et plus, avaient une valeur de remplacement de 2,3 milliards (annexe 2). Ils sont utilisés principalement dans les secteurs suivants : **imagerie médicale** (46 %), radiothérapie (8 %) et biologie médicale (9 %).

4 Outre le coût d'acquisition des équipements médicaux, il faut considérer leur coût d'entretien. À titre d'exemple, un tomodensitomètre ayant coûté 759 000 dollars occasionne des dépenses d'entretien annuelles d'environ 116 000 dollars, soit 15 % du coût d'acquisition, après la période de garantie.

5 Les équipements médicaux sont des outils importants dans la prestation des soins de santé, notamment en imagerie médicale. D'ailleurs, le nombre d'examen dans ce secteur ne cesse d'augmenter au Québec. En 2013, près de 6 millions d'examen de cette nature ont été effectués, soit une augmentation de 19 % par rapport à 2005.

Financement

6 Les équipements médicaux sont financés principalement par le MSSS, grâce à des sommes qu'il reçoit du Secrétariat du Conseil du trésor. Pour la période de 2013-2014 à 2017-2018, les enveloppes annuelles destinées au maintien des équipements médicaux détenus par les établissements sont de l'ordre de 191,5 millions de dollars. Aucune enveloppe affectée au **développement** de leur parc d'équipements médicaux n'a été distribuée pour les exercices 2013-2014 et 2014-2015, que ce soit pour l'augmentation ou l'amélioration de l'offre de service des établissements.

7 Une fondation d'un établissement peut soutenir financièrement celui-ci dans l'acquisition, l'installation, l'amélioration ou le remplacement d'un équipement médical. Cependant, avant d'accepter une telle aide, l'établissement doit obtenir l'autorisation de l'agence de la santé et des services sociaux et démontrer qu'il peut assumer le coût de fonctionnement de l'équipement. Pour l'ajout de nouveaux services, l'autorisation du ministère est requise.

Rôles et responsabilités

8 La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les cadres de gestion établis par le MSSS précisent le processus à suivre ainsi que le partage des rôles et des responsabilités entre les acteurs. En voici les principaux.

Ministre et ministère	<ul style="list-style-type: none">▪ Répartir équitablement les ressources entre les régions▪ Élaborer des cadres de gestion à l'égard de ces ressources▪ Contrôler l'utilisation des ressources▪ Prendre des mesures afin d'offrir aux patients une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux
Agence	<ul style="list-style-type: none">▪ Gérer de façon économique et efficiente les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition▪ Fournir une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux
Établissement	<ul style="list-style-type: none">▪ Assurer des services de santé et des services sociaux de qualité, continus, accessibles et sécuritaires▪ Gérer avec efficacité et efficience ses ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières

9 L'annexe 3 détaille les rôles et les responsabilités du ministère, des agences et des établissements.

10 Depuis 2008, les acquisitions effectuées par les entités du réseau de la santé et des services sociaux sont régies par la *Loi sur les contrats des organismes publics* et les règlements connexes. Par ailleurs, le ministère a désigné les équipements médicaux que les établissements du réseau doivent acheter par l'entremise des **groupes d'approvisionnement en commun**. Le GACEQ a été consulté lors de nos travaux.

11 La présente vérification a porté sur les équipements médicaux de 100 000 dollars et plus et sur les équipements stratégiques pour les exercices 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015. À l'égard de l'utilisation optimale et sécuritaire des équipements, la portée de cette vérification s'est limitée au secteur de l'imagerie médicale.

Depuis juin 2014, il existe trois groupes d'approvisionnement en commun dans le réseau de la santé et des services sociaux :

- Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est du Québec (GACEQ) ;
- Groupe d'approvisionnement en commun de l'Ouest du Québec ;
- SigmaSanté.

12 Nous avons réalisé nos travaux auprès du MSSS et de deux agences de la santé et des services sociaux, soit celle de la Capitale-Nationale et celle de Montréal. Dans les régions couvertes par ces agences, nous avons sélectionné trois établissements :

- le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ;
- le CHU de Québec – Université Laval¹ ;
- l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM).

13 Dans les établissements vérifiés, la valeur de remplacement des équipements médicaux en service, qu'ils soient de nature stratégique ou qu'ils coûtent 100 000 dollars et plus, totalisait 477,9 millions de dollars au 31 mars 2015 (229,8 millions pour le CHU de Québec, 199,5 millions pour le CUSM et 48,6 millions pour l'ICM).

14 Il est à noter que, le 1^{er} avril 2015, la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* a modifié les responsabilités des entités vérifiées.

15 Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

1. Aux fins du présent rapport, nous utiliserons dans le texte ci-dessous CHU de Québec.

2 Résultats de la vérification

- 16 Les travaux se sont articulés autour de trois axes, soit :
- la planification de l'achat des équipements médicaux ;
 - l'acquisition et l'entretien de ceux-ci ;
 - l'utilisation des équipements d'imagerie médicale.

2.1 Planification de l'achat des équipements médicaux

Évaluation des besoins

- 17 Les besoins en matière d'équipements médicaux doivent être déterminés en fonction des services de santé et des services sociaux offerts par les établissements. Ils peuvent se manifester de deux façons.
- Les besoins sont déterminés à la suite d'une évaluation du parc d'équipements médicaux. Il s'agit alors de remplacer l'équipement médical par un équipement semblable ou par un autre ayant une meilleure performance.
 - Quelquefois, les besoins sont liés au développement du parc. Ils sont alors comblés par l'ajout d'un équipement médical afin d'offrir un nouveau service ou d'améliorer un service existant.
- 18 Compte tenu des ressources financières limitées, une priorisation des besoins qui tient compte de critères cliniques et techniques devrait être effectuée. La vétusté des équipements et leur coût d'entretien sont des exemples de critères.
-
- 19 Les établissements vérifiés ont mis en place un processus structuré de détermination et de priorisation des besoins en matière d'équipements médicaux. Toutefois, deux des trois établissements ne font pas d'analyses documentées sur les écarts entre le coût estimé et le coût final des équipements. Pourtant, des écarts importants ont été observés.
-
- 20 Tous les établissements vérifiés ont instauré un processus de détermination des besoins. Les services de génie biomédical de ces établissements ont d'ailleurs adopté de bonnes pratiques à cet égard.
- Ils réalisent une vérification périodique des équipements médicaux afin de recenser ceux qui sont à remplacer.
 - Ils mettent à contribution les utilisateurs (médecins, etc.) pour finaliser le recensement des besoins des différents secteurs d'activité.

21 Tous les établissements vérifiés effectuent également une priorisation des besoins. Par exemple, le CHU de Québec utilise une grille d'évaluation qui pondère les critères cliniques et techniques, ce qui permet une évaluation et une sélection plus transparentes des équipements à remplacer.

22 Lors de la détermination des besoins en équipements médicaux, l'établissement doit estimer le coût de chaque acquisition. Cette estimation doit s'appuyer sur une analyse puisqu'une partie du budget sera réservée à l'achat de l'équipement. Une surestimation du coût d'une acquisition pourrait obliger l'établissement à reporter le remplacement déjà prévu d'autres équipements, tandis qu'une sous-estimation pourrait le forcer à retarder cet achat par manque de ressources financières ou à remettre à plus tard d'autres achats qui étaient prévus.

23 Lors de notre vérification, nous avons examiné 60 dossiers d'acquisition. Bien que les établissements vérifiés aient généralement appuyé leurs estimations sur une analyse, il y avait un écart de 10 % et plus entre le coût estimé et le coût final de l'équipement acheté dans 28 (49 %) des 57 dossiers pour lesquels l'information était disponible. Sauf le CHU de Québec, les établissements vérifiés n'ont pas procédé à des analyses documentées sur les écarts. L'absence de documentation ne permet pas de porter un jugement sur ceux-ci et d'apporter des correctifs au processus d'acquisition, s'il y a lieu. Le tableau 1 expose les résultats de notre analyse par établissement vérifié.

Tableau 1 Écart entre le coût estimé et le coût final des équipements de l'échantillon analysé

	CHU de Québec		CUSM		ICM	
	Nombre de dossiers	M\$	Nombre de dossiers	M\$	Nombre de dossiers	M\$
Surestimation du coût de 10 % et plus	11	9,6	8	6,7	3	1,7
Sous-estimation du coût de 10 % et plus	-	-	6	3,2	-	-
Total sur le nombre de dossiers vérifiés	11 sur 26	9,6	14 sur 22	9,9	3 sur 9	1,7

24 Pour quatre équipements que le CUSM a achetés, l'écart entre le coût estimé et le coût final était de plus de 50 %. Par exemple, pour son nouveau centre universitaire (emplacement Glen), l'établissement a acquis un appareil mobile de radiographie au coût de près de 239 126 dollars, alors que l'estimation était de 100 000 dollars. Le CUSM explique cet écart de 139 % par l'utilisation d'une nouvelle technologie à la suite d'un appel d'offres provincial regroupé.

Répartition des ressources financières

25 En 2014-2015, 85 % de la somme de 191,5 millions de dollars destinée au **maintien des équipements médicaux**, ce qui exclut les équipements de recherche, a été versée directement aux établissements. La répartition s'effectue au prorata de l'estimation de la valeur de remplacement de l'ensemble des équipements détenus par chacun.

Le maintien des équipements médicaux consiste à remplacer l'équipement par un nouveau et à le retirer du parc d'équipements ou encore à le moderniser.

26 La méthode utilisée par le ministère pour répartir les ressources financières destinées au maintien des équipements médicaux ne prend pas en compte les besoins des établissements. Cette prise en compte est d'autant plus importante que, dans les établissements vérifiés, les équipements médicaux ont un taux de vétusté élevé, notamment en radiothérapie.

27 Selon cette méthode, un établissement possédant plusieurs équipements médicaux ayant une valeur de remplacement importante recevra plus d'argent annuellement qu'un établissement détenant des équipements médicaux d'une moins grande valeur. Le tableau 2 montre cette répartition pour les trois établissements vérifiés.

Tableau 2 Enveloppes budgétaires pour le maintien des équipements médicaux en 2014-2015

	Valeur de remplacement estimée		Enveloppes budgétaires allouées (M\$)		
	M\$ ¹	% ²	De base	Compensatoires ³	Totales
CHU de Québec	289,9	7,9	13,1	2,5	15,6
CUSM	260,9	7,1	11,6	1,6	13,2
ICM	60,9	1,7	2,7	-	2,7

1. Il s'agit d'une estimation de la valeur de remplacement de tous les équipements de l'établissement, basée sur l'information disponible.
2. Il s'agit de l'estimation de la valeur de remplacement de tous les équipements de l'établissement par rapport à celle pour l'ensemble des établissements de la province.
3. À la suite de la révision par le ministère de la méthode de calcul servant à estimer la valeur de remplacement, des enveloppes compensatoires sont versées aux établissements pour une période transitoire de trois ans. Les sommes présentées incluent les montants non distribués en 2013-2014 et ceux de 2014-2015.

Source : MSSS.

28 La méthode actuelle de répartition des ressources, qui repose sur la valeur de remplacement des équipements, constitue une amélioration par rapport à l'ancienne méthode utilisée par le ministère, laquelle était basée sur l'historique des sommes attribuées.

29 Cependant, bien que la valeur de remplacement déterminée par le ministère prenne en compte la technologie employée et le secteur clinique où est utilisé l'équipement, elle s'éloigne souvent du coût final de celui-ci. En effet, dans 38 (79 %) des 48 dossiers pour lesquels l'information était disponible, des écarts de plus de 10 % entre ces deux valeurs ont été observés, soit de moins de 77 % à près de 236 %. À titre d'exemple, en 2012-2013, le CUSM a acquis un système de monitoring physiologique à un coût total de 1 407 280 dollars, alors que la valeur de remplacement établie par le MSSS était de 1 056 000 dollars, soit un écart de 33 %.

30 D'autres variables devraient également être prises en compte pour la répartition des sommes disponibles, telles que la fréquence d'utilisation des équipements ou encore leur taux de vétusté.

31 En effet, il existe notamment une relation entre la quantité de services fournis au moyen d'un équipement médical et sa vétusté, ce qui a un effet sur les besoins des établissements. Les équipements médicaux qui sont davantage utilisés par les établissements atteignent plus rapidement la fin de leur durée de vie utile. Pourtant, selon la méthode de répartition actuelle, si un établissement fait une utilisation accrue de ses équipements en offrant plus de services aux patients, il ne recevra pas de ressources supplémentaires pour les remplacer.

32 Les sommes reçues des fondations pour l'acquisition de nouveaux équipements sont une autre variable à prendre en considération. Comme ceux-ci sont inscrits, au même titre que les autres équipements, dans l'inventaire provincial servant à établir la proportion de la valeur de remplacement des équipements, l'établissement voit donc sa part de financement augmenter. En effet, lorsque ces équipements auront atteint la fin de leur durée de vie utile, leur maintien sera financé généralement par le ministère et non par la fondation.

33 Voici les lacunes que nous avons repérées dans les établissements vérifiés en ce qui a trait à l'inventaire provincial des équipements :

- Pour 18 % des dossiers analysés, les dates de réception ou de mise en service des équipements indiquées dans l'inventaire provincial sont erronées. Des écarts de 2 à 209 mois ont été observés, ce qui peut avoir notamment un effet sur le taux de vétusté des équipements.
- Les données de chaque établissement qui figurent dans l'inventaire provincial devraient être certifiées par un responsable local, ce qui est insuffisant pour en garantir la fiabilité.

34 Nous avons effectué une analyse quant à la vétusté des équipements médicaux des établissements vérifiés et de la province au 31 mars 2015, selon deux méthodes. D'abord, nous avons établi le taux d'équipements vétustes, c'est-à-dire le nombre d'équipements dont la durée de vie établie par le ministère était dépassée sur le nombre total d'équipements détenus par l'établissement (tableau 3). Ensuite, nous avons utilisé une méthode similaire, mais à partir de la valeur de remplacement de ces appareils (voir le tableau 4).

Tableau 3 Taux d'équipements médicaux vétustes au 31 mars 2015 (en pourcentage)¹

	CHU de Québec	CUSM	ICM	Province
Radiothérapie	64	80	–	60
Soins ²	46	41	100	21
Imagerie médicale	12	16	43	19
TDM	25	–	–	20
IRM	43	22	–	23
Échographie	28	22	20	25
Autres	5	13	57	16
Ensemble des équipements	39	38	44	23

1. Comme les parcs peuvent compter plusieurs équipements, l'âge moyen de ceux-ci a été pris en compte dans nos analyses.

2. Cette catégorie inclut uniquement les parcs d'incubateurs et de pompes à perfusion.

Source : MSSS.

35 Au 31 mars 2015, le taux d'équipements médicaux détenus par les établissements vérifiés qui ont atteint la fin de leur durée de vie utile était de 38 à 44 %. En outre, dans certains secteurs d'activité, le taux de vétusté des équipements était très élevé. Par exemple, à l'ICM, 100 % des équipements du secteur des soins étaient désuets et, au CUSM, c'était le cas de 80 % de ceux utilisés en radiothérapie.

36 Toujours au 31 mars 2015, la valeur de remplacement des équipements médicaux vétustes de chacun des établissements vérifiés par rapport à celle de l'ensemble des équipements détenus par chacun était de 16 à 35 %, comme le montre le tableau 4. Ces taux sont préoccupants, particulièrement pour les appareils utilisés dans les secteurs de la **radiothérapie** et des soins.

Tableau 4 Valeur de remplacement des équipements médicaux vétustes au 31 mars 2015 (en pourcentage)¹

	CHU de Québec	CUSM	ICM	Province
Radiothérapie	30	71	–	28
Soins ²	30	34	100	17
Imagerie médicale	20	23	15	22
TDM	24	–	–	20
IRM	38	19	–	20
Échographie	16	22	15	23
Autres	16	31	16	23
Ensemble des équipements	25	35	16	24

1. Comme les parcs peuvent compter plusieurs équipements, l'âge moyen de ceux-ci a été pris en compte dans nos analyses.

2. Cette catégorie inclut uniquement les parcs d'incubateurs et de pompes à perfusion.

Source : MSSS.

La radiothérapie est l'utilisation de rayonnements ionisants à des fins thérapeutiques, notamment pour le traitement du cancer. Dans la grande majorité des cas, elle est utilisée pour traiter une tumeur, diminuer le risque de récurrence de celle-ci et pallier des symptômes (par exemple, la douleur).

En 2012, le MSSS a établi un cadre de référence concernant l'allocation des ressources matérielles en radiothérapie afin d'assurer un accès équitable et efficient à des services de qualité.

37 Bien que tous les équipements vétustes ne doivent pas toujours être remplacés sur le champ, leur désuétude peut engendrer différents problèmes pouvant nuire à leur utilisation optimale (par exemple, un coût d'entretien plus élevé) et, ultimement, avoir des effets sur les services aux patients.

38 Par ailleurs, une fois que la planification a été approuvée par le conseil d'administration et que les ressources financières ont été accordées par le ministère, il y a parfois un long délai entre la demande d'achat et la mise en service d'un équipement médical. Parmi les 60 dossiers d'acquisition que nous avons analysés, 12 ont été traités dans un délai de plus de 2 ans, dont 7 pour lesquels le délai était de plus de 4 ans entre la date de la demande d'achat et celle de la mise en service de l'appareil (tableau 5).

Tableau 5 Délai de traitement des dossiers analysés

	CHU de Québec	CUSM	ICM	Total
De 0 à moins de 12 mois	20	6	7	33
De 12 à moins de 24 mois	5	5	1	11
De 24 à moins de 48 mois	–	5	–	5
48 mois et plus	2 ¹	4	1	7
Total	27	20	9	56²

1. Ces deux dossiers ont été traités par l'ancien Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), alors que le processus de planification des achats était différent.

2. Parmi les 60 dossiers analysés, 3 équipements n'avaient pas été livrés au moment de notre vérification. De plus, pour un dossier du CUSM, l'information n'a pas été fournie.

39 Une partie des délais peuvent notamment s'expliquer par le lancement d'appels d'offres nationaux, l'essai des équipements ou la coordination des différentes composantes d'un dossier d'acquisition (immobilisations, etc.). À titre d'exemple, au CUSM, le délai de traitement d'un dossier lié à l'acquisition d'appareils de radiographie a été de 64,5 mois. Le CUSM explique ce délai par la durée du processus d'appel d'offres (deux ans) et par la planification de la mise en service des appareils dans ses différentes installations.

40 À partir d'avril 2013 et pour une période de cinq ans, le MSSS a réduit de 25 % les enveloppes budgétaires annuelles des établissements pour les équipements médicaux en raison de la diminution du budget alloué par le Secrétariat du Conseil du trésor. Comme le ministère n'a réalisé aucune analyse quant aux effets de ces compressions sur les établissements, il ne connaît pas ces effets et ne peut donc minimiser les risques à cet égard. Selon les établissements vérifiés, ces compressions auront un impact négatif sur le taux de vétusté des parcs d'équipements médicaux.

Production d'un plan triennal d'acquisition

41 Une fois que les besoins sont déterminés et priorisés et que les enveloppes pour le maintien des équipements médicaux sont établies, le ministère exige que les établissements produisent un plan triennal d'acquisition et le mettent à jour annuellement.

42 Un tel plan permet à l'établissement de dresser, en fonction des ressources disponibles, la liste des acquisitions à effectuer annuellement selon l'ordre de priorité établi.

43 Les établissements vérifiés produisent un plan triennal d'acquisition, qu'ils mettent à jour annuellement, afin de prévoir le remplacement des équipements médicaux. Toutefois, leur plan n'inclut pas les équipements qu'ils désirent acquérir en vue d'offrir de nouveaux services.

44 Les trois établissements vérifiés ont adopté un plan triennal d'acquisition pour les équipements médicaux qu'ils souhaitent remplacer. Les plans tiennent compte des besoins qu'ils ont déterminés et priorisés.

45 Toutefois, ces plans n'incluent pas les équipements que les établissements vérifiés projettent d'acquérir dans le but d'offrir de nouveaux services. Puisque le ministère n'attribue aucune somme pour les projets de développement de leur parc d'équipements médicaux, il n'exige pas de les inclure dans un plan triennal. Les établissements ne sont donc pas tenus de le faire. Ces équipements sont souvent financés par les fondations.

46 Pourtant, toutes les acquisitions, y compris celles financées par les fondations, devraient faire partie d'un tel plan afin qu'elles soient en adéquation avec les priorités de l'établissement et que d'autres facteurs ne puissent influencer les décisions liées aux acquisitions. Il est à noter que les équipements financés par les fondations ont un impact sur le budget de fonctionnement des établissements, car ces derniers doivent en assurer le fonctionnement et l'entretien par la suite (voir la section Entretien et réparation des équipements médicaux).

47 À cet égard, l'ICM a mis en place un processus structuré. En effet, dans son plan directeur 2014-2019, il a prévu les sommes nécessaires ainsi que les sources de financement possibles pour l'acquisition des équipements essentiels aux projets de développement.

Recommandations

48 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 1 Bonifier la méthode de répartition des ressources financières allouées aux établissements pour le maintien des équipements médicaux afin de considérer d'autres paramètres que la valeur de remplacement, tels que la fréquence d'utilisation des équipements et la vétusté de ceux-ci.

49 La recommandation suivante s'adresse aux établissements vérifiés.

- 2 Effectuer des analyses documentées sur les écarts importants observés entre le coût estimé et le coût final des équipements médicaux afin d'améliorer le processus d'acquisition.

2.2 Acquisition et entretien des équipements médicaux

Contrats d'approvisionnement et de services

50 Nous avons examiné 60 dossiers d'acquisition. Chacun d'entre eux comprend un contrat d'approvisionnement lié à un équipement dont la valeur de remplacement est estimée à plus de 100 000 dollars et 19 dossiers contiennent également un contrat de services. Le coût final de ces contrats est de 53,2 millions de dollars, dont 6,5 millions pour les contrats de services. Pour chacun des établissements vérifiés, les contrats ont été choisis sur une base aléatoire et en fonction de la présence de facteurs de risque liés au non-respect de la réglementation en matière de gestion contractuelle.

51 Sauf **exception**, la réglementation qui était en vigueur jusqu'au 1^{er} août 2015 exigeait que, pour les contrats de 25 000 à **99 999 dollars**, le groupe d'approvisionnement en commun ou l'établissement lance un appel d'offres sur invitation ou un appel d'offres public. Quant aux acquisitions de 100 000 dollars et plus, elles doivent faire l'objet d'un appel d'offres public.

52 En outre, dans certaines situations, les établissements doivent demander des autorisations avant de procéder aux acquisitions. En voici quelques exemples :

- La conclusion répétitive de contrats de services de plus de trois ans doit être autorisée par la direction générale de l'établissement.
- Pour un équipement désigné par le ministère comme devant être acquis par un groupe d'approvisionnement en commun, le non-recours à celui-ci doit faire l'objet d'une autorisation écrite du sous-ministre.
- L'ajout d'un équipement médical permettant d'offrir de nouveaux services ou nécessitant des ressources supplémentaires doit être approuvé par le ministère ou le ministre, qu'il soit ou non financé par une fondation.

Certaines exceptions prévues par la loi permettent de ne pas procéder à un appel d'offres public et de conclure un contrat de gré à gré :

- situation d'urgence ;
- un seul fournisseur possible ;
- question de nature confidentielle ;
- appel d'offres qui ne servirait pas l'intérêt public ;
- toute autre situation prévue par règlement.

Depuis le 1^{er} août 2015, une nouvelle directive donne plus de latitude aux établissements du réseau pour conclure des contrats de gré à gré de 99 999 dollars et moins.

53 L'un des objectifs de la réglementation en matière de gestion contractuelle est d'améliorer la transparence du processus d'attribution des contrats. À ce titre, les établissements doivent effectuer une reddition de comptes, notamment en communiquant les résultats des appels d'offres publics à l'ensemble des soumissionnaires et en les publiant dans le système électronique d'appel d'offres du gouvernement dans un délai de 15 jours après la conclusion des contrats.

54 Les établissements vérifiés ne respectent pas systématiquement la réglementation lors de l'attribution des contrats d'approvisionnement et de services relatifs à des équipements médicaux, et ce, pour les 60 dossiers d'acquisition analysés.

55 Par exemple, plusieurs équipements ont été achetés sans que les autorisations requises aient été obtenues, et la reddition de comptes effectuée n'était pas toujours conforme à la réglementation. Le tableau 6 fait état des 4 principales situations de non-respect de la réglementation que nous avons observées lors de l'analyse des 60 dossiers d'acquisition. Il est à noter que plus d'une lacune présentée dans ce tableau peut faire référence au même dossier.

Tableau 6 Réglementation non respectée¹

Lacunes	CHU de Québec		CUSM		ICM		Total	
	Nombre de dossiers	M\$	Nombre de dossiers	M\$	Nombre de dossiers	M\$	Nombre de dossiers	M\$
Justification insuffisante quant à l'attribution de gré à gré	1 sur 5	2,9	1 sur 3	1,0	0 sur 7	-	2 sur 15	3,9
Absence des autorisations requises	4 sur 28	3,8	7 sur 22	4,0	3 sur 10	1,4	14 sur 60	9,2
MSSS	1	2,8	1	0,2	-	-	2	3,0
Agence	2	0,4	-	-	2	0,2	4	0,6
Direction	1	0,6	6	3,8	1	1,2	8	5,6
Reddition de comptes non conforme	4 sur 14	5,6	10 sur 11	6,6	2 sur 8	0,2	16 sur 33	12,4
Exclusion d'un soumissionnaire sans justification appropriée	0 sur 9	-	0 sur 9	-	1 sur 1	1,4	1 sur 19	1,4

1. Dans le tableau, nous présentons le nombre de dossiers comportant la lacune par rapport au nombre de dossiers analysés pour lesquels la réglementation devait être respectée.

56 Parmi les 60 dossiers vérifiés, 2 ne comportaient aucune documentation qui permettait de justifier adéquatement l'attribution des contrats de gré à gré plutôt qu'à la suite d'un appel d'offres public. Par exemple, en 2009-2010, le CUSM a acquis un tomodynamomètre au coût d'un million de dollars sans procéder à un appel d'offres public. Il a justifié sa décision en invoquant le fait qu'un seul fournisseur était présent sur le marché. Aucun document ne nous permet de le confirmer.

Le système électronique d'appel d'offres est une application accessible sur Internet qui rassemble les différents avis de marché public provenant de la plupart des organismes publics du Québec, dont ceux du réseau de la santé et des services sociaux. Ces organismes sont tenus d'utiliser cette application pour la publication de leurs avis, la distribution de leurs documents d'appel d'offres et la publication des renseignements figurant dans leurs contrats.

57 Pour 23 % des dossiers analysés, les établissements vérifiés ont effectué des acquisitions et signé des contrats sans avoir toutes les autorisations requises. Par exemple, en 2013-2014, le CUSM a acquis un échographe au coût de 147 350 dollars sans recourir aux services de son groupe d'approvisionnement en commun et sans demander au préalable l'autorisation du sous-ministre du MSSS, laquelle est pourtant exigée dans un cas semblable.

58 Par ailleurs, pour 16 des 33 dossiers d'acquisition répartis entre les trois établissements, la reddition de comptes n'était pas conforme.

- Dans 2 dossiers pour lesquels un contrat a été attribué de gré à gré, le CUSM n'a pas fait de reddition de comptes au Secrétariat du Conseil du trésor concernant un équipement médical acquis au coût de 175 491 dollars, alors que le CHU de Québec n'en a pas effectué au ministre après l'acquisition d'un équipement médical au coût de 1,9 million.
- Pour 8 dossiers, l'information a été diffusée en retard dans le **système électronique d'appel d'offres** (3 dossiers : retard de moins d'une semaine ; 4 dossiers : retard de 1 à 11 mois ; un dossier : retard de près de 68 mois). Pour les 6 autres, aucune information n'a été publiée par les établissements.

59 Enfin, lors d'un appel d'offres public lancé par l'ICM, un soumissionnaire n'a pas obtenu la note de passage en raison de l'insatisfaction de l'établissement quant à la qualité du service offert dans le passé. Or, une telle exclusion ne respecte pas la réglementation puisque l'ICM n'a réalisé aucune évaluation formelle de rendement à l'égard de ce fournisseur.

Entretien et réparation des équipements médicaux

60 Un entretien préventif régulier et la réparation des équipements médicaux sont nécessaires pour assurer leur bon fonctionnement et prévenir les bris. Cependant, cela représente des dépenses importantes pour les établissements. À titre d'exemple, dans les contrats de services analysés, lorsque l'entretien était confié à un fournisseur externe, les dépenses représentaient de 1 à 21 % (de 8 120 à 267 338 dollars) du coût d'acquisition des équipements pour la première année du contrat.

61 Différentes options sont possibles pour l'entretien et la réparation des équipements. Par exemple, chaque établissement peut former des techniciens pour ses propres besoins. Il peut également travailler en collaboration avec d'autres établissements afin de créer une équipe de professionnels spécialisés dans les équipements complexes. Il peut aussi confier l'entretien et la réparation à des fournisseurs externes ou regrouper les contrats sur le plan régional.

62 Chaque établissement doit procéder à des analyses afin de choisir les meilleures options lui permettant d'assurer à la fois une utilisation sécuritaire et économique de ses ressources, tout en considérant les caractéristiques propres à sa réalité.

63 Bien que les dépenses d'entretien et de réparation des équipements médicaux soient importantes, le ministère n'a pas un portrait global de celles-ci.

64 En 2014-2015, les dépenses d'entretien et de réparation des équipements médicaux représentaient plus de 103,9 millions de dollars du budget de fonctionnement des établissements de la province. Cette somme exclut toutefois les dépenses des secteurs d'activité les plus importants, tels que les laboratoires de biologie médicale, l'imagerie médicale et la radio-oncologie, puisqu'elles ne sont pas présentées de façon distincte dans les états financiers des établissements. Le ministère n'est donc pas en mesure d'obtenir une information complète par l'intermédiaire de ces états financiers. Cependant, les trois établissements vérifiés nous l'ont fournie à notre demande (tableau 7).

Tableau 7 Dépenses d'entretien et de réparation des équipements médicaux en 2014-2015

	Selon les états financiers (M\$) ¹	Dépenses réelles (M\$) ²	Dépenses selon les états financiers/valeur de remplacement estimée (%)	Dépenses réelles/valeur de remplacement estimée (%)
CHU de Québec	10,1	16,0	3,5	5,5
CUSM	7,7	11,3	2,9	4,3
ICM	2,4	4,2	3,9	6,9

1. Il s'agit des coûts directs bruts ajustés du poste budgétaire lié à ces dépenses.

2. Ces dépenses incluent celles de tous les secteurs d'activité, dont les laboratoires de biologie médicale, l'imagerie médicale et la radio-oncologie.

Sources : Établissements vérifiés ; MSSS.

65 Les dépenses d'entretien et de réparation sont un indicateur qui permettrait au MSSS de repérer d'éventuelles situations problématiques. Par exemple, un manque d'entretien dans un établissement peut engendrer des remplacements prématurés ou des bris et occasionner, par le fait même, des dépenses supplémentaires. D'ailleurs, bien que les dépenses d'entretien et de réparation aient diminué globalement de seulement 1,4 %, le ministère aurait intérêt à s'assurer que cette réduction n'est pas plus importante dans certains établissements.

66 En ce qui a trait aux pratiques des établissements, l'ICM et le CUSM nous ont mentionné qu'ils évaluent annuellement l'ensemble des contrats d'entretien des équipements médicaux afin de cerner les possibilités d'optimisation, mais seul le CUSM nous a transmis de la documentation à cet égard. Le CHU de Québec, de son côté, effectue des analyses au cas par cas en fonction de différents critères (impact en cas d'arrêt prolongé d'un équipement, expertise disponible, etc.), mais il n'a pu nous fournir de documentation en lien avec ces analyses.

Recommandations

- 67 La recommandation suivante s'adresse au ministère.
- 3 S'assurer d'obtenir de l'information sur le coût d'entretien des équipements médicaux dans les établissements afin d'en dresser un portrait global aux fins de suivi.**
- 68 La recommandation suivante s'adresse aux établissements vérifiés.
- 4 Justifier les dérogations, obtenir les autorisations requises et effectuer la reddition de comptes prescrite par la réglementation lors de l'attribution des contrats d'approvisionnement et de services relatifs à des équipements médicaux.**

2.3 Utilisation des équipements d'imagerie médicale

69 Compte tenu du coût élevé de plusieurs équipements médicaux, il est important d'en optimiser l'utilisation tout en s'assurant que celle-ci est sécuritaire pour les patients. Les résultats des travaux présentés dans cette section portent sur le secteur de l'imagerie médicale, secteur qui est devenu essentiel au diagnostic et aux traitements médicaux. Au Québec, l'imagerie médicale représente d'ailleurs le secteur d'activité dans lequel la valeur de remplacement des équipements est la plus importante, soit 1,1 milliard de dollars au 31 mars 2015.

Accès aux services

La clientèle élective fait référence à des personnes enregistrées dans un centre hospitalier qui, à la suite d'une ordonnance d'un médecin, y reçoivent des services à des fins de diagnostic médical ou de traitements sans y être hospitalisées ou sans être admises à l'urgence.

70 Les établissements reçoivent des demandes d'examen d'imagerie médicale pour deux types de clientèle : la **clientèle élective** et les patients hospitalisés ou se trouvant à l'urgence. Différents facteurs peuvent limiter l'accès de la clientèle élective aux services d'imagerie médicale, notamment le nombre de demandes d'examen en attente, le niveau de priorité de celles-ci, la disponibilité des technologues, des radiologistes et des équipements médicaux ainsi que les heures de services offertes.

Délais d'attente pour la clientèle élective

L'entente de gestion et d'imputabilité est un processus annuel ou bisannuel qui a notamment pour objectif de préciser l'imputabilité des établissements dans la garantie d'une offre de service à la population.

71 Les délais d'attente relatifs aux examens d'imagerie médicale peuvent notamment contribuer à la détérioration de l'état de santé du patient et engendrer une augmentation du coût des services de santé. Dans les **ententes de gestion et d'imputabilité** conclues avec les établissements, le ministère précise, depuis 2010-2011, que 90 % des demandes d'examen d'imagerie médicale de la clientèle élective devraient être traitées à l'intérieur de 90 jours. De plus, il a fixé à 7 jours le délai pour la transcription de 90 % des rapports d'examen.

72 Dans les établissements vérifiés, les délais d'attente liés aux examens d'IRM dépassent largement la cible ministérielle de 90 jours pour la clientèle élective. L'information à jour à cet égard n'est pas accessible à la population. Par ailleurs, la cible est la même, peu importe le type d'examen et le niveau de priorité de la demande. Le ministère n'a pas démontré la base sur laquelle reposait cette cible.

73 Le tableau 8 présente les délais d'attente relatifs aux examens d'IRM dans les établissements vérifiés.

Tableau 8 Demandes d'examen d'imagerie par résonance magnétique en attente pour la clientèle élective au 31 mars 2015

	CHU de Québec		CUSM ¹		ICM		Total	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
90 jours et moins	4 406	51	3 451	33	232	53	8 089	41
Plus de 90 jours	4 236	49	7 167	67	207	47	11 610	59
De 91 à 180 jours	1 252	15	2 110	20	93	21	3 455	18
De 181 à 270 jours	810	9	1 528	14	49	11	2 387	12
De 271 à 360 jours	426	5	717	7	34	8	1 177	6
Plus de 360 jours	1 748	20	2 812	26	31	7	4 591	23
Total	8 642	100	10 618	100	439	100	19 699	100

1. Les données n'incluent pas celles de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Source : MSSS.

74 Comme le montre ce tableau, les délais d'attente liés à 59 % des demandes d'examen d'IRM dans les établissements vérifiés dépassaient la cible ministérielle. De plus, 20 % des demandes adressées au CHU de Québec et 26 % de celles présentées au CUSM étaient en attente depuis plus de 360 jours. Devant cette situation, le CUSM n'a pas accompli d'actions particulières. Le CHU de Québec, de son côté, a notamment établi une entente pour transférer des cas à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Quant à l'ICM, il refuse dorénavant les demandes d'examen provenant des médecins externes à l'établissement (sauf pour les examens d'IRM cardiaque).

75 Outre ces résultats, d'autres lacunes relativement aux délais d'attente ont été observées.

- Les données demandées par le MSSS n'excluent pas les examens de contrôle ou de suivi devant être effectués à une date précise, même si certains établissements sont à même de le faire, comme le CHU de Québec et l'ICM. Quant au CUSM, il n'est pas en mesure d'exclure ce type d'examen, ce qui augmente artificiellement les délais d'attente.
- Pour les examens d'échographie, le CUSM et l'ICM ne respectent pas la cible du ministère puisque respectivement 42 et 15 % des demandes sont en attente depuis plus de 90 jours. La création de postes de **technologues autonomes** devrait réduire les listes d'attente pour ce type d'examen.

Une bonne pratique permettant de diminuer les délais d'attente pour une échographie est la réalisation de certains examens par les technologues détenant une attestation de pratique autonome sans l'aide d'un médecin spécialiste sur place.

- L'ICM et le CHU de Québec ne respectent pas la cible relativement aux examens de TDM puisque respectivement 34 et 15 % des demandes sont en attente après le délai prescrit.
- Quant à la cible portant sur la réalisation de 90 % des transcriptions des examens d'imagerie médicale dans un délai de sept jours ou moins, voici les résultats des établissements vérifiés selon les données disponibles :
 - L'ICM atteint la cible ministérielle pour tous ses services d'imagerie offerts.
 - Le CUSM ne respecte pas la cible du ministère pour tous les types d'examens d'imagerie médicale. Il en est de même pour le CHU de Québec, sauf pour la mammographie. La situation est plus problématique pour les transcriptions liées aux IRM : le CHU de Québec en effectue 76,2 % dans un délai de plus de sept jours, alors que le CUSM en réalise 61,6 %.

76 Les trois établissements ne diffusent pas d'information à jour quant aux délais liés aux différents examens d'imagerie médicale. Le CHU de Québec présente toutefois, dans son rapport annuel de gestion, la proportion des demandes traitées dans un délai respectant la cible. Une plus grande transparence sur le plan des délais dans chacun des établissements et dans chacune des installations permettrait aux patients de s'orienter eux-mêmes vers les installations les moins achalandées. Quant au ministère, il n'a pas statué sur l'information à diffuser.

77 Par ailleurs, la cible de 90 jours fixée par le ministère est la même, peu importe le type d'examen et le niveau de priorité de la demande. Pour certains examens, la cible est facilement atteinte, alors que ce n'est pas le cas pour d'autres, notamment en raison du nombre d'appareils disponibles et de leur fréquence d'utilisation. Notons que le ministère n'a pas été en mesure de démontrer la base sur laquelle reposait cette cible.

78 En outre, lorsqu'il fait le suivi des ententes de gestion et d'imputabilité, le MSSS utilise l'information sur les délais d'attente produite par les établissements comme indicateur de tendance. Il considère que celle-ci n'est pas fiable, notamment parce que des patients sont inscrits à plusieurs endroits pour un même examen. Or, il entreprend peu d'actions afin d'améliorer la fiabilité de cette information et de soutenir les établissements qui dépassent la cible.

Utilisation des appareils

79 Compte tenu du coût des équipements médicaux et des délais d'attente pour l'obtention d'un examen, il est important qu'ils soient utilisés de manière optimale en fonction notamment de la disponibilité des ressources financières, des technologues et des radiologistes ainsi que des heures de services offertes.

80 Les établissements vérifiés n'utilisent pas de manière optimale les tomodensitomètres et les appareils IRM. Le ministère, quant à lui, fait peu d'analyses quant à leur fréquence d'utilisation.

81 Nous avons comparé le nombre d'examens réalisés par les établissements vérifiés pour deux types d'appareils, soit les tomodensitomètres et les appareils IRM. Le tableau 9 présente ces données et les compare avec la moyenne d'autres établissements ayant un volume similaire d'examens (voir l'annexe 4 pour plus de détail).

Tableau 9 Examens de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique en 2013-2014

	TDM		IRM	
	Nombre	Nombre moyen par appareil	Nombre	Nombre moyen par appareil
CHU de Québec	87 295	12 471	37 608	6 268
CUSM	84 249	7 659	29 381	5 876
Moyenne – groupe comparable	52 637	9 958	17 733	5 397
ICM	3 706	3 706	2 236	1 118
Moyenne – groupe comparable	14 544	14 544	4 355	4 065

82 Cette comparaison nous permet d'observer les éléments suivants :

- Au CHU de Québec, le **nombre moyen d'examens** réalisés par appareil est supérieur à la moyenne du groupe de comparaison pour les deux types d'appareils analysés. L'établissement se classe au troisième rang pour le nombre moyen d'examens par tomodensitomètre et au premier rang en ce qui concerne celui par appareil IRM.
- Le CUSM se classe au dernier rang de son groupe de comparaison pour le nombre moyen d'examens par tomodensitomètre, alors qu'il est au deuxième rang relativement à celui par appareil IRM.
- L'ICM se classe au dernier rang pour les deux types d'appareils en ce qui a trait au nombre d'examens par appareil. Bien que l'ICM utilise ses tomodensitomètres durant un nombre important d'heures, le nombre d'examens et le temps consacré à chacun sont moins élevés que ceux des établissements comparables. De plus, le coût par minute d'examen est supérieur à celui des mêmes établissements.

Selon les données compilées par le Commissaire à la santé et au bien-être, le Québec se situait en 2012 à l'avant-dernier rang des provinces canadiennes en ce qui concerne le nombre moyen d'examens par appareil IRM et au quatrième rang pour celui par tomodensitomètre. Les données des trois territoires sont exclues.

83 Il est à noter que, en octobre 2015, trois nouveaux appareils du CUSM (emplacement Glen), soit deux tomodensitomètres et une salle pour l'angiographie d'un coût total de 3 212 073 de dollars, n'étaient pas en service. L'établissement considère qu'il n'a pas le budget de fonctionnement suffisant pour les faire fonctionner. Il nous a indiqué son intention de procéder au déménagement des deux tomodensitomètres vers l'Hôpital général de Montréal afin de remplacer ceux qui y sont présents. Mentionnons que le CUSM n'a pas

lancé d'appel d'offres public pour le contrat de déménagement de ces appareils (148 954 dollars), alors qu'il aurait dû le faire. Un tel déménagement n'est pas une pratique recommandée puisqu'il peut causer le bris d'un appareil.

Selon l'Association canadienne des radiologistes, la disponibilité minimale d'un appareil est de 8 heures par jour, 250 jours par année.

84 Par ailleurs, les appareils d'imagerie médicale des établissements vérifiés sont peu disponibles. Nous avons établi le taux d'heures de services pour les équipements détenus par ces établissements en 2014-2015 en nous basant sur une **disponibilité** continue de 8 736 heures de services par appareil par année. Ce nombre fait référence à une utilisation maximale possible de 24 heures, 7 jours sur 7. Il ne tient toutefois pas compte des périodes d'entretien et de réparation puisqu'elles sont variables selon l'appareil et l'établissement. Voici les situations que nous avons observées dans les établissements vérifiés :

- Au CHU de Québec, les tomodensitomètres et les appareils IRM sont utilisés respectivement pendant 54 et 66 % des heures de services potentielles. Ces taux s'expliquent par le fait qu'un tomodensitomètre et un appareil IRM sont utilisés jour et nuit à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus sur les six appareils IRM disponibles dans l'établissement.
- Au CUSM, les tomodensitomètres et les appareils IRM sont utilisés respectivement 43 et 56 % du temps. Deux tomodensitomètres sur les huit disponibles sont utilisés la fin de semaine et trois d'entre eux ne sont pas utilisés les soirs de semaine, ce qui exclut les trois tomodensitomètres mobiles.
- À l'ICM, le seul tomodensitomètre disponible est utilisé jour et nuit cinq jours par semaine, alors que les deux appareils IRM ne fonctionnent que le jour. Le fait de ne pas utiliser ceux-ci le soir et la fin de semaine explique leur faible taux d'utilisation (30 %).

85 Des plages horaires plus étendues (soir et fin de semaine) permettent pourtant de maximiser l'utilisation des équipements médicaux, de réduire les délais d'attente et de fournir un service mieux adapté aux besoins de la clientèle à un coût minimal. Cependant, les ressources tant humaines que financières doivent être disponibles.

Une UTP équivaut à une minute d'examen, lequel est réalisé par un technologue. Le nombre d'UTP (sauf celles achetées) par heure travaillée ne peut donc pas être supérieur à 60.

86 D'autre part, nous avons également comparé la productivité du personnel affecté au fonctionnement des tomodensitomètres et des appareils IRM (les technologues) par heure travaillée avec la moyenne du groupe de comparaison (tableau 10). La productivité est calculée en nombre d'unités techniques provinciales (**UTP**) par heure travaillée.

Tableau 10 Utilisation des équipements et coût des services en 2013-2014

	TDM		IRM	
	UTP/heure travaillée ¹	Coût par UTP (\$)	UTP/heure travaillée ¹	Coût par UTP (\$)
CHU de Québec	51,4	1,5	48,1	1,5
CUSM	52,2	1,6	43,9	1,9
Moyenne – groupe comparable	44,9	1,8	40,6	1,9
ICM	18,1	4,4	25,0	3,1
Moyenne – groupe comparable	52,0	1,6	47,1	1,8

1. Ce ratio représente le temps d'examen pendant chaque heure de travail des technologues, à l'exception des radiologistes.

87 Voici ce que nous avons observé en ce qui concerne la productivité du personnel affecté au fonctionnement des tomodensitomètres et des appareils IRM par heure travaillée :

- Les résultats du CHU de Québec et du CUSM sont supérieurs à la moyenne des établissements qui leur sont comparables.
- L'ICM, quant à lui, effectue beaucoup moins d'exams par heure travaillée que les établissements avec lesquels il se compare, particulièrement pour son tomodensitomètre (seulement 18 minutes par heure travaillée). Pourtant, la disponibilité de celui-ci est importante. Cela se reflète d'ailleurs dans le coût par minute d'examen (coût par UTP) de l'établissement, qui est supérieur de 183 % à la moyenne des établissements comparables. La disponibilité des radiologistes de l'ICM est limitée puisque, en 2014, seulement trois postes de radiologistes sur les six postes attribués à l'établissement étaient pourvus.

88 Le ministère n'utilise pas les données sur le taux d'utilisation des équipements dans les établissements et fait peu d'analyses à cet égard, sauf lors de l'ajout de nouveaux appareils. Pourtant, de telles analyses lui permettraient entre autres d'évaluer les possibilités d'optimisation des appareils en lien notamment avec les délais d'attente.

Pertinence des examens

89 Pour être pertinents, les examens d'imagerie médicale doivent généralement être réalisés s'ils présentent plus d'avantages que d'inconvénients pour les patients par rapport aux autres types d'exams diagnostiques.

90 Selon l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, de 10 à 20 % des examens diagnostiques réalisés au Canada sont inappropriés. Étant donné que l'utilisation accrue des équipements d'imagerie médicale augmente les doses de **rayonnement** émis, occasionne des coûts supplémentaires et diminue l'accessibilité aux examens, il importe de prendre des moyens pour améliorer la pertinence de ceux-ci. Des outils d'aide à la décision peuvent être utilisés afin de soutenir les médecins dans le choix des examens qu'ils prescrivent.

En 2011, à la suite d'une étude sur les effets des rayonnements émis lors d'exams d'imagerie médicale, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a conclu que des mesures devraient être prises pour les limiter. En voici des exemples :

- offrir de l'information aux médecins pour les aider dans leur prise de décision concernant le recours à un examen de TDM ;
- établir des standards de dosimétrie ;
- mettre en place des mesures d'assurance de la qualité dans les milieux cliniques et radiologiques.

91 Le MSSS et les établissements vérifiés ont accompli peu d'actions au regard de la pertinence des examens d'imagerie médicale. Ces actions pourraient limiter la prescription d'examens inutiles et encourager la prescription des bons examens.

92 Le ministère n'a pas établi de lignes directrices à l'égard de la pertinence des examens d'imagerie médicale dans les établissements. Pourtant, il existe de telles lignes directrices dont le ministère pourrait s'inspirer pour mieux soutenir les établissements dans leur démarche. Par exemple, l'Association canadienne des radiologistes en a élaboré pour les demandes d'examen de radiologie. Le MSSS a toutefois demandé à l'INESSS de collaborer à un chantier de travail sur la pertinence de certains actes médicaux, dont les examens d'IRM pour les adultes ayant des douleurs musculosquelettiques. La publication des travaux est prévue en novembre 2016.

93 Dans les établissements vérifiés, les pratiques liées à l'évaluation de la pertinence des demandes d'examen sont variables et encore embryonnaires. Seul l'ICM a amorcé une action de sensibilisation auprès de ses médecins (radiologistes et médecins prescripteurs) afin de les informer du coût associé aux examens d'imagerie médicale. Pour sa part, le CHU de Québec a adopté des orientations à l'égard de certains examens, dont ceux du genou.

Demandes d'examen pour la clientèle élective

94 Plusieurs pratiques permettent une meilleure gestion des demandes d'examen pour la clientèle élective, notamment la centralisation des demandes, l'élimination des doublons des listes d'attente ainsi que la standardisation des formulaires de demandes d'examen et des critères de priorisation de celles-ci.

95 Deux des trois établissements vérifiés n'ont pas centralisé la gestion des demandes d'examen d'imagerie médicale de la clientèle élective. Le ministère, pour sa part, n'a pas déterminé d'orientations afin d'aider les établissements à définir des critères de priorisation des demandes. Il y a donc un risque que les façons de faire ne soient pas uniformes.

96 À l'ICM, la gestion des demandes d'examen est centralisée. Par contre, les deux autres établissements vérifiés reçoivent les demandes d'examen à différents endroits et les modes de transmission des demandes sont multiples.

- Au CUSM, il y a plus de 30 points d'entrée pour l'acheminement des demandes d'examen, et ce, uniquement dans le secteur de l'imagerie médicale.
- Deux des cinq installations du CHU de Québec offrant des services d'imagerie médicale, soit l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et l'Hôpital du Saint-Sacrement, ont un guichet commun. Par contre, les autres installations disposent de leurs propres mécanismes qui ne sont pas liés à ce guichet, ce qui ne leur permet pas de diriger une personne vers une autre installation où le temps d'attente est moins long. Par exemple,

un préposé de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus n'est pas en mesure de connaître les rendez-vous disponibles à l'Hôtel-Dieu de Québec. Un projet permettant la centralisation des demandes d'examen et des listes d'attente est en cours d'implantation. Entre-temps, les gestionnaires analysent trimestriellement les listes d'attente des installations afin de procéder, si possible, à une répartition des patients.

97 Aucun des trois établissements vérifiés ne possède de formulaire électronique standard. Les demandes d'examen papier provenant des médecins prescripteurs sont transmises de différentes façons au service d'imagerie médicale : par la poste, par télécopieur, en mains propres, etc. Outre qu'elle est inefficace, cette façon de faire peut retarder la saisie des demandes dans le système de gestion des rendez-vous et générer des risques d'erreur dans celui-ci.

98 Les établissements vérifiés n'ont pas non plus mis en place de processus afin de mettre systématiquement à jour les listes d'attente du secteur de l'imagerie médicale, ce qui permettrait d'éliminer les doublons ou de s'assurer qu'il s'agit de demandes pour des examens différents. Pourtant, en l'absence d'un mécanisme de centralisation des demandes, des personnes peuvent être inscrites, pour le même examen, sur la liste d'attente de plusieurs installations d'un même établissement ou d'établissements différents, ce qui accroît la demande de manière artificielle. Seul l'ICM élimine manuellement les doublons de façon trimestrielle pour les secteurs de l'IRM et de l'échographie cardiaque, ce qui représente 79 % des demandes en attente.

99 Par ailleurs, l'utilisation de critères de **priorisation** des demandes d'examen est une pratique reconnue lorsque la demande excède l'offre. Le ministère n'a pas défini d'orientations à cet égard afin de guider les établissements et d'uniformiser les pratiques en la matière. Pourtant, au 31 mars 2015, 19 699 demandes pour des examens d'IRM étaient en attente dans les trois établissements vérifiés (voir le tableau 8).

100 Les pratiques sont variables d'un établissement vérifié à l'autre. Le CHU de Québec utilise une grille de priorisation, mais seulement pour les examens d'IRM effectués dans certaines installations. L'ICM, pour sa part, se sert d'un tableau comportant des indications cliniques. Quant au CUSM, ses installations n'utilisaient pas de critères ou d'outils de priorisation au moment de notre vérification. Il y a donc un risque que les façons de faire ne soient pas uniformes. Ainsi, pour un état de santé similaire, le niveau de priorité accordé à la demande peut varier d'une installation à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Sécurité

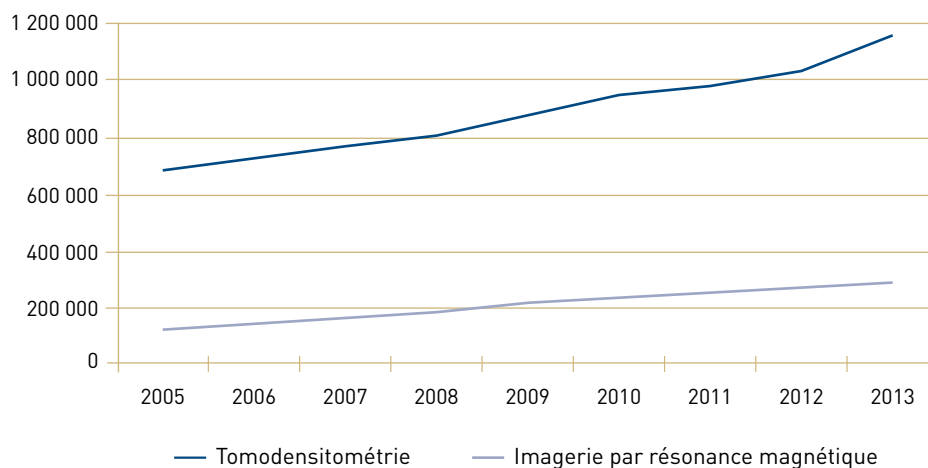
101 Quoique les équipements d'imagerie médicale soient très utiles, entre autres pour diagnostiquer une vaste gamme de maladies, ils peuvent, dans certains cas, représenter un risque pour la santé. Tant les doses de **rayonnement** par examen que les doses cumulatives auxquelles est exposé un patient doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'Association canadienne des radiologistes a produit une grille de priorisation pour les examens d'IRM et de TDM. Cette grille associe un temps d'attente maximal à chacun des 5 niveaux de priorité. Par exemple, pour la priorité 1 (P1), soit l'urgence immédiate, le temps d'intervention requis est de 24 heures.

Les rayonnements ionisants, qui génèrent des ions (atomes ou molécules chargés), peuvent causer des dommages biologiques aux cellules. Certains examens, comme la TDM et la radiographie, émettent de tels rayonnements.

102 Au Québec, de 2005 à 2013, le nombre d'examen d'imagerie médicale a augmenté de 19,5 %. Pendant la même période, le nombre d'examen de TDM s'est accru de 70,6 % (figure 1).

Figure 1 Examens d'imagerie médicale



Source : Régie de l'assurance maladie du Québec.

103 Le tomodensitomètre est l'un des appareils qui émettent le plus de rayonnements ; un seul examen de TDM produit l'équivalent de plusieurs années de rayonnement naturel (voir l'annexe 5). L'appareil IRM et l'échographe n'en émettent pas et l'appareil de radiographie simple en produit peu.

104 Compte tenu des risques présents, il est nécessaire d'analyser toutes les options possibles avant de soumettre un patient à un examen et d'appliquer des mesures de sécurité. Santé Canada a produit différents codes de sécurité en matière de radioprotection dont, en 2008, le **Code de sécurité 35**. L'adoption de ces codes, en tout ou en partie, est laissée à la discrétion de chacune des provinces et de chacun des territoires pour les établissements relevant de leur compétence.

Le Code de sécurité 35 vise les examens de radiographie, de radioscopie, de TDM et de radiologie interventionnelle (angiographie et hémodynamie).

105 Les établissements vérifiés n'appliquent pas intégralement le Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada plus de cinq ans après son adoption. En outre, le MSSS et les établissements vérifiés n'ont pas mis en place un mécanisme permettant de suivre le cumul des doses de rayonnement absorbées par patient.

106 En 2009, le MSSS a publié un plan d'action sur la réduction de l'exposition aux rayonnements, dans lequel il obligeait les établissements à appliquer le Code de sécurité 35 de Santé Canada, et ce, au plus tard le 1^{er} avril 2010. Par la suite, il a apporté certains assouplissements à cette exigence. Il a notamment demandé aux établissements de prioriser la TDM, sans toutefois fixer une nouvelle échéance.

107 De 2011 à 2015, le Centre d'expertise clinique en radioprotection (**CECR**) a réalisé une tournée provinciale des établissements afin d'évaluer l'application des critères de qualité attendus pour les tomodensitomètres et pour les pratiques locales de radioprotection. Ces visites avaient aussi pour buts d'outiller les équipes locales et d'amorcer un processus d'optimisation des doses reçues par les patients. À la suite de ces visites, le CECR a conclu qu'aucun des établissements de la province n'effectuait, à ce jour, l'intégralité des contrôles de qualité qu'il recommande.

108 Le CECR a observé plusieurs lacunes chez les établissements visités, notamment au regard de l'utilisation et de la vérification du matériel de protection contre le rayonnement. Par exemple, le port du **dosimètre** par les employés n'est pas toujours respecté. De plus, le matériel de protection qui permet de réduire l'exposition des patients aux rayonnements était peu utilisé par les équipes locales.

109 Le ministère n'a pas proposé de mécanisme afin que les établissements puissent enregistrer les doses de rayonnement que reçoivent les patients. Un tel mécanisme permettrait aux professionnels de la santé d'effectuer un suivi, particulièrement pour des patients devant subir plusieurs examens par année. Deux des trois établissements vérifiés n'ont mis en place aucune mesure ou aucun outil pour suivre cette information. Seul l'ICM collecte, depuis 2004, des données sur les doses de rayonnement pour certains examens, dont ceux de TDM. Cette information n'est pas accumulée par patient de manière systématique, mais l'ICM développe actuellement un système pour le faire.

110 Sauf pour la radioprotection, le CHU de Québec et le CUSM n'ont pas diffusé de consignes écrites en matière de sécurité pour les examens d'IRM. Le Code de sécurité 35 de Santé Canada ne porte pas sur les appareils IRM, même si ceux-ci peuvent représenter un risque à cause du champ magnétique. Pour sa part, l'ICM a diffusé à tout son personnel un document qui résume l'ensemble des consignes de sécurité afin d'éviter des accidents pouvant causer des blessures lors des examens d'IRM.

Le CECR est un regroupement d'experts mandatés par le MSSS pour l'assister dans la mise en œuvre de son plan d'action sur la réduction de l'exposition aux rayonnements et pour lui fournir, ainsi qu'aux établissements du réseau de la santé, du soutien en matière de radioprotection.

Un dosimètre est un petit appareil mesurant les rayonnements absorbés par le corps de la personne qui le porte.

Recommandations

111 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère.

- 5** Standardiser l'information exigée quant aux délais d'attente et revoir les cibles pour chacun des types d'examens d'imagerie médicale en s'appuyant sur une démarche structurée.
- 6** Déterminer l'information que les établissements doivent rendre publique relativement aux délais pour les examens d'imagerie médicale.
- 7** Établir des lignes directrices au regard de la pertinence des examens d'imagerie médicale.
- 8** Effectuer des analyses comparatives quant à l'utilisation des équipements d'imagerie médicale et à la productivité du personnel qui y est affecté afin d'apporter des correctifs, s'il y a lieu.
- 9** Déterminer, pour les établissements, des orientations quant aux critères de priorisation des demandes d'examen d'imagerie médicale de la clientèle élective.
- 10** S'assurer de l'application, par les établissements, du Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada.
- 11** Instaurer un mécanisme permettant de suivre le cumul des doses de rayonnement ionisant absorbées par patient lors d'examens réalisés dans le réseau de la santé.

112 Les recommandations suivantes s'adressent aux établissements vérifiés.

- 12** Diffuser, par installation, l'information relative aux délais pour les examens d'imagerie médicale déterminée par le ministère.
- 13** Prendre des mesures pour assurer la pertinence des demandes d'examen d'imagerie médicale.
- 14** Optimiser l'utilisation des équipements d'imagerie médicale, notamment afin de réduire les délais d'attente.
- 15** Optimiser la gestion des demandes d'examen d'imagerie médicale pour la clientèle élective, notamment par l'établissement de critères de priorisation.
- 16** Appliquer intégralement le Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada.
- 17** Suivre le cumul des doses de rayonnement ionisant absorbées par patient lors d'examens d'imagerie médicale.

Commentaires des entités vérifiées

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« **Commentaires généraux.** Le MSSS accueille favorablement le rapport du Vérificateur général et est en accord avec les recommandations qui y sont formulées. Il s'engage à élaborer un plan d'action afin de donner suite à ces recommandations.

« **Planification de l'achat des équipements médicaux.** Le ministère évaluera la possibilité d'élaborer une nouvelle méthode de répartition des sommes disponibles, qui tiendrait compte d'autres paramètres, telle la vétusté des appareils. L'inventaire d'équipements dans le système Actifs+ Réseau dispose déjà de l'âge des appareils en service et d'une durée de vie normalisée pour chaque catégorie d'appareils. Il est alors possible de chiffrer la vétusté du parc en inventaire. Bien que les systèmes informatiques ne permettent pas actuellement de recueillir des informations sur la fréquence d'utilisation des équipements, le ministère analysera la faisabilité d'obtenir cette information. En ce qui concerne la fiabilité de l'inventaire, le ministère effectue depuis 2011 des validations auprès d'établissements où l'inventaire présente des indices de non-fiabilité. Dans le cadre du plan annuel de gestion des investissements, des travaux ont été effectués par le ministère pour qualifier la vétusté des appareils médicaux dans les établissements du réseau et se poursuivront au cours des prochaines années.»

« **Acquisition et entretien des équipements médicaux.** Le ministère enjoint ses établissements et les groupes d'approvisionnement en commun à respecter le cadre légal en vigueur pour empêcher que des manquements, tels ceux énumérés dans le rapport, entachent le processus d'approvisionnement et minent la confiance de la population envers les organismes publics. Ils doivent agir avec rigueur à toutes les étapes du processus.

« Le ministère considère qu'il est de la responsabilité première des établissements de dresser le portrait global des dépenses d'entretien de l'équipement médical et d'en faire le suivi. Les établissements sont en mesure de circonscrire l'information pertinente pour le programme d'entretien qu'ils sont tenus de faire.

« L'analyse des options d'entretien est un exercice qui doit se faire localement. Plusieurs établissements ont entrepris de faire partager l'expérience de leur département de génie biomédical relative à des exercices de "benchmarking" et d'optimisation à partir de paramètres communs d'évaluation. Par ailleurs, le ministère a voulu encourager des exercices d'optimisation dans certains secteurs de soins, et ce, depuis 1996. Cette année-là, il introduisait une amélioration dans la comptabilisation des coûts des analyses dans les laboratoires de biologie

médicale. Plus tard, le même principe a été appliqué aux secteurs de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie. Ce faisant, les dépenses de ces secteurs n'apparaissent plus avec les dépenses générales d'entretien et de réparation dans le rapport financier des établissements. Le ministère réfléchira sur la façon dont il pourra obtenir les informations nécessaires aux fins de suivi.

«**Utilisation des équipements d'imagerie médicale.** Le ministère a entrepris quatre grands chantiers afin de permettre une amélioration de l'accès aux services d'imagerie médicale :

- la rédaction d'un guide avec des experts du réseau présentant des critères d'évaluation de la performance des salles d'imagerie médicale ;
- la réalisation d'un mandat confié à l'INESSS de définir des critères de pertinence pour certains examens médicaux, dont l'utilisation de la résonance magnétique pour les douleurs musculosquelettiques ;
- la réalisation d'un dossier d'affaires informatique qui permettra d'obtenir des données standardisées et comparables sur les délais d'attente pour ces services ;
- le déploiement, à plus long terme, de l'accès priorisé aux services spécialisés pour l'imagerie médicale qui permettra d'établir des critères de priorisation des demandes pour ces services.

«Le ministère souscrit aux deux recommandations en matière de radioprotection. Autant celle concernant l'application du code de sécurité que celle touchant le suivi des doses au patient font l'objet des priorités du ministère. Depuis la publication du plan d'action par le ministère en 2009 sur la réduction de l'exposition aux rayonnements, les établissements ont été fortement sollicités pour appliquer le code de sécurité de Santé Canada. Outre la création du CECR décrite dans le rapport, le ministère a créé, en août 2015, le Réseau de référence en radioprotection intégré du Québec (R³IQ). Ce réseau constituera un lieu d'échanges entre les différents intervenants en matière de radioprotection au Québec pour une approche intégrée, cohérente et efficiente, et permettra de répondre aux préoccupations actuelles énoncées dans le rapport.»

Commentaires du Centre universitaire de santé McGill

«**Acquisition et entretien des équipements médicaux.** Bien que des échantillons datant d'avant 2010 et ayant été utilisés pour la vérification aient pu démontrer quelques rares manques documentaires relativement à la gestion rigoureuse des dérogations à la *Loi sur les contrats des organismes publics*, le CUSM considère avoir déjà adopté et mis en place, et ce, de façon extrêmement stricte, des mesures de gestion rigoureuses et des méthodes de documentation détaillées à cet effet, et considère que la situation est entièrement corrigée depuis 2011-2012.

« **Utilisation des équipements d'imagerie médicale.** Depuis 2012-2013, pour le CUSM, soit l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital neurologique de Montréal, l'Institut thoracique de Montréal et l'Hôpital de Lachine, les données relatives aux délais pour les examens sont publiées dans GESTRED [système de suivi de gestion et de reddition de comptes] et transmises vers le MSSS.

« Le CUSM prend acte de cette demande au niveau de la pertinence des demandes d'examen via un groupe de travail qui se mettra en place dans les meilleurs délais.

« Le GPO Imagerie lancé en 2013 a commencé le processus d'optimisation de l'utilisation des équipements et au niveau du personnel afin de réduire les délais d'attente tout en respectant les budgets consentis.

« Bien que fondamentale, cette recommandation (appliquer intégralement le Code de sécurité 35 en matière de radioprotection de Santé Canada) a un impact sur les établissements, dont l'ajout de ressources spécialisées, comme des médecins médicaux qualifiés, afin de faire progresser le niveau d'application actuel.

« Cette recommandation (suivre le cumul des doses de rayonnement ionisant absorbées par les patients lors d'examens d'imagerie médicale) fait déjà l'objet d'un plan d'action. Le CUSM va déployer au cours de 2016-2017 un logiciel de calcul et de cumul des doses de rayonnement absorbées. La première modalité choisie sera les tomodesitomètres axiaux des sites adultes. »

Commentaires du CHU de Québec – Université Laval

« **Planification de l'achat des équipements médicaux.** La direction du CHU de Québec tient à souligner que, même si les équipements financés par la fondation ne font pas partie du plan triennal des équipements médicaux présenté au MSSS, un représentant de la fondation est membre du comité consultatif de l'équipement médical. Il a donc en main l'ensemble de l'information pertinente pour mieux considérer les demandes qui seront adressées à la fondation. À l'inverse, des membres de la direction de l'établissement siègent au conseil d'administration de la fondation et peuvent ainsi apporter un éclairage complémentaire sur les besoins de l'établissement. Il y a donc des liens et des informations qui transigent entre les deux organisations, évitant des duplications.

« **Acquisition et entretien des équipements médicaux.** La direction générale du CHU de Québec tient à souligner qu'en juillet 2012, une des plus importantes fusions d'établissements de santé a eu lieu, impliquant le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). De ce fait, la nouvelle entité, le CHU de Québec, a dû fonctionner avec deux systèmes d'information financière pendant plus de 18 mois, rendant l'exercice de reddition de comptes plus périlleux. D'ailleurs, la totalité des manquements touche cette période. Nous avons échappé quelques dossiers. Par ailleurs, pour mettre en perspective ces manquements, nous tenons à souligner

que, pour la période couverte par le Vérificateur général, le CHU de Québec a fait plus de 700 redditions de comptes dans le logiciel SEAO [système électronique d'appel d'offres] du gouvernement du Québec. Nous pouvons donc affirmer que notre établissement effectue systématiquement ses redditions de comptes. Le non-respect des autorisations requises et des redditions de comptes prescrites par la réglementation est à notre avis très marginal.

« **Utilisation des équipements d'imagerie médicale.** La direction du CHU de Québec est entièrement d'accord avec le fait d'optimiser l'utilisation des équipements médicaux d'imagerie médicale. D'ailleurs, elle fut la première à implanter des examens d'imagerie par résonance magnétique la nuit. Il faut se rappeler que, lorsque le MSSS accorde un équipement d'imagerie majeur (résonance magnétique ou tomomodensitomètre), un budget standard est accordé avec un volume précis. Le CHU de Québec peut donc affirmer qu'il a largement dépassé les volumes exigés par le MSSS. Par ailleurs, pour augmenter l'utilisation des équipements médicaux, l'établissement doit aussi obtenir les autorisations pour faire l'ajustement des effectifs médicaux afin que les radiologistes puissent faire la lecture des examens. Toutefois, l'ajout des effectifs médicaux est un processus complexe. De plus, le CHU de Québec a présenté une demande de soutien financier en 2014 à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et en 2015 au MSSS, afin de ramener le nombre de cas en attente de plus de 90 jours à 0. D'ailleurs, le 27 octobre 2015, nous avons reçu une autorisation de 400 000 dollars pour réaliser 5 000 examens d'IRM de soir et de nuit. »

Commentaires de l'Institut de Cardiologie de Montréal

« **Planification de l'achat des équipements médicaux.** Il est important de noter que le calcul du taux de vétusté à partir de l'inventaire national correspond à une moyenne sur un ensemble d'équipements par catégories. Ainsi, le niveau de vétusté, quant à la catégorie Soins à 100 %, ne correspond pas à une désuétude de l'ensemble des équipements à 100 % et est principalement influencé par la désuétude avancée du parc de pompes à perfusion au moment de la visite du Vérificateur général. Nous tenons donc à souligner que l'ensemble du parc de pompes à perfusion a été remplacé au mois d'octobre 2015, ce qui réduit de manière significative le calcul du taux de vétusté à ce jour.

« **Utilisation des équipements d'imagerie médicale.** Compte tenu d'un manque d'effectifs médicaux depuis mai 2013, il a été difficile pour l'ICM de maintenir un délai d'attente en IRM répondant aux normes ministérielles. Depuis juillet 2015, la situation se rétablit progressivement et, parallèlement, nos délais d'attente en IRM s'améliorent.

« D'autre part, compte tenu de notre spécialité en cardiologie, l'ICM ne possède pas toutes les antennes nécessaires en IRM pour répondre aux demandes d'examen plus générales.

«Toutefois, nous répondons aux demandes plus générales pour lesquelles nous sommes adéquatement équipés et visant une clientèle ciblée par notre mission. Nous effectuons 88 % d'examens d'IRM cardiaque versus 12 % d'examens autres, plus généraux. Ce pourcentage élevé d'examens d'IRM cardiaque explique aussi le moins grand nombre d'examens réalisés à l'ICM, compte tenu de la durée de l'examen. Aussi, il faut noter que l'ICM joue un rôle de centre référent auprès de plusieurs autres centres hospitaliers, ce qui représente 8 % de ses activités en IRM annuellement.

«Les délais d'attente pour les examens d'échographie cardiaque dépassent les normes ministérielles à l'ICM. Plusieurs mesures ont été mises en place pour résorber ces délais (prolongation des heures de services, technologues autonomes, quart de soir, épuration rigoureuse en continu des listes d'attente). Il faut cependant noter une augmentation du nombre de demandes toujours en progression dans ce secteur d'activité. Pour les autres types d'examens en échographie, l'ICM respecte les délais ciblés par le ministère. Pour ce qui est des délais d'attente dépassant les normes ministérielles au regard des examens de TDM, la situation de l'ICM est temporaire et en lien avec le manque d'effectifs médicaux vécu. Actuellement, les délais diminuent considérablement et sont déjà en voie de respecter les normes.

«Le manque d'effectifs médicaux en radiologie a obligé l'ICM à une baisse considérable de ses activités dans le secteur de l'imagerie, se traduisant par une diminution du nombre d'examens par équipement et, conséquemment, par une réduction de sa productivité et de sa performance. Cette situation se rétablit et s'améliore progressivement depuis juillet 2015, avec l'arrivée de radiologistes.

«Pour la même raison, on retrouve à l'ICM une utilisation sous-optimale des équipements d'imagerie, laquelle situation sera à réévaluer prochainement selon l'amélioration des délais d'attente dans les différents secteurs. Il est à noter que la disponibilité du tomodensitomètre en tout temps reste une priorité à l'ICM, compte tenu d'un service essentiel d'urgence. Une autre particularité de l'ICM à considérer, étant donné son ultraspécialisation, est la complexité et la durée des examens réalisés, compte tenu d'une clientèle généralement très malade.

«La pertinence des requêtes et des examens demandés est prise en compte à l'ICM. Cette évaluation se fait, d'une part, par le radiologiste lors de sa décision face au protocole, processus qui est fait avant l'octroi du rendez-vous au patient. D'autre part, particulièrement dans le secteur de l'échographie cardiaque, une évaluation de la pertinence des demandes d'examen est faite lors de l'épuration des listes d'attente. De plus, une sensibilisation auprès des médecins prescripteurs a été faite par l'ICM relativement aux coûts associés aux examens d'imagerie.

«L'ordonnance électronique est un projet prévu à l'ICM au printemps 2016. L'ICM est en attente d'une nouvelle version d'OACIS pour procéder. L'ICM possède des bases de données permettant l'accès et le suivi du cumul des doses de rayonnement par patient, et ce, pour tous les types d'examens comportant des doses de rayonnement.»

Annexes et sigles

- Annexe 1** Objectifs de vérification et portée des travaux
- Annexe 2** Données financières au 31 mars 2015
- Annexe 3** Rôles et responsabilités
- Annexe 4** Comparaison avec les groupes d'établissements similaires en 2013-2014
- Annexe 5** Comparaison de la dose de rayonnement émise par diverses méthodes d'imagerie diagnostique

Sigles

CECR	Centre d'expertise clinique en radioprotection	INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill	IRM	Imagerie par résonance magnétique
GACEQ	Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est du Québec	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ICM	Institut de Cardiologie de Montréal	TDM	Tomodensitométrie
		UTP	Unité technique provinciale

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. Ils se fondent également sur la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que sur des travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes de certification présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
Évaluer dans quelle mesure le MSSS et les agences vérifiées s'assurent que les établissements effectuent une gestion efficiente et économique des équipements médicaux et les utilisent de manière optimale et sécuritaire.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des orientations et des directives sont formulées concernant l'acquisition des équipements médicaux ainsi que leur utilisation optimale et sécuritaire. ■ Des critères sont appliqués pour la répartition équitable des ressources financières entre les établissements et pour leur utilisation en ce qui concerne tant l'acquisition des équipements médicaux que leur entretien. ■ Un suivi de la performance des établissements au regard de la gestion des équipements médicaux est réalisé sur la base d'une information fiable et complète.
S'assurer que les établissements vérifiés effectuent une gestion efficiente et économique des équipements médicaux conformément à la réglementation, et les utilisent de manière optimale et sécuritaire.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un mécanisme structuré permet de recenser les besoins en matière d'équipements médicaux et de planifier les acquisitions. ■ Le processus d'acquisition des équipements médicaux favorise la saine concurrence, la transparence et l'économie, et ce, en conformité avec la réglementation. ■ Des mesures sont mises en œuvre pour assurer une utilisation optimale et sécuritaire des équipements médicaux, notamment un entretien adéquat de ceux-ci¹. ■ Une évaluation de la performance en matière de gestion des équipements médicaux de même qu'une reddition de comptes sont effectuées en temps opportun.

1. Pour ce volet de la vérification, la portée ne touche que les équipements d'imagerie médicale.

Portée des travaux

Nos travaux ont été réalisés auprès du MSSS et de deux agences de la santé et des services sociaux. Il est à noter qu'à compter du 1^{er} avril 2015, les agences ont été abolies. Dans chacune des régions couvertes par ces agences, nous avons vérifié au moins un centre hospitalier ou un institut universitaire. Nous avons choisi ces entités sur la base de différentes variables, dont les charges d'exploitation du service d'imagerie médicale de l'établissement, le coût d'acquisition et d'entretien des équipements médicaux à la disposition de celui-ci et leur valeur de remplacement. Les entités sélectionnées sont les suivantes :

- MSSS ;
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ;
 - CHU de Québec – Université Laval ;
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ;
 - Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ;
 - Institut de Cardiologie de Montréal (ICM).

De plus, nous avons visité d'autres établissements afin de prendre en compte, dans notre analyse, des bonnes pratiques ou des façons de faire différentes. Nous avons également consulté le GACEQ, compte tenu de son rôle important sur le plan de l'approvisionnement en équipements médicaux pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Nous avons collecté l'information nécessaire à notre vérification principalement en extrayant des données financières et opérationnelles accessibles entre autres dans les rapports financiers des établissements, ainsi que dans les systèmes informatiques du ministère. Nous avons réalisé plus de 90 entrevues avec des membres du personnel des entités vérifiées et nous avons analysé plus de 1 000 documents. Des comparaisons avec des établissements du Québec et d'autres administrations publiques ont également été effectuées.

Il est à noter que les constats formulés ne visent pas à remettre en cause la pertinence ou la qualité des actes professionnels posés ; ces actes ne font d'ailleurs pas partie de la portée de la présente mission. Les résultats de la vérification ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des établissements de la province, mais les constats figurant dans ce rapport méritent l'attention de tous les intervenants.

Les travaux de vérification ont été réalisés de novembre 2014 à novembre 2015. Notre vérification a porté principalement sur les activités des exercices 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015, mais certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à ces périodes.

Annexe 2 Données financières au 31 mars 2015 (en millions de dollars)

	Imagerie médicale ¹	Équipements médicaux			Valeur de remplacement des équipements stratégiques et de ceux de 100 000 \$ et plus ²
		Coût d'acquisition durant l'année	Coût d'acquisition de l'ensemble des équipements	Entretien et réparation ³	
CHU de Québec	35,5	24,1	494,5	10,1	229,8
CUSM	32,4	7,7	373,5	7,7	199,5
ICM	4,3	9,3	158,4	2,4	48,6
Province	397,9	206,2	4 705,6	103,9	2 320,3

1. Il s'agit des coûts directs bruts ajustés de ce poste budgétaire, qui comprennent les dépenses liées à la rémunération des employés, aux services achetés, dont les contrats d'entretien des appareils, et aux fournitures ainsi que les autres charges, telles que les frais de déplacement.

2. Seuls les équipements en service sont inclus.

3. Il s'agit des coûts directs bruts ajustés de ce poste budgétaire. Ceux-ci excluent les dépenses de certains secteurs d'activité, tels que les laboratoires de biologie médicale, l'imagerie médicale et la radio-oncologie, car elles ne sont pas présentées de façon distincte dans les rapports financiers des établissements.

Source : MSSS.

Annexe 3 Rôles et responsabilités

Selon le cadre législatif en vigueur au moment de la vérification, voici les rôles et les responsabilités des entités vérifiées.

Ministre et ministère	<ul style="list-style-type: none">■ Détermination des orientations en matière d'organisation de services■ Diffusion auprès des agences et des établissements des orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience■ Détermination des paramètres nationaux pour l'approvisionnement en équipements médicaux■ Allocation des enveloppes budgétaires par région■ Autorisation de certains types d'achats liés au développement de nouveaux services■ Suivi des investissements, des modes d'acquisition des équipements médicaux et de la performance des groupes d'approvisionnement en commun
Agence	<ul style="list-style-type: none">■ Organisation des services de sa région et coordination de ceux-ci avec les services offerts dans les régions avoisinantes■ Priorisation des acquisitions■ Allocation des budgets destinés aux établissements■ Diffusion des directives régionales■ Suivi des investissements et reddition de comptes régionale■ Conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité avec les groupes d'approvisionnement en commun
Établissement	<ul style="list-style-type: none">■ Organisation des services■ Réalisation d'un plan triennal de maintien du parc d'équipements médicaux■ Mise en place d'un mécanisme d'évaluation et de priorisation des besoins pour l'ajout d'équipements médicaux■ Acquisition d'équipements médicaux par l'entremise des groupes d'approvisionnement en commun, s'il y a lieu■ Mise à jour de l'inventaire des équipements médicaux■ Entretien préventif et correctif des équipements médicaux■ Développement, partage et mise en commun de l'expertise technique et professionnelle■ Détermination des objectifs et des indicateurs de performance au regard du processus d'acquisition des équipements■ Reddition de comptes auprès de l'agence

Annexe 4 Comparaison avec les groupes d'établissements similaires en 2013-2014

	Volume d'activité (nombre d'UTP)	Distribution des UTP en imagerie médicale (%)			
		Radiologie	TDM	IRM	Autres
Groupe d'établissements comparables					
CHU de Québec	15 793 146	35	16	13	36
CUSM	13 267 136	31	18	13	38
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	10 263 911	32	18	13	37
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	6 377 174	43	15	9	33
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	4 646 420	42	18	9	31
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	4 781 181	32	15	6	47
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	4 826 905	34	20	12	34
Moyenne	8 565 125	35	17	12	37
Groupe d'établissements comparables					
ICM	1 463 234	31	7	16	46
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	2 333 510	53	18	13	16
CSSS Jardins-Roussillon	2 279 496	39	24	14	23
CSSS du Nord de Lanaudière	2 270 470	42	20	9	29
CSSS Richelieu-Yamaska	2 206 176	43	16	10	31
CSSS de l'Énergie	1 936 952	47	13	10	30
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	1 893 181	46	19	10	25
CSSS du Suroît	1 885 206	36	20	13	31
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	1 860 856	51	23	8	18
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	1 801 144	32	21	15	32
CSSS du Cœur-de-l'Île	1 751 860	46	18	10	26
CSSS de la Haute-Yamaska	1 742 037	40	19	12	29
Hôpital Santa Cabrini	1 682 842	48	23	12	17
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	1 230 983	33	27	12	28
Moyenne	1 881 282	42	19	12	27

CSSS Centre de santé et de services sociaux

Annexe 5 Comparaison de la dose de rayonnement émise par diverses méthodes d'imagerie diagnostique

Toutes les personnes sont exposées quotidiennement à des rayonnements naturels qui proviennent notamment du soleil ou de certains aliments. Les examens médicaux représentent une des sources importantes de rayonnement, à l'exception des sources de rayonnement naturel. Seules l'IRM et l'échographie n'émettent aucun rayonnement. Les examens de TDM sont parmi ceux qui exposent les personnes aux plus fortes de doses de rayonnement.

À titre d'exemple, un an d'exposition à un rayonnement naturel équivaut à 110 radiographies de la poitrine. Un examen de TDM à la poitrine correspond à 3,6 ans de rayonnement naturel ou à 400 radiographies de la poitrine.

Le tableau 11 compare la dose de rayonnement de différents types d'examens d'imagerie médicale avec un nombre équivalent de radiographies de la poitrine et avec le rayonnement naturel.

Tableau 11 Rayonnement émis lors de différents types d'examens

	Rayonnement naturel	Nombre équivalent de radiographies de la poitrine
IRM	–	–
Échographie	–	–
Radiographie des membres	1,6 jour	Moins de la moitié
Radiographie de la poitrine	3,3 jours	1
Radiographie de la région lombaire	166 jours	50
TDM du crâne	331 jours	100
Rayonnement naturel	1 an	110
Lavement baryté et radiographie	3,2 ans	360
TDM de la poitrine	3,6 ans	400
TDM de l'abdomen ou du bassin	4,5 ans	500

Source : Association canadienne des radiologistes.



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016

Vérification de l'optimisation des ressources
Automne 2015

Réseau routier : inspection et planification de l'entretien des structures

Ministère des Transports du Québec

CHAPITRE

5

Faits saillants

Objectifs des travaux

Le ministère des Transports du Québec (MTQ) est responsable de la gestion de plus de 11 000 structures du réseau routier, dont la valeur s'élève à près de 30 milliards de dollars.

Il est essentiel d'effectuer un entretien préventif de ces structures et de réaliser les travaux requis en temps opportun pour prolonger leur durée de vie utile.

Afin d'évaluer l'état des structures et de déterminer les actions à entreprendre, le MTQ a mis en place un programme d'inspection.

Notre vérification avait pour but de nous assurer que le ministère :

- a mis en œuvre un système d'inspection efficace et efficient pour évaluer l'état des structures du réseau routier ;
- planifie de façon efficiente et avec un souci d'économie les différents travaux sur ces structures.

Le rapport entier est disponible au www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant l'inspection et la planification de l'entretien des structures du réseau routier.

Les données portant sur les travaux effectués sur chaque structure sont encore dispersées. Malgré les progrès importants réalisés par le ministère depuis 2007, on ne peut accéder facilement ni rapidement à l'ensemble de l'information qu'il détient.

Le MTQ n'évalue pas si ses stratégies d'intervention sur les structures sont efficaces ni ne détermine l'impact qu'auront les budgets consentis sur leur état.

Bien que le ministère ait l'information sur chaque projet, il ne suit pas le taux de réalisation de l'ensemble des projets programmés ni n'évalue dans quelle mesure les échéanciers et les coûts ont été respectés.

L'entretien préventif est limité. Le MTQ n'a pas élaboré de plan d'entretien préventif systématique pour les structures en bon état et ses activités à cet égard ont diminué.

Les structures du réseau routier municipal sont en moins bon état que celles du réseau routier supérieur. Quoique l'état des structures du réseau municipal se soit amélioré depuis 2007, les stratégies d'intervention du MTQ n'ont pas permis qu'il atteigne l'état des structures du réseau routier supérieur. En 2014, 51,7 % des structures municipales étaient en bon état, comparativement à 72,6 % pour l'autre réseau.

Les actions mises en œuvre par le ministère pour encadrer ses activités d'inspection ont entraîné des améliorations substantielles. Depuis 2008, un nouveau programme d'inspection a été mis en place. Des inspecteurs dûment certifiés procèdent à l'inspection de toutes les structures et consignent les résultats en temps opportun.

Plus de 10 ans après le lancement de la démarche d'amélioration de la gestion des projets routiers, son implantation est variable d'une direction territoriale à l'autre. Cela entraîne des inefficiences importantes dans la planification des interventions sur les structures.

Le MTQ accuse un retard important par rapport aux cibles établies pour des activités faites par des ressources internes. Cette situation crée notamment un goulot d'étranglement dans la préparation des projets, ce qui rend difficile la programmation des travaux et leur réalisation comme prévu, faute de projets prêts à réaliser.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du ministère des Transports du Québec. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires de l'entité vérifiée.

Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère

- 1** Faire en sorte que, pour chaque structure, l'ensemble de l'information relative aux travaux effectués soit accessible rapidement.
- 2** S'assurer de l'efficacité de ses stratégies d'intervention sur les structures et mesurer l'impact du budget sur leur état.
- 3** Revoir son processus de programmation afin d'en augmenter l'efficacité.
- 4** Effectuer un suivi de la programmation pour connaître le taux de réalisation des projets afférents aux structures et savoir dans quelle mesure ceux qui ont été effectués l'ont été dans le respect des délais et des coûts prévus.
- 5** Effectuer un suivi rigoureux des recommandations faites aux directions territoriales à la suite de travaux spécialisés afin que les interventions sur les structures qui sont exigées soient exécutées en temps opportun.
- 6** Valoriser davantage l'entretien préventif de l'ensemble des structures sous sa responsabilité, notamment :
 - élaborer des plans d'entretien préventif et affecter les ressources en conséquence ;
 - se doter d'indicateurs et de cibles quant à la réalisation de l'entretien préventif et en rendre compte.
- 7** Définir des orientations pour les structures du réseau routier municipal et améliorer sa reddition de comptes relative aux structures de ce réseau.
- 8** Démontrer plus de rigueur pour l'estimation des coûts des mandats d'inspection des structures confiés aux firmes de génie-conseil.
- 9** Terminer l'implantation de la démarche relative à la gestion des projets routiers, s'assurer que cette démarche est mise en œuvre rigoureusement dans toutes les directions territoriales et en mesurer l'impact.
- 10** Réévaluer son plan de renforcement de l'expertise afin de trouver l'équilibre entre le niveau des travaux effectués par des ressources internes et celui des travaux réalisés à l'externe, particulièrement en ce qui a trait à la conservation des structures.

Table des matières

1 Mise en contexte	6
2 Résultats de la vérification	11
2.1 Gestion du parc de structures	11
Information sur les structures	
Planification et programmation des interventions	
Entretien préventif et courant des structures	
Structures du réseau routier municipal	
Recommandations	
2.2 Inspection et préparation des projets routiers	25
Encadrement du système d'inspection	
Gestion des projets routiers	
Renforcement de l'expertise	
Recommandations	
Commentaires de l'entité vérifiée	32
Annexes et sigles	35

Équipe

Janique Lambert
Directrice de vérification

Serge Gagnon
Guy Marcotte
Daniel Otis
Joëlle Paquet

Les structures regroupent les ponts d'étagement (viaducs), les ponts au-dessus des cours d'eau, les tunnels, les murs de soutènement, les ponceaux du réseau routier supérieur dont l'ouverture est de plus de 3 mètres et les ponceaux du réseau municipal dont l'ouverture est de plus de 4,5 mètres.

La valeur à neuf représente le coût de construction d'une structure de même type et de même dimension que la structure existante. Cette valeur exclut les autres frais, tels ceux liés à la mise aux normes, à la gestion de la circulation lors des travaux, aux améliorations et aux contingences.

1 Mise en contexte

1 Le Québec dispose de systèmes de transport étendus et diversifiés qui assurent les déplacements d'un nombre important de personnes et de marchandises. Le transport peut s'effectuer par les routes, les chemins de fer, les voies maritime et aérienne. Le transport routier est de la compétence du gouvernement du Québec, alors que la responsabilité pour les autres secteurs est partagée avec le gouvernement fédéral.

2 Le réseau routier québécois se compose d'environ 319 000 kilomètres d'autoroutes, de routes nationales, régionales et de chemins locaux. On y trouve plus de 11 000 **structures**.

État des structures

3 Le parc des structures du réseau routier dont le ministère des Transports du Québec (MTQ) est responsable représente un des actifs publics les plus importants du gouvernement du Québec. Sa **valeur à neuf** s'élevait à près de 30 milliards de dollars au début de 2014.

4 Le MTQ classe les structures pour lesquelles il assume des responsabilités en deux grandes catégories :

- les structures du réseau routier municipal, soit les ponts municipaux situés sur le territoire des municipalités qui comptaient 100 000 habitants et moins le 31 janvier 2001 ;
- les structures du réseau routier supérieur se rapportant à l'ensemble du réseau routier québécois, exception faite des routes du réseau routier municipal et de celles qui relèvent d'autres entités.

5 Dès le moment de leur construction, le processus de dégradation des structures s'amorce. Au cours des 30 dernières années, leurs conditions d'exploitation ont changé. Il y a notamment un accroissement important du flux de circulation sur le réseau routier et une augmentation du poids des charges des camions.

6 Il est donc essentiel d'effectuer un entretien préventif des structures et de réaliser des réparations en temps opportun afin de prolonger leur durée de vie. L'entretien préventif permet de ralentir le processus de détérioration d'une structure en bon état. Par ailleurs, il est généralement reconnu que des réparations majeures doivent être effectuées environ 30 ans après leur construction.

7 Les structures construites de 1960 à 1980 correspondent à 66 % de la valeur du parc du MTQ ; en 2014, l'ensemble des structures de ce parc datait en moyenne de 41 ans.

8 Le gouvernement a adopté à la fin de 2007 un plan de redressement du réseau routier. Ce plan faisait suite à la publication du rapport de la Commission d'enquête sur l'effondrement d'une partie du viaduc de la Concorde (commission Johnson), qui avait été créée après l'événement survenu en septembre 2006. Le plan prévoyait des investissements de 11,6 milliards de dollars sur cinq ans, dont 3,5 milliards (30 %) seraient consacrés à la conservation des structures. De plus, le gouvernement entendait améliorer l'état du réseau routier québécois afin qu'il soit comparable à celui des états américains qui sont les meilleurs en la matière. Il s'est alors donné comme cible que 80 % des structures des deux réseaux seraient en bon état en 2022.

9 À cet égard, le ministère a inscrit un objectif lié à l'amélioration de l'état des structures dans son plan stratégique 2008-2012. Son plan 2013-2015, pour sa part, inclut plutôt un objectif de maintien de l'état des structures au même niveau que celui de 2012, soit 69,9 % des structures en bon état sur le réseau routier supérieur et 49,7 %, sur le réseau routier municipal. Le tableau 1 montre l'évolution du **pourcentage des structures en bon état** depuis 2008.

L'indicateur Pourcentage des structures en bon état rend compte de la proportion des structures qui ne nécessiteront aucune intervention d'entretien importante au cours des cinq prochaines années.

Tableau 1 Structures en bon état (en pourcentage)¹

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Réseau routier supérieur	57,7	61,8	66,2	68,1	69,9	71,2	72,6
Réseau routier municipal	38,6	43,8	46,6	48,7	49,7	50,4	51,7

1. Les ponts dont les ouvertures sont de 3 à 4,5 mètres sont exclus.

Source : MTQ.

Financement des interventions

10 Le plan québécois des infrastructures (PQI) est préparé annuellement par le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) et est soumis à l'approbation du Conseil des ministres. Dans le respect de la cible budgétaire fixée par le gouvernement, le PQI précise les montants affectés aux investissements publics en infrastructures, entre autres pour le secteur du réseau routier. Le SCT l'établit en collaboration avec les ministères et les organismes, dont le MTQ, qui font part de leurs besoins et des projets qu'ils prévoient effectuer. Depuis 2013, la portée de ce plan est de 10 ans.

11 Il y a un lien entre le PQI et les investissements prévus du Fonds des réseaux de transport terrestre (FORT), duquel provient le financement des interventions sur les structures. Préparé par le MTQ, le budget du FORT est approuvé par l'Assemblée nationale. En 2014-2015, les investissements réalisés par l'intermédiaire du FORT ont été de 3,287 milliards de dollars, somme inférieure de 18 % à la moyenne des quatre années précédentes. Toutefois, les investissements pour la conservation des structures sont demeurés relativement stables au cours de la même période. En 2014-2015, 836 millions y ont été affectés. Le tableau 2 présente l'utilisation des sommes provenant du FORT au cours des cinq derniers exercices pour chacun des principaux axes d'intervention du MTQ.

Tableau 2 Dépenses et investissements supportés par le Fonds des réseaux de transport terrestre (en millions de dollars)

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Conservation des chaussées	726	783	709	471	549
Conservation des structures	805	802	847	694	836
Amélioration du réseau routier	416	438	476	441	179
Développement du réseau routier	1 447	1 465	1 205	598	396
Sous-total – axes routiers	3 394	3 488	3 237	2 204	1 960
Planification et frais généraux	108	129	118	143	139
Total – secteur des travaux routiers	3 502	3 617	3 355	2 347	2 099
Autres secteurs d'activité ¹	711	769	811	976	1 188
Total global	4 213	4 386	4 166	3 323	3 287

1. Parmi les autres secteurs, on trouve principalement le transport collectif et les activités d'entretien des routes.

Source : MTQ.

Inspection des structures

12 L'inspection consiste à recueillir l'information permettant d'évaluer l'état d'une structure et de déterminer, le cas échéant, les actions à entreprendre afin d'assurer la sécurité de cette structure et de prolonger sa vie utile. Cette information sert également à mettre à jour l'inventaire des structures.

13 Le programme d'inspection des structures du MTQ prévoit les étapes des inspections courantes et de celles dites particulières et les exigences qui y sont relatives. Les directions territoriales du ministère appliquent le programme, lequel est encadré par la norme ISO 9001:2008.

14 L'inspection courante des structures comprend l'inspection annuelle et l'inspection générale. La première consiste en un examen visuel, lequel permet d'exercer un suivi concernant la sécurité de la structure. L'inspection générale, quant à elle, prévoit un examen en profondeur pour détecter tous les défauts qui touchent les éléments d'une structure ; cet examen constitue la principale source d'information sur son état. La fréquence de cette inspection varie de deux à quatre ans selon la structure. Pour leur part, les inspections particulières ont pour but soit de voir si les défauts détectés lors des inspections courantes se sont aggravés, soit de préciser les données recueillies, notamment au moyen de l'inspection sous-marine.

15 À la fin du processus d'inspection, des travaux peuvent être requis pour corriger les défauts observés sur une structure. Des interventions relatives à l'entretien, à la **réparation**, à la **réfection majeure** ou à la reconstruction peuvent alors être proposées. Afin de déterminer les interventions les plus adéquates à effectuer d'un point de vue tant financier que technique, une étude d'opportunité peut s'avérer nécessaire. Le cas échéant, celle-ci inclut un relevé des dommages ou une analyse des coûts du cycle de vie.

La réparation a pour objet de remettre une structure en bon état. C'est le cas notamment lorsqu'un de ses éléments a atteint un niveau de dégradation avancé. La réfection majeure vise à rehausser la condition globale d'une structure présentant notamment des déficiences structurales ou des caractéristiques fonctionnelles qui font en sorte que la structure ne peut plus fournir le service souhaité.

Assises légales

16 Trois lois encadrent l'inspection des structures et la planification de leur entretien.

Loi sur le ministère des Transports Cette loi définit les pouvoirs, l'organisation et le fonctionnement du ministère. Elle précise que le ministre a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives aux transports et à la voirie pour le Québec, de mettre en œuvre ces politiques, d'en surveiller l'application et d'en coordonner l'exécution.

Loi sur la voirie Cette loi a notamment pour objet le partage de la gestion du réseau routier entre le MTQ et les municipalités. Elle précise que c'est le gouvernement qui détermine, par décret, les **routes** dont la gestion incombe au ministère.

Loi sur les infrastructures publiques Cette loi, qui établit des règles de gouvernance en matière de planification des investissements publics en infrastructures et en termes de gestion de ces infrastructures, vise notamment à assurer la pérennité d'infrastructures publiques de qualité. En vertu de cette loi, le Conseil du trésor doit proposer annuellement au gouvernement un plan québécois des infrastructures, lequel doit préciser les investissements publics en infrastructures des organismes du gouvernement, et ce, en fonction des différents types d'investissements. Le MTQ, pour sa part, doit se conformer à différentes mesures liées à la planification. Il doit notamment élaborer un cadre de gestion pour ses investissements.

Au sens de la *Loi sur la voirie*, une route comprend son infrastructure ainsi que tous les ouvrages et toutes les installations utiles à son aménagement et à sa gestion.

17 En 2008, le MTQ s'est vu attribuer par décret la responsabilité de l'entretien des structures du réseau routier municipal, laquelle avait été rétrocédée aux municipalités en 1993. C'est donc principalement au ministère qu'incombe le rôle d'inspecter les structures du réseau routier et de les maintenir en bon état, mais ce rôle peut également être partagé avec d'autres entités, comme le ministère de l'Énergie et des Ressources naturelles ou Hydro-Québec.

18 Le tableau 3 présente les entités responsables de l'entretien des structures au début de l'année 2014.

Tableau 3 Entretien des structures du réseau routier (début 2014)

Responsables de l'entretien	Nombre de structures
MTQ	6 288
MTQ et autres entités	509
Sous-total – réseau routier supérieur	6 797
MTQ et municipalités – réseau routier municipal	4 252
Municipalités	90
Total	11 139

Source : MTQ.

Rôles et responsabilités

19 La présente vérification a été effectuée auprès du MTQ. Sa mission est d'assurer, sur tout le territoire québécois, la mobilité durable des personnes et des marchandises par des systèmes de transport efficaces et sécuritaires qui contribuent au développement du Québec. Voici les responsabilités et les fonctions du ministère à l'égard de l'inspection des structures et de la planification de leur entretien. Elles sont mentionnées dans la *Loi sur le ministère des Transports*, la *Loi sur la voirie* et la *Loi sur les infrastructures publiques* :

- Élaborer et proposer au gouvernement des politiques relatives aux services, aux réseaux et aux systèmes de transport ;
- Préparer annuellement un plan de développement du réseau routier ;
- Effectuer les travaux de construction, de réfection et d'entretien des routes et, plus particulièrement, inspecter, réparer et remplacer les structures situées sur le réseau routier dont il a la responsabilité, comme le gouvernement l'a déterminé par des décrets ;
- Offrir un soutien technique et financier aux municipalités relativement à l'entretien, à la réfection et à l'amélioration du réseau routier local ;
- Conclure des ententes avec les municipalités pour effectuer des travaux de construction, de réfection ou d'entretien de routes ;
- Entretenir la partie de l'infrastructure servant de pont à une route municipale qui passe au-dessus d'une route dont il a la gestion ;
- Gérer les ponts reconnus comme stratégiques par un décret du gouvernement ;
- Communiquer au président du Conseil du trésor les renseignements relatifs aux investissements prévus sur le réseau routier, renseignements qui sont nécessaires à l'élaboration annuelle du plan québécois des infrastructures.

20 Pour réaliser sa mission, le ministère a compté sur un effectif moyen de 4 671 employés réguliers ainsi que 1 673 employés occasionnels en 2013-2014.

21 Nos travaux ont été menés dans des directions du ministère et dans quatre directions territoriales. Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

22 Les travaux se sont articulés autour de deux axes, soit la gestion du parc de structures et les activités liées à l'inspection de celles-ci ainsi qu'à la préparation des projets routiers.

2.1 Gestion du parc de structures

23 Dans le contexte gouvernemental, la gestion des actifs nécessite un processus stratégique et systématique de planification des interventions relatif à l'entretien, à la réparation, à la réfection ou à la reconstruction d'actifs. Ce processus doit permettre d'atteindre la cible concernant l'état des structures, et ce, au meilleur coût possible.

24 Les quatre sections suivantes présentent les résultats de nos travaux portant sur l'accessibilité de l'information concernant les structures, l'efficacité du processus de planification et de programmation des interventions, l'importance accordée à l'entretien préventif et courant et la prise en charge par le MTQ de la gestion des structures du réseau municipal.

Information sur les structures

25 Un inventaire détaillé, fiable et à jour des structures sous la responsabilité du MTQ est un préalable à la gestion de ces actifs. Voici des exemples de données que le ministère devrait détenir sur chaque structure s'il veut s'assurer d'une planification efficace des inspections et des interventions :

- emplacement ;
- type et éléments ;
- débit de circulation routière auquel elle est soumise ;
- études ou évaluations réalisées ;
- travaux antérieurs et en cours.

26 Vu l'impact que peut avoir un manque d'information, nous avons recommandé en 2003 au ministère de veiller à obtenir une information fiable et utile sur les ponts qu'il inspecte. En 2007, la commission Johnson a pour sa part recommandé au ministère de constituer et de maintenir des dossiers complets sur les structures sous sa responsabilité. Le but est de disposer des données pertinentes à la conduite des activités d'inspection et de réparation de ces structures. Le regroupement de l'information et son accessibilité étaient au cœur des préoccupations qui ont mené à ces recommandations.

27 Le ministère a développé depuis le système de gestion des structures du Québec (GSQ), lequel vise à regrouper dans un seul dossier toute l'information sur chaque structure au moyen d'un identifiant par structure et d'un accès direct à l'information accessible par son logiciel de gestion électronique des documents et celle présente dans la banque ministérielle des plans des structures.

28 Le ministère a enregistré des progrès importants depuis 2007 ; toutefois, les données à l'égard des travaux effectués pour chaque structure sont encore dispersées, ce qui ne permet pas d'accéder facilement ni rapidement à l'ensemble de l'information qu'il détient. D'autre part, le MTQ n'a pas réussi à uniformiser les façons de faire dans les directions territoriales.

29 Malgré le développement du système informatisé et du logiciel de gestion, une partie de la problématique soulevée par la commission Johnson concernant la facilité d'accès à l'information, son repérage et la capacité de regrouper la documentation afférente à une structure et aux travaux qu'on y a réalisés demeure. Voici les lacunes relevées quant au système et au logiciel.

Système de gestion des structures

30 Le développement du GSQ s'est amorcé en 2005 et l'implantation dans toutes les directions territoriales du MTQ a été terminée en avril 2008. Ce système doit permettre d'établir et de mettre à jour l'inventaire des structures, de gérer les inspections, de répertorier les interventions à effectuer, de calculer les indicateurs de gestion et d'effectuer la planification stratégique. Dans les faits, il collige de l'information relativement complète sur l'inventaire des structures et les indicateurs liés à leur état, ainsi que sur les inspections et leurs résultats.

31 Le système ne contient toutefois que peu d'information sur les travaux qui ont été exécutés sur les structures, ce qui limite la capacité des personnes affectées à un projet d'accéder facilement et rapidement à l'information pertinente, notamment à celle concernant l'historique des travaux réalisés sur une structure. Le système contient un onglet qui sert à conserver les données de base sur les interventions effectuées, dont la nature des travaux et les composantes de la structure qui sont touchées. Or, le ministère n'a pas obligé les directions territoriales à alimenter cette section, de telle sorte que le GSQ ne contient que peu d'information sur les travaux réalisés.

32 L'examen de 28 dossiers dans les 4 directions territoriales visitées a confirmé la faible utilisation de cet onglet pour répertorier les interventions. Une seule direction territoriale a documenté cette section, et ce, pour uniquement 4 des 7 dossiers qui ont été analysés dans cette direction.

33 Pour chaque structure, le système permet également d'accéder à une liste de projets prévus ou réalisés, mais les données sommaires sur les travaux qui sont effectués lors de ces projets n'y sont pas enregistrées, pas plus qu'on n'y donne des indications pour trouver les documents y afférents. Cette liste ne permet donc pas de bien saisir la nature des interventions prévues ou réalisées sur la structure.

34 Lors de l'examen des dossiers concernant les structures, nous avons eu de la difficulté à reconstituer l'historique des travaux sur ces structures et des études menées à cet égard. Des employés du ministère ont confirmé l'existence de cette difficulté.

Logiciel de gestion électronique des documents

35 Mis en place graduellement à partir de 2007, le logiciel de gestion électronique des documents permet, pour chaque structure, de numériser, d'enregistrer et de consulter les documents techniques la concernant. Pour chacune d'elles, on devrait trouver les documents qui s'y rapportent, notamment ceux relatifs à la conception, aux inspections et à l'entretien des structures. Or, nous avons noté ce qui suit :

- L'information est incomplète. Les directions territoriales visitées n'effectuent pas la numérisation de manière systématique et rigoureuse. D'ailleurs, dans l'une d'entre elles, la numérisation des documents relatifs aux structures n'est plus réalisée.
- Il est souvent difficile de s'y retrouver malgré une arborescence standardisée, ce qui nuit à l'efficacité du système. Par exemple, les règles préconisées par le ministère pour nommer les fichiers ne sont pas systématiquement appliquées. Pour certains dossiers, il faut ouvrir chaque fichier numérisé pour connaître la nature du document.
- Le système ne permet pas d'inclure certaines données, notamment les dessins créés à partir du logiciel AUTOCAD, ni d'insérer l'ensemble des photos prises. Des systèmes de classement complémentaires doivent donc être mis en place dans les directions territoriales.

36 Par ailleurs, les résultats d'une consultation interne menée en juillet 2014 auprès de neuf groupes d'utilisateurs et de gestionnaires au sujet de ce logiciel mettaient déjà en évidence les lacunes que nous avons relevées. Plusieurs difficultés y ont été soulevées, dont la complexité du classement, la dispersion de documents pour un même dossier, le manque d'uniformité, l'adhésion variable du personnel et la fonction de recherche non performante. Cette consultation, réalisée près de sept ans après l'implantation du logiciel, a été effectuée dans le cadre d'un projet d'amélioration de la gestion intégrée des documents que le ministère a entrepris. Le plan d'action relié à ce projet était en cours d'élaboration au moment de nos travaux.

Dossiers sur support papier et systèmes locaux

37 Malgré les systèmes informatiques mis de l'avant par le ministère, les directions territoriales visitées utilisent toujours des dossiers de différents types sur support papier et leurs propres systèmes pour conserver certains documents relatifs aux structures et aux projets de réparation y afférents. De surcroît, ces documents ne sont pas référencés dans le GSQ ni dans le logiciel de gestion électronique des documents et les méthodes de classement employées font en sorte qu'il est parfois difficile de s'y retrouver.

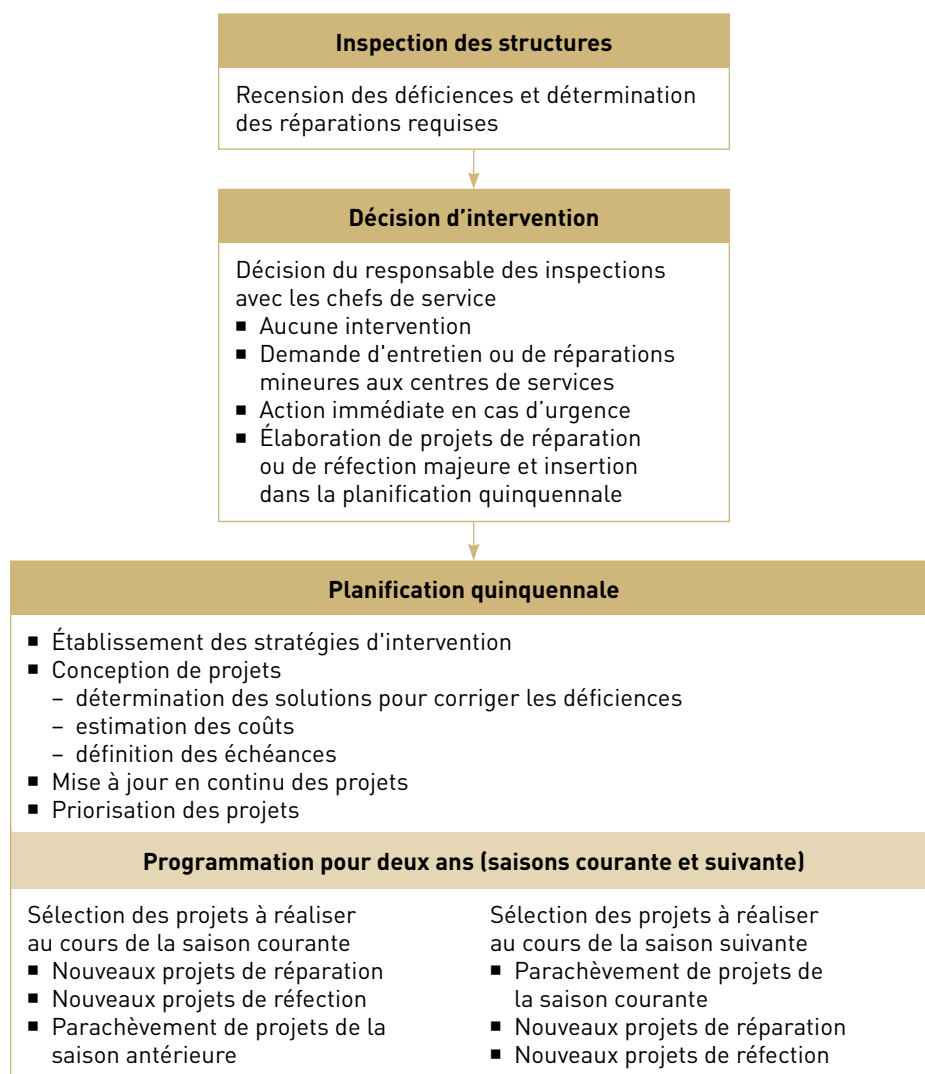
Planification et programmation des interventions

38 La planification des interventions permet au MTQ de déterminer les projets de réparation ou de réfection majeure qu'il compte réaliser chaque année sur un horizon de cinq ans. La planification englobe la conception de projets, la prévision de leurs échéances et de leurs coûts, ainsi que leur priorisation.

39 Effectuée par les directions territoriales, la programmation renvoie à la planification opérationnelle à court terme et détermine les projets devant être réalisés au cours d'une **saison** de travaux donnée. La figure 1 présente le processus de planification des interventions sur les structures.

Quoique des travaux se fassent parfois en hiver, une saison de travaux s'étend généralement d'avril à novembre.

Figure 1 Planification des interventions



40 La planification quinquennale est évolutive. Au fur et à mesure que des études approfondies sont menées, les besoins se définissent davantage ; ainsi, la nature des projets et les estimations de coûts se précisent. Guidées par la connaissance de l'état des structures, la nature des projets et les stratégies d'intervention de la direction centrale, les directions territoriales priorisent les projets.

41 Puisque les infrastructures ont une durée de vie très longue, la planification des investissements doit être basée sur une vision à long terme ; cela diffère des cycles budgétaires, lesquels sont beaucoup plus courts. Un processus de planification et de programmation rigoureux permet de prendre les meilleures décisions possibles concernant l'entretien, la réparation, l'amélioration et le remplacement des structures, et ce, afin d'assurer des services de transport efficaces dans une perspective de développement durable.

Stratégies d'intervention

42 Le MTQ n'évalue pas si ses stratégies d'intervention sur les structures sont efficaces, pas plus qu'il ne détermine l'impact qu'auront les budgets consentis sur leur état.

43 La vie utile d'une partie importante du parc de structures arrive à échéance ; toutefois, les contraintes financières, logistiques et autres font en sorte qu'il est impossible pour le ministère de les reconstruire toutes en même temps. Dans ce contexte, le MTQ détermine annuellement des stratégies qui visent à étaler les interventions majeures. Ces stratégies privilégient notamment les réparations moins coûteuses qui ont pour effet de corriger des déficiences d'une structure pour 10 à 15 ans, plutôt que des réparations plus complètes et plus coûteuses, lesquelles corrigeraient des déficiences pour 30 à 35 ans.

44 Les stratégies priorisent également les projets peu coûteux (moins de 1,2 million de dollars en 2014-2015) dont les résultats attendus sont de ralentir la vitesse de dégradation des structures et de reporter à plus tard (de 5 à 10 ans) les interventions majeures sur celles-ci. À la suite de la réalisation de ces projets, les structures sont considérées comme en bon état.

45 Cependant, le MTQ ne dispose pas d'information pour démontrer que ses stratégies sont efficaces et qu'il atteint ses objectifs. Par exemple, il n'évalue pas si les structures réparées nécessitent d'autres travaux avant l'échéance prévue.

46 Dans le but d'améliorer sa planification, le ministère a amorcé des réflexions au début des années 2000. Le but était de moderniser son système de gestion des structures et de se doter d'un outil qui lui permettrait notamment de déterminer, au moyen de modèles de dégradation et d'analyses des coûts du cycle de vie, les interventions les plus performantes économiquement. Il voulait

ainsi fournir aux décideurs des propositions quant à l'ordre des interventions, propositions basées sur les meilleures stratégies d'investissement en fonction des budgets disponibles. Cet outil, à savoir un module de planification stratégique intégré dans le GSQ, devait initialement être livré en juillet 2007. Or, à l'automne 2015, il n'était toujours pas fonctionnel.

47 Dans le contexte actuel où les ressources financières sont limitées dans le secteur du réseau routier, il est important que le ministère dispose d'un tel outil. Celui-ci lui servirait non seulement à démontrer son besoin d'un financement stable, mais aussi à évaluer le financement requis pour atteindre à long terme un niveau donné de qualité du parc de structures. Le MTQ pourrait également au moyen de cet outil mesurer l'impact des budgets consentis sur l'état des structures.

48 En l'absence d'un tel outil, le ministère effectue des estimations à l'aide d'un chiffrier électronique, de données globales extraites du système de gestion des structures et d'hypothèses sur des éléments tels le taux annuel de déficience des structures et le pourcentage d'augmentation des coûts des travaux.

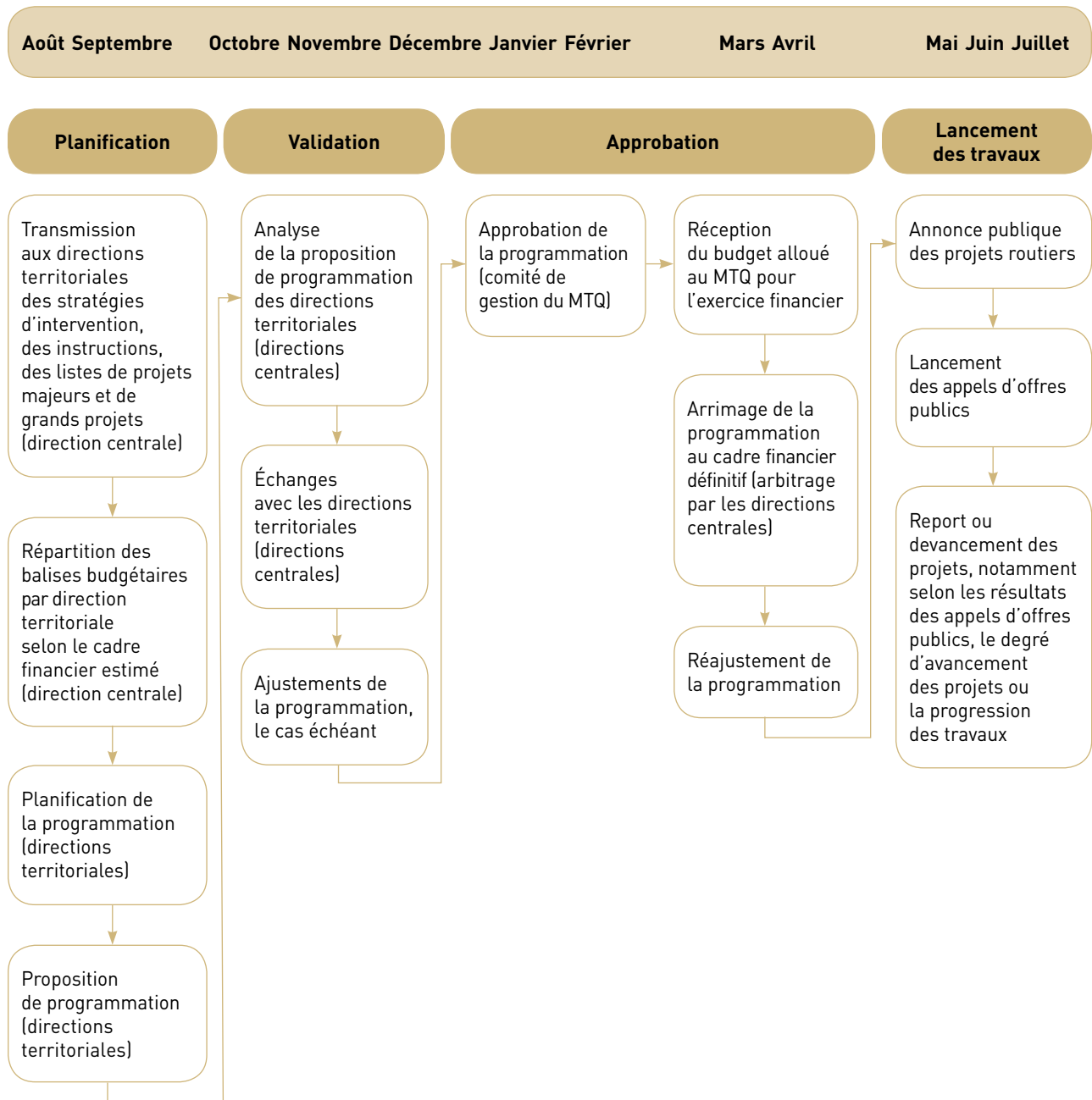
49 Il est d'autant plus important que le ministère démontre l'impact des ressources allouées sur l'état des structures que l'objectif lié à l'amélioration de l'état de celles-ci n'a pas été reconduit dans son plan stratégique 2013-2015, alors qu'il l'était dans le plan 2008-2012. Le *Plan stratégique 2013-2015* inclut plutôt un objectif lié au maintien de l'état actuel des structures, soit 69,9 % des structures en bon état sur le réseau routier supérieur et 49,7 %, sur le réseau routier municipal. Compte tenu de la définition de l'indicateur quant à l'état des structures, cela signifie que 30 % des structures du réseau supérieur et la moitié de celles du réseau municipal nécessiteront des interventions importantes d'ici cinq ans.

50 L'objectif mentionné ci-dessus est inférieur à celui inclus dans le *Plan de redressement du réseau routier 2007-2022*, lequel vise à ce que l'état des structures soit comparable à celui des états américains qui sont les meilleurs en la matière. Il est également moindre que la cible fixée pour 2022 dans ce plan, soit 80 % des structures en bon état. Rappelons que cette cible avait été établie à la suite des travaux de la commission Johnson.

Programmation des interventions

51 L'établissement de la programmation est le résultat d'un processus s'échelonnant du mois d'août au mois de mars de chaque année. À partir des instructions et des balises budgétaires reçues des directions centrales du ministère, ainsi que de leur connaissance du parc de structures sous leur responsabilité, les directions territoriales établissent leurs priorités d'intervention pour les deux années à venir. Un processus de validation, effectué par les directions centrales concernées et les autorités du ministère, s'ensuit et conduit à l'approbation de la programmation, ce qui permet de procéder au lancement des travaux que l'on prévoit effectuer dans chacune des régions. La figure 2 présente les principaux jalons de ce processus.

Figure 2 Processus de programmation



52 Le processus de programmation en place au ministère comporte plusieurs inefficiences.

53 Malgré le caractère structuré du processus, les sommes prévues dans la programmation approuvée ne sont pas arrimées aux balises fixées, au budget autorisé et aux sommes inscrites dans le PQI.

54 Notons que le PQI a une portée à long terme, soit de 10 ans. Toutefois, l'exercice de révision annuel fait en sorte que les sommes prévues pour une année donnée peuvent être substantiellement modifiées d'un PQI à l'autre. Par exemple, de 2011 à 2014, les investissements prévus pour l'année 2015 dans les PQI pour le secteur du réseau routier ont diminué de près de un milliard de dollars. L'annexe 2 fait état des montants alloués à ce secteur dans les PQI produits depuis 2007. Rappelons cependant que les investissements du ministère pour la conservation des structures sont demeurés relativement stables de 2011 à 2015.

55 En août, le MTQ utilise les montants figurant dans le PQI de l'année précédente afin d'établir ses balises. En effet, le budget de l'année en cours n'est connu que lors de son adoption par l'Assemblée nationale, généralement en mars. La programmation, approuvée en février, doit donc être élaborée à partir de prévisions. De plus, étant donné que la surprogrammation est autorisée, les sommes programmées par les directions territoriales et approuvées par la direction centrale sont souvent plus élevées que les balises.

56 En outre, les directions centrales effectuent un arbitrage pour arrimer la programmation au cadre financier définitif. Cet arbitrage fait en sorte que, pour une même année, la répartition du budget entre les directions territoriales ne se fait pas sur la même base que la répartition pour les balises initiales. Ainsi, pour 2013-2014, les budgets accordés aux directions territoriales s'éloignent de ces balises. Par exemple, il y a une baisse de 45 % pour une direction et une augmentation de 3 % pour une autre, ce qui contribue à augmenter la difficulté de certaines directions à réaliser les projets selon la programmation approuvée.

57 Par ailleurs, il est prévu depuis 2013-2014 que, pour les directions territoriales, la programmation est valide pour deux ans. Cela ne correspond toutefois pas à la réalité observée dans les régions visitées. De fait, la révision annuelle du PQI et du budget du FORT, les reports, le devancement ou le parachèvement de travaux, notamment ceux relatifs aux projets majeurs, ainsi que la surprogrammation font en sorte que les directions doivent revoir de façon substantielle leur programmation chaque année.

58 De plus, les lacunes au sujet de la démarche liée à la gestion des projets routiers et de sa mise en œuvre, dont nous traitons plus loin, ne sont pas étrangères aux difficultés associées au processus de programmation, car plusieurs projets ne sont pas réalisés comme ils ont été programmés et doivent être reportés.

Suivi de la programmation

59 Dans un souci d'amélioration continue, il est important que le ministère fasse un suivi de la programmation qui a été approuvée. La maîtrise des coûts, le respect des échéanciers ainsi qu'un bilan montrant jusqu'à quel point les projets se sont concrétisés sont des éléments clés d'un tel suivi.

60 Bien que le MTQ ait l'information sur chaque projet, il ne suit pas le taux de réalisation de l'ensemble des projets programmés ni n'évalue dans quelle mesure les échéanciers et les coûts des projets ont été respectés. De plus, il n'effectue pas de suivi rigoureux des recommandations faites aux directions territoriales à la suite de travaux spécialisés afin de s'assurer qu'elles sont appliquées.

61 Le ministère effectue un suivi financier des travaux effectués. Celui-ci consiste à comparer, pour chacun des axes d'intervention, les dépenses annuelles totales avec le budget alloué et le montant de la programmation approuvée. Toutefois, il ne fait pas de suivi à l'égard du taux de réalisation des projets. L'information sur chaque projet est connue, mais le MTQ n'évalue pas la proportion dans laquelle les échéanciers sont respectés et les projets comportent des dépassements de coûts.

62 L'une des directions centrales effectue une comparaison entre la programmation proposée par les directions territoriales et les stratégies d'intervention afin de mesurer le niveau d'application de celles-ci. Toutefois, puisque cet exercice se fait avant la programmation approuvée et qu'il n'est pas basé sur les projets effectivement réalisés, le ministère ne peut savoir si les travaux effectués ont eu pour effet de corriger l'état des structures dans la même mesure que le prévoyaient les stratégies.

63 D'autre part, les stratégies d'intervention nécessitent de prioriser les projets sur les structures pour lesquelles la direction centrale a produit des avis techniques à la suite de travaux spécialisés demandés par les directions territoriales. Ces dernières ont l'obligation d'appliquer les recommandations incluses dans ces avis, d'intégrer les travaux requis dans leur planification et de respecter les délais établis, lesquels ont été fixés en fonction du risque. La direction centrale demeure toutefois imputable de la mise en œuvre de ses recommandations.

64 Or, le manque de suivi par la direction centrale du ministère fait en sorte que ce dernier n'a pas l'assurance que les travaux recommandés dans ces avis sont tous planifiés et effectués en temps opportun. Il ne peut non plus réajuster les exigences et les échéances relatives à ces avis en fonction de la capacité des directions territoriales à inclure les travaux requis dans leur planification.

65 En janvier 2015, pour la réalisation des travaux compris dans 107 avis techniques, les délais prévus étaient expirés et la justification était soit absente, soit insuffisante.

Entretien préventif et courant des structures

66 L'entretien préventif consiste à intervenir sur une structure de façon à empêcher ou à ralentir le processus de dégradation qui peut entraîner la détérioration prématurée de ses composantes. Certaines activités d'entretien préventif sont récurrentes, comme le nettoyage et l'entretien du système de drainage, alors que d'autres sont ponctuelles, par exemple l'imperméabilisation des surfaces en béton, le resurfaçage de l'enrobé bitumineux, le remplacement de garnitures de joints de tablier.

67 L'entretien courant renvoie, quant à lui, à des interventions mineures visant à corriger des défauts ou à freiner des dégradations, notamment le déblocage d'un joint de tablier ou le remplacement de boulons et de rivets.

68 L'entretien courant et la majorité des travaux d'entretien préventif sont confiés aux centres de services du ministère. Ces centres relèvent des directions territoriales, lesquelles chapeautent de deux à huit centres chacune. Les travaux peuvent être réalisés par les employés du centre de services ou être confiés à des entrepreneurs locaux.

69 Plusieurs travaux doivent être effectués chaque année par les centres de services, par exemple le nettoyage de la surface de roulement des structures. D'autres sont déterminés par les directions territoriales lors des inspections des structures.

70 Selon le MTQ, à ressources financières égales, une stratégie d'entretien préventif permet d'intervenir sur un nombre 10 fois plus important de structures qu'une stratégie axée sur la réalisation de réparations pour corriger des défauts majeurs. En effet, à mesure que l'état d'une structure se détériore, les coûts nécessaires à sa réparation augmentent selon une courbe prononcée.

71 Le MTQ n'a pas élaboré de plan d'entretien préventif systématique pour les structures en bon état et ses activités à ce titre ont diminué. Le ministère, en plus de ne pas effectuer de suivi sur les sommes réellement dépensées pour l'entretien préventif, n'a pas toujours l'assurance que les travaux d'entretien préventif et courant sont réalisés.

72 Pourtant, selon le manuel d'entretien des structures du MTQ, l'entretien préventif constitue une stratégie d'utilisation des fonds publics qui est optimale pour les structures en bon état, qu'elles soient récentes ou remises en état ; de ce fait, ce type d'entretien devrait être planifié en priorité.

73 L'entretien programmé, qui est qualifié de préventif par le ministère, est essentiellement basé sur ce qui est observé lors des inspections et qui est saisi dans le GSQ. Les interventions sont surtout réactives, c'est-à-dire qu'elles sont destinées à corriger des défauts sur des structures déjà déficientes. À notre avis, elles représentent davantage de l'entretien courant que de l'entretien préventif.

74 Bien que le manuel d'entretien présente des activités récurrentes qui devraient être effectuées à intervalles réguliers, par exemple imperméabiliser les surfaces en béton tous les 10 ans, le ministère n'a pas élaboré de plan d'entretien préventif systématique pour les structures en bon état. Il n'a pas défini de stratégies ni d'outils de planification qui tiendraient compte de l'année de construction des structures et des processus de dégradation, et qui seraient appuyés par des analyses économiques.

75 Par ailleurs, le budget d'entretien préventif de 2015 a diminué de moitié par rapport aux années précédentes et s'établit à moins de 1 % du budget de conservation des structures (tableau 4).

Tableau 4 Budget consacré à l'entretien préventif

	2011- 2012	2012- 2013	2013- 2014	2014- 2015	2015- 2016
Entretien préventif (M\$) ¹	20	20	20	20	10
Conservation des structures (M\$) ¹	915	1 035	786	900	1 200
Proportion allouée à l'entretien préventif	2,2%	1,9%	2,5%	2,2%	0,8%

1. Les données concernant ces deux éléments proviennent du MTQ.

76 D'autre part, selon les bilans d'exploitation du MTQ, les centres de services du ministère ont déboursé en moyenne 11 millions de dollars annuellement pour l'entretien courant au cours des exercices financiers de 2011-2012 à 2014-2015.

77 De plus, le ministère n'effectue pas de suivi sur les sommes réellement dépensées à même le budget d'entretien préventif. Par ailleurs, une part de ce budget est utilisée pour mener des activités d'enlèvement de fragments de béton détachables sur des structures dégradées. Ces activités, bien qu'essentielles pour assurer la sécurité des usagers, ne permettent pas d'allonger la durée de vie de la structure et ne constituent pas en soi de l'entretien préventif.

78 En plus des contraintes budgétaires, la capacité limitée des centres de services à effectuer tous les travaux d'entretien préventif et courant nécessaires est souvent mentionnée par le personnel de trois des quatre directions territoriales visitées. Ainsi, des travaux tel le nettoyage annuel des structures ne sont pas effectués comme prévu.

79 De plus, des interventions préconisées à la suite des inspections sont laissées en attente et ne sont faites que plusieurs années plus tard. Le fait de ne pas effectuer certaines de ces interventions a une incidence appréciable sur la vitesse à laquelle se dégradent les structures. Ces interventions concernent par exemple des réparations de joints d'étanchéité, des talus nécessitant un enrochement, le remplacement de membranes.

80 Par ailleurs, deux des directions territoriales visitées ne font pas de suivi systématique quant à la réalisation des activités d'entretien ou de réparation mineure demandées aux centres de services. C'est seulement lors de l'inspection générale suivante que les directions voient si les travaux ont été effectués comme demandé.

81 La situation relativement à l'entretien préventif et courant augmente la difficulté de sortir du cycle selon lequel la dégradation annuelle des structures est plus grande ou égale aux réparations et aux réfections réalisées. D'ailleurs, le MTQ n'a pas défini d'objectif stratégique concernant l'entretien préventif des structures et, par conséquent, il ne présente aucune cible ni aucun résultat à ce propos dans sa reddition de comptes publique.

Structures du réseau routier municipal

82 La commission Johnson a formulé dans son rapport de 2007 une recommandation selon laquelle le MTQ devrait reprendre la propriété de l'ensemble des ponts du réseau routier municipal ou, tout au moins, assumer entièrement la responsabilité de leur inspection, de leur entretien et, éventuellement, de leur remplacement. À la suite de cette recommandation, le ministre des Transports du Québec s'est vu confier la gestion de près de 4 300 structures situées sur le réseau municipal.

83 En effet, par décret, le gouvernement assume depuis 2007 la gestion des ponts municipaux situés sur le territoire des municipalités qui comptaient 100 000 habitants et moins au 31 janvier 2001. Au moment du décret, le gouvernement a maintenu le partage des responsabilités existant depuis 1993 : les municipalités demeurent responsables de l'entretien de la surface de roulement, du drainage, des chasse-roues et de certains dispositifs de retenue.

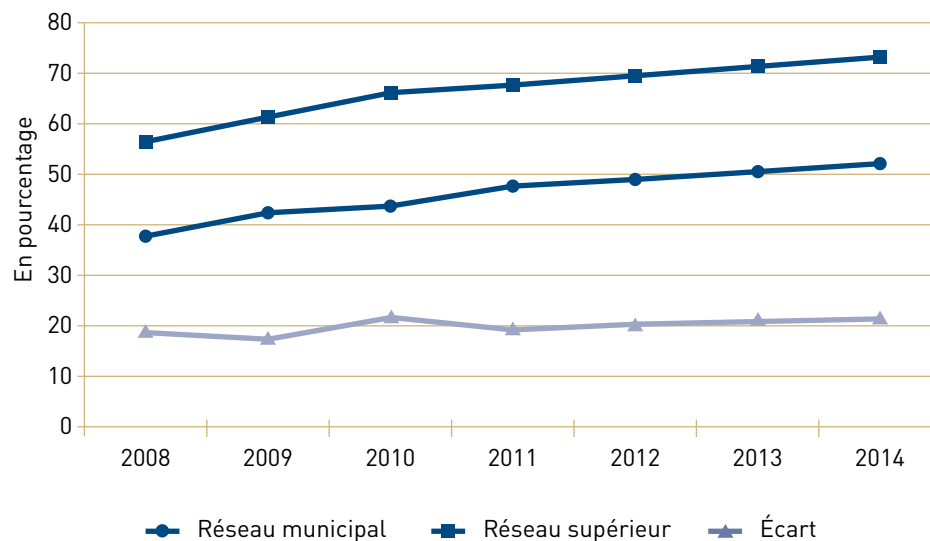
84 Bien que l'état des structures du réseau routier municipal se soit amélioré depuis 2007, les stratégies d'intervention du ministère n'ont pas permis d'atteindre un état comparable à celui des structures du réseau routier supérieur, du point de vue tant de la qualité que de la fonctionnalité. De plus, la reddition de comptes à l'égard de ces structures est incomplète.

85 Le MTQ gère en parallèle les structures du réseau municipal et celles du réseau routier supérieur. Ainsi, les stratégies d'intervention sont distinctes et les budgets sont alloués séparément pour les structures de chaque réseau. Il établit donc la priorité des travaux à effectuer pour chacun des réseaux plutôt que de considérer globalement l'ensemble des structures. Toutefois, cela lui permet de s'assurer que les directions territoriales prennent en compte les besoins relatifs aux structures du réseau municipal lors du processus de planification et de programmation des projets et que des sommes y sont investies.

86 En 2008, seulement 38,6 % des structures municipales étaient en bon état et l'écart par rapport à celles du réseau supérieur était de plus de 19 points de pourcentage. Depuis lors, le MTQ a élaboré des stratégies d'intervention propres aux structures du réseau municipal.

87 L'amélioration de l'état des structures des deux réseaux routiers de 2008 à 2014 est continue. Cependant, l'écart quant à la proportion des structures en bon état s'est accru légèrement durant cette période, l'état du réseau municipal progressant moins vite que celui du réseau supérieur (figure 3). En 2014, seulement 51,7 % des structures municipales étaient en bon état.

Figure 3 Structures en bon état



Source : MTQ.

88 De plus, à la fin de 2014, 37 % des structures du réseau municipal, comparativement à 3 % de celles du réseau supérieur, faisaient l'objet d'un affichage : la charge que le pont pouvait accepter était réduite par rapport à la norme ou le pont était interdit aux véhicules en surcharge ou encore il était fermé à la circulation.

89 Lors des travaux de la commission Johnson en 2007, la proportion des structures municipales faisant l'objet d'un affichage était similaire, soit 37 %. Toutefois, les deux réseaux ont des caractéristiques différentes qui font en sorte que l'impact sur la mobilité des personnes et des marchandises n'est pas le même. Par exemple, le **débit journalier moyen annuel**, qui sert notamment à mesurer l'importance d'une structure, est généralement moins élevé pour les structures du réseau municipal que pour celles du réseau routier supérieur. Or, le ministère ne donne pas d'information quant à l'incidence qu'auraient sur les usagers les restrictions relatives aux structures qui font l'objet d'un affichage.

Le débit journalier moyen annuel est une estimation du volume de circulation pour une journée moyenne au cours d'une année. Le MTQ considère généralement comme routes à fort débit toutes les autoroutes ainsi que les autres routes dont le débit journalier moyen annuel est supérieur à 5 000 véhicules.

90 Par ailleurs, la façon dont sont partagées les responsabilités entre le ministère et les municipalités concernant les structures du réseau routier municipal peut créer des incohérences quant à leur gestion. Par exemple, les municipalités ont la responsabilité d'assurer certains travaux d'entretien préventif, comme l'entretien de la surface de roulement et des mécanismes de drainage. Ces activités sont essentielles au maintien du bon état des structures dans une perspective à long terme. Une négligence de cet entretien peut détériorer les éléments structuraux qui, eux, sont de la responsabilité du MTQ. À la suite des inspections, le ministère transmet aux municipalités une liste de travaux d'entretien à effectuer. Toutefois, il ne peut en exiger l'exécution et il n'en réalise pas le suivi. Ce n'est que lors de l'inspection générale suivante qu'il peut voir si les travaux ont été faits.

91 De plus, les structures du réseau municipal ne font pas l'objet de la même reddition de comptes que celles du réseau supérieur. Certes, le MTQ traite de l'état des structures du réseau municipal dans son rapport annuel de gestion, comme il le fait pour celui des structures du réseau supérieur. Toutefois, le bilan de l'état des structures qu'il publie annuellement ne porte que sur celles du réseau supérieur. De même, le ministère publie depuis octobre 2011 sur son site Internet les rapports d'inspection générale des structures du réseau routier supérieur, mais il ne le fait pas pour ceux portant sur les structures du réseau municipal.

92 D'autre part, le MTQ a mis en place en 2011 un comité ministériel chargé de proposer des orientations afférentes aux structures du réseau municipal. Dans ce contexte, un cadre de gestion des structures du réseau municipal devait être adopté en 2013, mais il ne l'a pas encore été. Par l'intermédiaire de ce cadre, le ministère vise entre autres à assurer « l'équité de ses interventions » et à agir en toute transparence avec les municipalités.

Recommandations

93 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère.

- 1** Faire en sorte que, pour chaque structure, l'ensemble de l'information relative aux travaux effectués soit accessible rapidement.
- 2** S'assurer de l'efficacité de ses stratégies d'intervention sur les structures et mesurer l'impact du budget sur leur état.
- 3** Revoir son processus de programmation afin d'en augmenter l'efficacité.
- 4** Effectuer un suivi de la programmation pour connaître le taux de réalisation des projets afférents aux structures et savoir dans quelle mesure ceux qui ont été effectués l'ont été dans le respect des délais et des coûts prévus.
- 5** Effectuer un suivi rigoureux des recommandations faites aux directions territoriales à la suite de travaux spécialisés afin que les interventions sur les structures qui sont exigées soient exécutées en temps opportun.

- 6 Valoriser davantage l'entretien préventif de l'ensemble des structures sous sa responsabilité, notamment :
 - élaborer des plans d'entretien préventif et affecter les ressources en conséquence ;
 - se doter d'indicateurs et de cibles quant à la réalisation de l'entretien préventif et en rendre compte.
- 7 Définir des orientations pour les structures du réseau routier municipal et améliorer sa reddition de comptes relative aux structures de ce réseau.

2.2 Inspection et préparation des projets routiers

94 La planification des activités et les stratégies d'intervention doivent trouver un écho dans l'organisation du travail. À ce chapitre, l'inspection des structures, la gestion des projets routiers et le renforcement de l'expertise revêtent une grande importance.

Encadrement du système d'inspection

95 L'inspection des structures est un élément clé du processus de gestion des structures. Elle fournit l'information de base sur leur état et permet de détecter les défauts et de suivre l'évolution de ces derniers. Ces données sont utilisées pour évaluer la condition des structures et pour prioriser et planifier les interventions.

96 Un pourcentage de plus en plus important d'inspections est mené par le ministère, mais certaines doivent être confiées à des firmes de génie-conseil. Les mandats d'inspection sont accordés dans le cadre du **programme de contrats à exécution sur demande**. Chaque mandat d'inspection fait l'objet d'un contrat, dont le montant est négocié entre le ministère et la firme. La valeur des mandats d'inspection accordés par le ministère au cours des trois dernières années s'élève à environ 30 millions de dollars.

97 Notre rapport de vérification en 2003 ainsi que le rapport de la commission Johnson en 2007 ont fait état de plusieurs lacunes à l'égard du programme d'inspection du MTQ. Nous avons notamment noté l'insuffisance de l'information consignée dans le système informatique et le manque de suivi quant à la réalisation des inspections annuelles. La commission Johnson a, pour sa part, recommandé d'intégrer dans les manuels d'inspection l'obligation de poser un diagnostic lorsqu'un dommage est constaté et d'adapter le système d'inspection à divers types de structures et dans diverses conditions.

Selon le programme de contrats à exécution sur demande, les prestataires de services répondant aux exigences du MTQ sont inscrits sur une liste valide pour trois ans. Dans le domaine de l'ingénierie des ponts, le ministère doit proposer des mandats de façon équitable en assurant une rotation de tous les prestataires inscrits dans le volet « inspection-inventaire ».

98 Mentionnons que nos travaux ne concernent pas la qualité du travail des inspecteurs, mais plutôt l'encadrement de ce travail (de la planification des inspections à leur suivi).

99 Les actions mises en œuvre par le ministère pour encadrer ses activités d'inspection ont entraîné des améliorations substantielles au système d'inspection. Toutefois, l'estimation des coûts des mandats d'inspection confiés à des firmes de génie-conseil n'est pas toujours soutenue par des analyses rigoureuses.

Le système d'évaluation de l'état permet d'estimer l'état général des éléments d'une structure. Les défauts des matériaux et le comportement des éléments de la structure sont appréciés au moyen de critères définis.

100 Depuis 2008, un nouveau programme d'inspection, soutenu par le **système d'évaluation de l'état**, le manuel d'inspection des structures et le GSQ, a été mis en place dans les directions territoriales.

101 Le système d'évaluation de l'état a permis aux inspecteurs d'uniformiser et de faciliter l'appréciation des défauts des éléments d'une structure. Ainsi, pour chacune des structures, le GSQ génère une fiche d'inspection générale constituée d'une liste détaillée de tous ses éléments. Les inspecteurs évaluent l'état de chacun des éléments et consignent les résultats dans le GSQ dans un délai de six semaines. Le processus de finalisation de l'inspection a lieu quatre semaines plus tard au maximum, ce qui assure que l'information sur les résultats d'inspection est complète et qu'elle est disponible en temps opportun.

102 De plus, les directions territoriales utilisent des fonctionnalités du GSQ pour effectuer la planification des inspections. Ainsi, les listes de structures à inspecter sont créées et des mécanismes permettant de s'assurer que des inspecteurs dûment certifiés ont procédé à toutes les inspections en temps opportun sont en place.

103 Par ailleurs, à la suite de la vérification que nous avons menée en 2003, le ministère a adopté un plan d'action qui prévoit que toutes les directions territoriales obtiendront la certification ISO pour les activités liées à l'inventaire et à l'inspection des structures. Cette certification, qui implique chaque année des audits internes et externes, a été délivrée en 2004 et elle est maintenue depuis. Elle contribue à l'amélioration continue de la qualité du système d'inspection.

104 Néanmoins, il existe certaines inefficiences liées à l'attribution des mandats d'inspection aux firmes de génie-conseil, notamment dans l'estimation des coûts des mandats. Le ministère a l'obligation de faire cette estimation avant d'accorder les mandats et celle-ci sert de base à la négociation. Une estimation rigoureuse facilite la négociation et justifie le prix payé. Or, le MTQ manque parfois de rigueur dans l'évaluation des coûts et n'a pas toujours l'assurance d'obtenir le juste prix. En effet, aucune orientation concernant la réalisation de ces estimations n'a été établie.

105 Dans les directions territoriales visitées, les méthodes employées vont d'une évaluation basée sur un montant fixe par structure à des calculs très élaborés, appuyés par la compilation de données historiques. De plus, le temps que prend l'inspection de chaque structure n'est pas colligé dans le GSQ, bien qu'un champ soit prévu à cette fin. Or, cette donnée constitue une information importante pour effectuer des estimations.

Gestion des projets routiers

106 De l'étude des besoins à l'exécution des travaux, la réalisation d'un projet routier s'échelonne sur plusieurs années. Afin de mieux contrôler les coûts des projets ainsi que le respect de leur échéancier, le MTQ a amorcé en 2001 une réflexion qui a mené à une démarche liée à l'amélioration de la gestion des projets routiers (GPR). Voici les principaux jalons quant à cette démarche.

2001	Amorce des travaux de réflexion
2003	Dépôt du rapport <i>Solution informatique et administrative : gestion de projets routiers</i>
2005	Lancement de la démarche ministérielle de gestion des projets routiers
2007	<ul style="list-style-type: none">■ Création du Service de gestion des projets routiers■ Développement de l'outil informatisé de gestion de projets
2008	Mise sur pied du comité de gestion des projets routiers
2009	Mise en œuvre de la démarche ministérielle de gestion des projets routiers
2010	Préparation des plans locaux d'amélioration visant l'utilisation des outils et des systèmes de gestion pour l'ensemble des projets routiers
2012	Lancement du processus de dotation des postes de gérant de projet
2013	<ul style="list-style-type: none">■ Mise en œuvre du plan d'action pour l'accélération de l'implantation de la démarche liée à la GPR■ Création du comité de décision des projets de 5 millions de dollars et plus

107 Afin de formaliser les activités de réalisation des projets routiers, le ministère a également décrit le cycle de vie complet d'un projet routier. Ce cycle, que nous présentons à l'annexe 3, permet d'avoir une vision globale du déroulement d'un projet. Il comprend cinq phases :

- l'étude d'opportunité ;
- la conception ;
- la préparation des plans et devis et la libération des emprises ;
- la construction ;
- l'évaluation.

108 Ces phases sont associées à huit points de contrôle, qui sont l'occasion de faire le point quant à l'avancement du projet, d'en autoriser la poursuite et de déterminer la marche à suivre pour les étapes subséquentes.

109 Plus de 10 ans après le début de la démarche liée à l'amélioration de la GPR, le MTQ n'a pas encore terminé son implantation, ce qui entraîne des inefficiences importantes dans la planification des interventions sur les structures. De plus, les quatre directions territoriales visitées effectuent la gestion de projets de façon inégale et des déficiences ont été relevées à cet égard.

Implantation de la démarche

110 Après avoir observé que l'implantation de la démarche quant à l'amélioration de la GPR ne suivait pas le rythme souhaité dans les directions territoriales, le ministère a élaboré un plan d'action pour accélérer l'implantation de cette démarche, lequel a été mis en œuvre en 2013.

111 Or, dans les directions territoriales visitées, l'appropriation de la démarche demeure variable. Pour une de ces directions, elle est suivie pour la quasi-totalité des projets depuis 2013-2014. Pour une autre, elle n'est utilisée que pour les projets de plus de 5 millions de dollars, et ce, seulement depuis 2014-2015.

112 En 2015, le ministère a effectué un suivi du plan d'action concernant l'accélération de la démarche relative à la GPR. Ce suivi montre que les directions territoriales ne disposent pas des mêmes moyens. Par exemple, elles ne sont pas encore toutes dotées des effectifs prévus dans le plan d'action. D'ailleurs, l'une des directions territoriales visitées n'avait pas encore de **gérant de projet** ; pourtant, ce dernier est un intervenant central dans la gestion des projets routiers.

113 Au retard dans la dotation s'ajoute un manque de formation à l'égard du processus de gestion des projets routiers et des différents outils informatiques qui y sont reliés, notamment celui qui est utilisé pour préparer l'échéancier d'un projet et faire le suivi de l'affectation des ressources. Dans l'une des directions territoriales visitées, des gérants de projet n'avaient pas reçu de formation sur l'utilisation de cet outil. Des formations prévues ont été annulées et le ministère réfléchit sur la façon de mettre à la disposition des directions territoriales une offre de formation en continu.

114 De plus, la démarche ministérielle prévoit la création, dans chacune des directions territoriales, d'un comité de gestion de portefeuille. Ce comité, formé de ressources internes, a pour but de s'assurer que les projets routiers sont alignés sur la stratégie globale et la programmation du ministère, et que les ressources financières et humaines sont affectées aux projets prioritaires. À cet égard, une seule des quatre directions territoriales visitées s'est formellement dotée, en 2013, d'un comité de gestion de portefeuille. Le ministère n'a donc pas l'assurance que la gestion globale des projets est effectuée efficacement.

Mise en œuvre de la démarche

115 Notre analyse de la programmation et notre examen des dossiers font également ressortir des déficiences quant à la mise en œuvre de la démarche liée à la GPR dans les directions territoriales visitées.

Le gérant de projet assure le leadership et la coordination de l'équipe de projet composée de différents chargés d'activités. Il est responsable de la planification du projet ainsi que du suivi de sa réalisation.

116 D'une part, lors de **l'étude d'opportunité**, la décision de réaliser des travaux de réparation en lieu et place de travaux de reconstruction n'est pas toujours appuyée par des analyses de rentabilité ou des analyses des coûts du cycle de vie, analyses pourtant recommandées par le ministère. Dans les cas où ces analyses sont effectuées, elles ne le sont pas toujours au moment opportun.

Une étude d'opportunité permet de justifier sur une base technique et économique des interventions majeures sur le tablier et les unités de fondation ou la reconstruction complète d'une structure.

117 Par exemple, pour un des dossiers examinés, l'étude d'opportunité prévoyait la reconstruction de la structure. Après la phase de conception, cette solution a été revue : le projet en est devenu un de réparation. Aucune des deux décisions n'était soutenue par une **analyse des coûts du cycle de vie**. À la demande de la municipalité concernée qui préconisait la reconstruction, une telle analyse a finalement été effectuée et a confirmé que la réparation était la solution la plus rentable sur le plan économique.

L'analyse des coûts du cycle de vie est un outil d'aide à la gestion. Ce type d'analyse vise à déterminer le scénario présentant la valeur actualisée la plus basse. Elle comptabilise l'ensemble des coûts générés par une infrastructure au cours de sa vie utile.

118 Réaliser l'étude au moment opportun aurait évité des délais dans la préparation du projet et aurait permis d'assurer un cheminement de projet conforme à la démarche ministérielle. Si la décision avait été différente, on aurait dû reprendre la phase de conception.

119 D'autre part, le *Guide de gestion des projets routiers* suggère que les projets ne soient pas inscrits dans la programmation avant la phase de construction. À cette étape, un point de contrôle permet de confirmer l'obtention des différents permis et la conformité des plans et devis avant l'autorisation du lancement des appels d'offres.

120 Or, les projets sont inscrits dans la programmation à différentes étapes, dont plusieurs bien avant ce point de contrôle. Cette pratique entraîne le report de projets déjà programmés du fait qu'ils ne sont pas suffisamment avancés pour être réalisés. Par exemple, le déplacement des services publics n'a pas été planifié ou les autorisations environnementales n'ont pas été obtenues.

121 Les déficiences liées à l'implantation de la démarche afférente à l'amélioration de la GPR et à sa mise en œuvre font en sorte que le ministère ne maximise pas sa capacité, déjà limitée, de préparation de projets. En conséquence, malgré des besoins importants, les budgets prévus pour la conservation des structures ne sont pas pleinement utilisés. Par exemple, en 2013-2014, dans les quatre directions territoriales visitées, des projets programmés représentant plus de 132 millions de dollars sur un budget de 346,8 millions ont été reportés en raison notamment de retards dans la préparation des plans et devis.

122 De plus, malgré les efforts fournis et les ressources allouées depuis 2005 à la gestion ministérielle de projets routiers, le MTQ n'est toujours pas en mesure de connaître dans quelle mesure sa démarche a contribué à améliorer les délais et les coûts de réalisation des projets, soit deux des facteurs qui sont à l'origine même de cette démarche. Étant donné qu'un projet, de l'étude des besoins à la réalisation des travaux, s'échelonne généralement sur une période de sept ans, il est encore trop tôt pour faire un bilan global. Toutefois, le ministère n'a pas encore mis en place de mécanisme qui lui permettrait de disposer de l'information nécessaire pour effectuer l'évaluation des résultats associés à la démarche.

Renforcement de l'expertise

123 En 2011, le MTQ et le SCT ont présenté un document appelé *Actions concertées pour renforcer la lutte contre la collusion et la corruption*. Les actions proposées dans celui-ci visent notamment à contrôler les coûts et la qualité des travaux, et à se réapproprier l'expertise en matière de travaux publics.

124 Dans le but d'affirmer son leadership en matière d'expertise, le MTQ a mis en œuvre un plan de renforcement. L'une des actions proposées est de faire accomplir par des ressources internes plus d'activités, notamment celles relatives aux travaux d'inspection générale des structures, à la préparation de projets et à la surveillance de chantiers.

125 Si l'on compare aux cibles établies, le MTQ accuse dans des domaines clés un retard important pour des activités qui sont faites par ses ressources internes.

Les projets routiers incluent ceux relatifs à tous les axes d'intervention, à savoir la conservation des chaussées, la conservation des structures, l'amélioration du réseau routier et son développement.

126 Le ministère a pour objectif qu'en 2016-2017, ses ressources internes mènent 80 % des inspections générales, préparent 64 % des **projets routiers** et surveillent 35 % des travaux. Le tableau 5 montre dans quelle mesure les ressources internes du MTQ ont accompli chacune de ces activités de 2012-2013 à 2014-2015.

Tableau 5 Activités réalisées par les ressources internes du ministère

	Résultats (%)						Cible (%)
	2012-2013		2013-2014		2014-2015		2016-2017
	Tous les projets	Conservation des structures	Tous les projets	Conservation des structures	Tous les projets	Conservation des structures	Tous les projets
Inspections générales ¹	43	43	57	57	66	66	80
Préparation des projets ²	41	29	41	33	53	41	64
Surveillance des travaux routiers ³	16	8	21	13	36	21	35

1. Le pourcentage est basé sur le nombre de mètres carrés des structures inspectées.

2. Le pourcentage repose sur la valeur des projets préparés.

3. Le pourcentage a été établi en fonction des travaux surveillés.

Source : MTQ.

127 Bien que l'on note une progression des inspections générales effectuées par les ressources internes, l'atteinte de la cible de 80 % en 2016-2017 demandera des efforts considérables de la part de certaines directions territoriales, la situation étant fort variable dans chacune d'elles. Ainsi, en 2014-2015, 4 des 15 directions territoriales ont affiché un taux en dessous de 60 % pour des inspections générales faites par des ressources internes ; l'une de ces directions présentait un taux de 8 %. L'annexe 4 donne le taux d'inspections générales faites par des ressources internes.

128 Pour la conservation des structures, les résultats quant à la préparation des projets et à la surveillance des travaux effectuées par des ressources internes sont également éloignés des cibles. En effet, les taux demeurent faibles, soit 41 % pour la préparation des projets et 21 % pour la surveillance en 2014-2015. De plus, trois des quatre directions territoriales visitées présentent des taux inférieurs à ces moyennes.

129 L'une des conséquences de cette situation est la création d'un goulot d'étranglement lors de la préparation des projets, ce qui rend difficile l'établissement réaliste de la programmation et sa réalisation comme prévu, faute de projets prêts à réaliser.

130 De façon ponctuelle, cela influence également la surveillance des travaux routiers. Par exemple, dans l'une des directions territoriales visitées, plusieurs projets ont dû être reportés en 2013-2014, étant donné le manque de ressources pour surveiller les travaux.

Recommandations

131 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère.

- 8** Démontrer plus de rigueur pour l'estimation des coûts des mandats d'inspection des structures confiés aux firmes de génie-conseil.
- 9** Terminer l'implantation de la démarche relative à la gestion des projets routiers, s'assurer que cette démarche est mise en œuvre rigoureusement dans toutes les directions territoriales et en mesurer l'impact.
- 10** Réévaluer son plan de renforcement de l'expertise afin de trouver l'équilibre entre le niveau des travaux effectués par des ressources internes et celui des travaux réalisés à l'externe, particulièrement en ce qui a trait à la conservation des structures.

Commentaires de l'entité vérifiée

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère des Transports du Québec

« **Commentaires généraux.** Le ministère des Transports du Québec accueille favorablement le résultat de cet audit qui constitue un regard neuf sur les processus en place et permet de les optimiser dans un contexte d'amélioration continue.

« L'inspection et la planification de l'entretien des structures du réseau routier québécois constituent des activités de premier plan pour l'organisation. Au-delà des constats émanant du présent rapport, le ministère tient à préciser que la sécurité des usagers constitue sa priorité dans la gestion du réseau routier dont il a la responsabilité. Ce principe guide les choix et les décisions prises au quotidien par l'ensemble de son personnel.

« Les recommandations contenues au présent rapport du Vérificateur général s'intégreront aux pratiques en cours dans un souci d'amélioration continue. Il est donc de l'intention du ministère de donner suite à toutes les recommandations formulées dans ce rapport.

« **Information sur les structures.** Le ministère accueille la recommandation 1 comme une incitation à poursuivre le travail déjà en cours. La gestion des documents concernant les structures est passée du support papier au numérique depuis le rapport Johnson. Ces documents sont classés et référencés dans plusieurs systèmes, sont accessibles par plusieurs utilisateurs au ministère et, malgré les points soulevés, il ne fait aucun doute que le temps de repérage de ceux-ci s'est grandement amélioré. Le ministère entend donc poursuivre l'amélioration continue de la traçabilité des interventions sur les structures dont il assume la gestion.

« **Planification et programmation des interventions.** La recommandation 2 constitue une incitation à poursuivre les efforts déployés depuis plusieurs années afin de mesurer l'impact des investissements publics non seulement sur l'état des structures, mais aussi sur le déficit d'entretien cumulé. Le ministère réalise chaque année des projections d'état en fonction de différents scénarios budgétaires, ce qui permet de fixer les sommes à octroyer dans les différents postes budgétaires tels la conservation des structures et des chaussées, les grands projets ainsi que l'amélioration et le développement du réseau. Notons que, depuis 2008, le ministère s'est fixé des cibles d'état des infrastructures au plan stratégique et les a non seulement atteintes, mais dépassées. Quant à la mesure de l'impact des investissements, quatre indicateurs sont actuellement actifs afin

de mesurer ce paramètre. L'indice d'état gouvernemental (IEG) et l'indicateur de déficit de maintien d'actif (DMA), développés en partenariat avec le Secrétariat du Conseil du trésor, sont publiés aux plans annuels de gestion des investissements publics en infrastructures. Enfin, les deux derniers sont aussi publiés annuellement au *Bilan de l'état des structures du réseau routier supérieur québécois* et sont constitués de l'indicateur de structures en bon état et de l'indice des investissements à réaliser pour la remise en état, ce dernier faisant suite à une recommandation du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013.

«Le processus de programmation et de suivi des travaux routiers comprend, entre autres, un volet consacré aux structures. Le ministère compte donner suite à la recommandation 3 du Vérificateur général à l'effet de revoir son processus de programmation et de suivi afin d'en augmenter l'efficacité. Toutefois, l'exercice ne peut être réalisé uniquement dans l'axe structures et c'est pourquoi il tiendra compte de l'ensemble des axes prévus à la programmation. Le ministère mettra en œuvre cette recommandation selon un échéancier établi en tenant compte de la complexité, du grand nombre de processus et de systèmes de gestion touchés par la modification du processus de programmation et de suivi des travaux routiers.

«La recommandation 5 est déjà bien amorcée puisque le ministère confirme que tous les cas urgents ainsi que toutes les interventions recommandées à court terme sont traités immédiatement par les directions territoriales. Advenant un doute sur la sécurité d'une structure, il n'y a aucune hésitation à fermer l'accès à celle-ci. Autrement, la réalisation des travaux sur les structures exigés dans les avis techniques à moyen et long terme (non urgents) est tributaire de plusieurs facteurs, mais les structures sont néanmoins suivies par les directions territoriales et font l'objet d'interventions afin de maintenir leur fonctionnalité et leur sécurité. Mentionnons que toutes les structures font l'objet d'une inspection annuelle et d'une inspection générale aux trois ans, ce qui permet de s'assurer de leur sécurité.

«**Entretien préventif et courant des structures.** Le ministère s'engage à réaliser une reddition de comptes des travaux d'entretien en lien avec les meilleures pratiques en la matière.

«**Renforcement de l'expertise.** Le ministère donnera suite à la recommandation 10 en tenant compte d'un changement de contexte. En effet, l'embauche des ressources additionnelles a été prolongée de deux ans et se répartira jusqu'en 2018-2019. Les résultats de réappropriation de l'expertise sont en progression constante et le ministère déploiera les efforts nécessaires pour atteindre les cibles fixées, et ce, malgré le contexte et en considérant la complexité des connaissances et des compétences requises pour la conduite des activités de mission que sont l'inspection des structures et la préparation des travaux. Les cibles de renforcement de l'expertise sont établies globalement en fonction des domaines d'activités (inspection, préparation et surveillance). La conservation des structures constitue un des aspects inhérents à chacune de ces activités. Les résultats constatés traduisent de façon partielle le renforcement de l'expertise et doivent être considérés comme des données complémentaires.»

Annexes et sigles

- Annexe 1** Objectifs de vérification et portée des travaux
- Annexe 2** Plan québécois des infrastructures – Réseau routier
- Annexe 3** Cheminement de la réalisation des projets routiers
- Annexe 4** Inspections générales effectuées par des ressources internes du ministère

Sigles

FORT	Fonds des réseaux de transport terrestre	MTQ	Ministère des Transports du Québec
GPR	Gestion des projets routiers	PQI	Plan québécois des infrastructures
GSQ	Système de gestion des structures du Québec	SCT	Secrétariat du Conseil du trésor

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement des principes de saine gestion reconnus notamment par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'American Association of State Highway and Transportation Officials. Ils se fondent également sur la *Loi sur la voirie*, sur nos travaux de l'optimisation des ressources antérieurs ainsi que sur le rapport de la Commission d'enquête sur l'effondrement d'une partie du viaduc de la Concorde (commission Johnson). Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes de certification présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que le ministère met en œuvre un système d'inspection efficace et efficient pour évaluer l'état et la sécurité des structures, et déterminer les travaux requis.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le processus établi pour l'inspection des structures respecte les bonnes pratiques. ■ Les inspections sont effectuées selon une planification opérationnelle rigoureuse. Cette dernière : <ul style="list-style-type: none"> – est basée sur une information complète à l'égard des structures ; – établit les priorités d'intervention, notamment en fonction des risques, des particularités territoriales et des orientations de gestion ; – optimise l'affectation des ressources disponibles. ■ Les inspecteurs sont qualifiés et disposent des outils nécessaires à la réalisation des inspections. ■ Le ministère supervise les inspections (qu'elles soient faites par le personnel du ministère ou par des firmes externes) pour s'assurer qu'elles sont effectuées conformément au processus établi. ■ Les résultats des inspections et les travaux requis sont documentés de façon claire et précise, et en temps opportun.
Évaluer si le ministère planifie de façon efficiente les travaux d'entretien, de réparation, de réfection et de remplacement des structures afin de les maintenir dans un bon état, et ce, avec un souci d'économie.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les orientations ministérielles à la base de la planification stratégique permettent de maintenir les structures en bon état. ■ Une information complète et fiable à l'égard de chaque structure est utilisée pour planifier les travaux à réaliser. Cette information est principalement constituée : <ul style="list-style-type: none"> – des résultats des inspections ; – de l'historique des travaux exécutés ; – des analyses supplémentaires effectuées, lorsqu'elles sont requises. ■ La planification des travaux est faite de manière rigoureuse selon des critères objectifs et en concertation avec les partenaires, telles les municipalités. ■ Les ressources affectées aux travaux le sont de façon cohérente par rapport aux objectifs fixés. ■ Un suivi de la planification est exercé afin d'en évaluer le degré de réalisation et d'apporter les ajustements appropriés. ■ L'impact des interventions du ministère sur l'état des structures est mesuré.

Portée des travaux

La présente vérification porte sur les processus d'inspection et de planification relatifs à l'entretien des structures du réseau routier qui sont sous la responsabilité du MTQ. Toutefois, nos travaux ne visaient pas à vérifier la qualité du travail de l'inspecteur ni à évaluer si les travaux d'entretien sont réalisés de manière efficiente et économique.

D'autre part, nous avons déposé un rapport sur la gestion des ponts en 2003. La commission Johnson a, quant à elle, formulé des recommandations dans son rapport de 2007, dont certaines tiennent compte de celles que nous avons faites en 2003. La présente vérification ne constitue pas un suivi des recommandations formulées dans ces deux rapports. Toutefois, certains de nos travaux ont porté sur des activités liées à des recommandations, que ce soit les nôtres ou celles de la Commission.

Pour mener à terme nos travaux, nous avons réalisé des entrevues avec des gestionnaires et des professionnels des directions centrales du ministère et des quatre directions territoriales suivantes :

- Capitale-Nationale ;
- Mauricie-Centre-du-Québec ;
- Laurentides-Lanaudière ;
- Île-de-Montréal.

Nous avons analysé des données provenant des systèmes d'information du MTQ et divers documents, dont les manuels d'inspection et d'entretien des structures, le *Guide de gestion des projets routiers* ainsi que les différentes stratégies d'intervention élaborées au cours de la période de référence.

Nous avons également effectué un échantillonnage dit par choix raisonné dans les directions territoriales et examiné 28 dossiers portant sur des structures.

Nous avons aussi prêté attention à certaines pratiques en vigueur dans des organismes similaires au Canada et dans d'autres pays.

Les résultats de notre vérification ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des directions territoriales du ministère, mais ils donnent des indications sur les bonnes pratiques et les éléments que les directions doivent prendre en compte.

Nos travaux se sont déroulés de septembre 2014 à juin 2015. Notre vérification a porté essentiellement sur les activités menées par le MTQ pour les exercices de 2009-2010 à 2013-2014. Toutefois, certaines analyses ont trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

Annexe 2 Plan québécois des infrastructures – Réseau routier

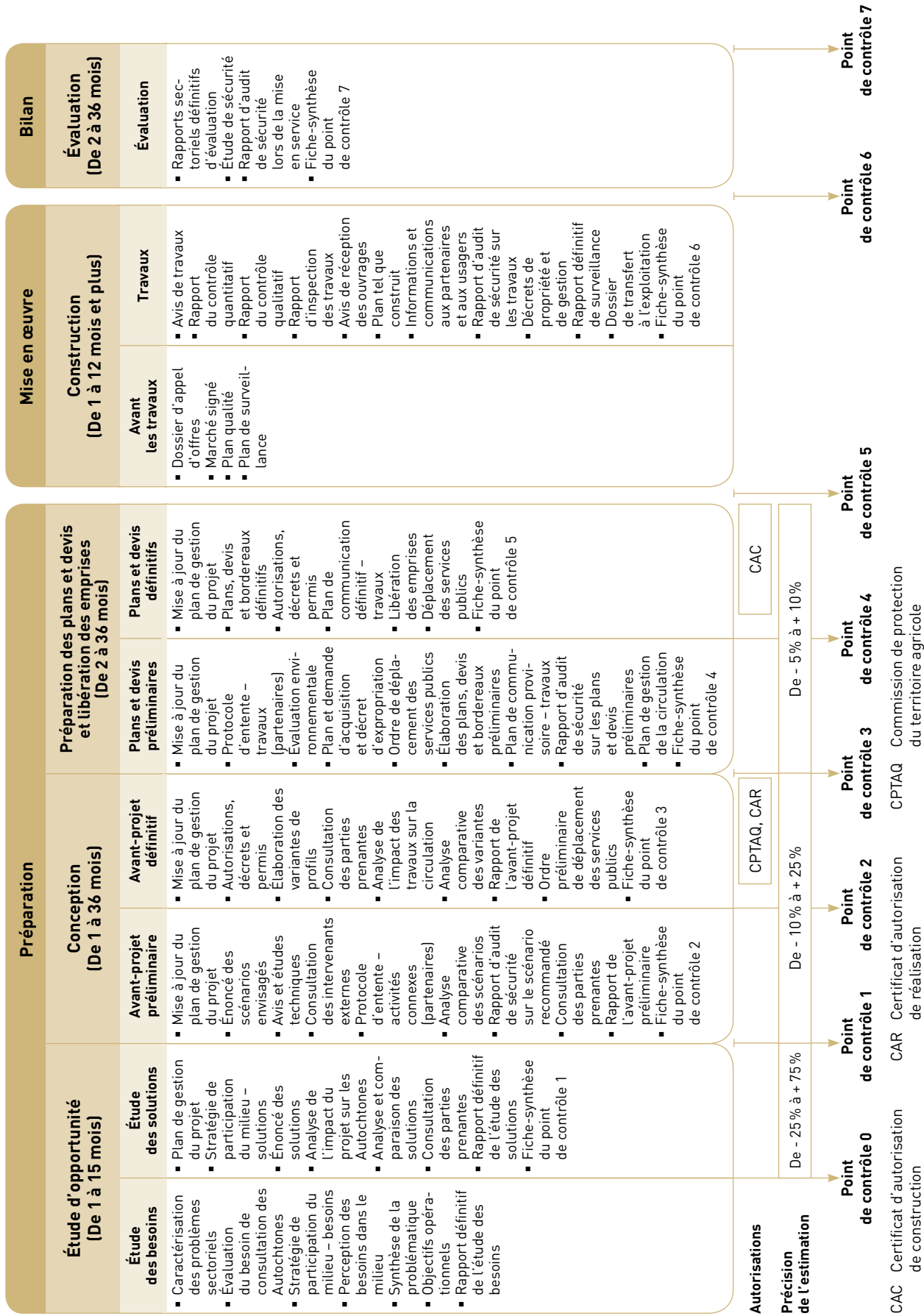
Le lecteur trouvera dans le tableau 6 les sommes allouées au réseau routier depuis 2007.

Tableau 6 Sommes allouées au réseau routier (en millions de dollars)

	PQI 2007-2012	PQI 2011-2016	PQI 2013-2023	PQI 2014-2024	PQI 2015-2025
2008	1 165				
2009	1 904				
2010	2 158				
2011	2 211				
2012	2 406	3 264			
2013		3 397			
2014		3 194	2 529		
2015 ¹		3 407	2 679	2 376	
2016		3 264	2 110	2 275	2 343
2017			2 052	2 361	2 094
2018			1 986	2 030	2 074
2019			2 211	2 023	1 938
2020			2 211	2 132	1 674
2021			2 211	2 060	1 325
2022			2 211	1 767	1 340
2023			2 211	1 711	1 354
2024				1 689	1 233
2025					1 280
Total	9 844	16 526	22 411	20 424	16 655
Durée	5 ans	5 ans	10 ans	10 ans	10 ans

1. Dans les PQI de 2011 à 2014, il y a une baisse des investissements prévus pour l'année 2015 d'environ un milliard de dollars.

Annexe 3 Cheminement de la réalisation des projets routiers



Source : MTQ.

Annexe 4 Inspections générales effectuées par des ressources internes du ministère¹

Directions territoriales	2011-2012 [%]	2012-2013 [%]	2013-2014 [%]	2014-2015 [%]
Bas-Saint-Laurent-Gaspésie- Îles-de-la-Madeleine	52	59	41	50
Mauricie-Centre-du-Québec	60	47	69	82
Chaudière-Appalaches	20	30	73	64
Côte-Nord	77	91	82	93
Saguenay-Lac-St-Jean	63	75	74	68
Capitale-Nationale	27	17	42	58
Laval-Mille-Îles	16	9	20	8
Île-de-Montréal	46	39	48	81
Est-de-la-Montérégie	36	45	65	88
Ouest-de-la-Montérégie	58	28	69	78
Laurentides-Lanaudière	19	16	18	36
Outaouais	77	75	77	82
Estrie	53	62	84	84
Abitibi-Témiscamingue	100	99	100	100
Nord-du-Québec	100	100	100	100
Ensemble du Québec	45	43	57	66

Source : MTQ.

1. Le pourcentage est calculé en fonction du nombre de mètres carrés qu'occupent les structures inspectées.



Signification du logo

Un édifice bien reconnaissable, le parlement, où siège l'Assemblée nationale, autorité de qui le Vérificateur général tient sa mission et à qui il rend compte.

Trois traits dynamiques, illustrant à la fois :

- les trois types de vérifications réalisées par son personnel, à savoir la vérification financière, celle de la conformité avec les lois, les règlements, les politiques et les directives ainsi que la vérification de l'optimisation des ressources ;
- les trois éléments qui sont examinés lors des travaux en matière d'optimisation des ressources : l'économie, l'efficacité et l'efficacités ;
- les trois domaines – social, économique et environnemental – liés aux enjeux concernant le développement durable.

Véritable signe distinctif, le logo du Vérificateur général illustre bien que cette institution, en constante évolution, vise à seconder les élus dans leur volonté d'assurer la saine gestion des fonds publics, au bénéfice des citoyennes et citoyens du Québec.

La vérificatrice générale



Le 26 février 2015, les membres de l'Assemblée nationale ont adopté à l'unanimité la motion relative à la nomination de M^{me} Guylaine Leclerc à titre de vérificatrice générale du Québec pour un mandat de 10 ans. Elle est entrée en fonction le 16 mars.

M^{me} Leclerc est reconnue comme une leader et une visionnaire au sein de la profession comptable. En effet, au début des années 2000, elle fonde le plus important cabinet indépendant spécialisé en juricomptabilité au Québec; celui-ci est fusionné à une grande société cotée à la Bourse de New York en 2007. M^{me} Leclerc devient alors associée principale de cette société jusqu'en 2009, puis elle y assume le rôle de conseillère spéciale. Pendant près de deux ans, elle travaille tant en France qu'au Canada.

En mai 2011, elle relève un nouveau défi et assure l'expansion de la firme Accuracy à l'extérieur de l'Europe. Elle ouvre les deux premiers bureaux en sol québécois de cette firme spécialisée en juricomptabilité et en conseils financiers, l'un à Montréal et l'autre à Québec. Elle en dirige les activités jusqu'à sa nomination à titre de vérificatrice générale.

Véritable pionnière dans le domaine, M^{me} Leclerc fait partie des membres fondateurs de l'Alliance pour l'excellence en juricomptabilité, organisation créée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. En raison de sa vaste expérience, elle a témoigné de nombreuses reprises à titre d'experte devant les tribunaux afin d'expliquer des situations souvent complexes de manière claire et compréhensible. Elle a de plus donné plusieurs conférences en matière de contrôle, d'audit, de fraude et de corruption, que ce soit au Canada ou dans d'autres pays francophones. Au cours de sa carrière, elle a acquis une solide connaissance de l'administration gouvernementale; de fait, elle a réalisé de nombreuses missions de conformité et d'évaluation des processus de contrôle dans des organismes publics et des sociétés d'État.

Au cours des 10 dernières années, M^{me} Leclerc a siégé à des conseils d'administration et à des comités d'audit d'organisations importantes, dont l'Agence des services frontaliers du Canada et le Commissariat à l'intégrité du secteur public du Canada. En 2010, elle a participé à un groupe de travail au sein de l'OCDE, groupe qui avait le mandat d'effectuer une étude internationale intitulée *Contrôle et audit internes: Assurer l'intégrité et la responsabilité du secteur public*.

M^{me} Leclerc a entamé son parcours professionnel dans un cabinet comptable. Elle a ensuite été embauchée chez le Vérificateur général du Québec où elle a agi notamment à titre de chargée de projet pour des missions de complexité supérieure. Au début des années 90, elle a poursuivi sa carrière au ministère de la Sécurité publique (notamment à la Sûreté du Québec) où elle a mis à profit son expérience dans des mandats liés à l'investigation financière et au blanchiment d'argent.

Détentrice d'un baccalauréat en administration des affaires et d'une licence en sciences comptables de l'Université Laval et comptable professionnelle agréée, M^{me} Leclerc a reçu plusieurs marques de reconnaissance pour sa contribution au rayonnement, à la notoriété et à la crédibilité de la profession comptable. Ainsi, l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec lui a décerné le titre de Fellow en 2004 et l'Université Laval lui a remis la médaille Gloire de l'Escolle lors de la cérémonie des Grands diplômés en 2013.

Cette publication
est rédigée par le



Québec

750, boulevard Charest Est, bureau 300
Québec (Québec) G1K 9J6
Tél.: 418 691-5900 • Téléc.: 418 644-4460

Montréal

770, rue Sherbrooke Ouest, bureau 1910
Montréal (Québec) H3A 1G1
Tél.: 514 873-4184 • Téléc.: 514 873-7665

Internet

Courriel : verificateur.general@vgq.qc.ca
Site Web : <http://www.vgq.qc.ca>

Le rapport est disponible dans notre site Web.

Protection des droits de propriété intellectuelle du Vérificateur général du Québec

Quiconque peut, sans autorisation ni frais, mais à la condition de mentionner la source, reproduire sous quelque support des extraits tirés de ce document, sauf s'il le fait à des fins de commercialisation. Dans ce cas, une autorisation préalable doit être obtenue auprès du Vérificateur général.

Dépôt légal – 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-550-74372-9

