

3.08–Établissements de santé autonomes

CONTEXTE

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée délivre des permis à environ 1 000 établissements de santé autonomes (les établissements) en Ontario et réglemente leurs activités. La majorité des établissements offrent des services diagnostiques – tels que les radiographies, les échographies, la médecine nucléaire, les épreuves fonctionnelles respiratoires et les polysomnographies (études du sommeil) – qui peuvent aider à diagnostiquer différents états. Au moment de notre vérification, il y avait également 24 établissements qui offraient des services chirurgicaux et thérapeutiques, tels que les traitements de dialyse, les avortements, les chirurgies de la cataracte, les chirurgies vasculaires et les chirurgies plastiques. Le mode de fonctionnement de ces établissements est semblable à celui des cliniques externes des hôpitaux. La majorité des patients qui reçoivent des services dans ces établissements ont été orientés par un médecin à la suite d'un examen médical. Les établissements effectuent les épreuves demandées et transmettent les résultats au médecin à l'origine de la demande.

Les frais techniques payés aux établissements détenteurs d'un permis délivré en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* sont fixés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*. Les frais techniques, également appelés « frais d'établissement », correspondent aux coûts des services prodigués, tels que le coût de l'équipement médical et les frais d'administration et d'occupation. Pour l'exercice 2003-2004, les paiements de frais techniques aux établissements offrant des services diagnostiques et des services chirurgicaux et thérapeutiques s'élevaient environ à 257 millions de dollars et à 16 millions de dollars, respectivement. Les montants totaux des paiements sont répartis par type de service sur le tableau suivant.

**Frais techniques payés aux établissements de santé autonomes,
1999-2000 – 2003-2004 (en milliers de dollars)**

Service fourni	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Établissements de services diagnostiques					
Radiologie	96 215	96 339	98 303	102 678	106 140
Échographie	68 941	73 717	79 011	88 730	96 202
Médecine nucléaire	17 310	18 813	20 513	24 369	29 287
Polysomnographies (études du sommeil)	16 911	20 270	25 058	23 449	21 296
Épreuves fonctionnelles pulmonaires	2 229	2 043	1 934	1 978	1 924
IRM/tomographie assistée par ordinateur*	—	—	—	—	2 282
	201 606	211 182	224 819	241 204	257 131
Établissements de services chirurgicaux/thérapeutiques					
Dialyse	7 120	7 305	8 226	8 209	8 154
Avortements	4 838	5 093	5 961	6 025	5 341
Chirurgie vasculaire	803	798	1 111	967	729
Chirurgie plastique	772	718	731	796	898
Ophtalmologie	458	450	438	434	855
Chirurgie au laser	359	359	359	359	359
	14 350	14 723	16 826	16 790	16 336

*Introduit la première fois en 2003-2004.

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

L'objectif du Programme des établissements de santé autonomes consiste à fournir un mécanisme de financement des services communautaires nécessaires; à s'assurer que les patients reçoivent des soins de santé de qualité dans les établissements de santé autonomes; à faciliter la création de ce type d'établissements; et à s'assurer que les patients ne sont pas facturés pour des services couverts par le régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP).

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Notre vérification du Programme des établissements de santé autonomes visait à évaluer si le ministère avait mis en place des procédés pour :

-
- s'assurer qu'il respectait, avec les établissements détenteurs d'un permis délivré en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, la législation et les politiques applicables régissant la délivrance de permis, le financement et l'évaluation de la qualité des services fournis par les établissements;
 - s'assurer que l'objectif du programme était atteint.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné les documents pertinents et les politiques et procédures du ministère, interviewé le personnel du ministère, recherché des programmes similaires mis en place dans d'autres territoires de compétence et vérifié l'état actuel des recommandations faites dans notre rapport de 1996 sur la vérification du programme. Nous avons également obtenu des renseignements additionnels sur le processus d'assurance de la qualité auprès de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et de certains de ses évaluateurs.

Notre vérification était en grande partie terminée en mars 2004 et a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait, en conséquence, les tests et autres procédures que nous jugeons nécessaires dans les circonstances. Les critères utilisés pour établir les objectifs de la vérification ont fait l'objet de discussions avec la direction du ministère, qui les a acceptés.

Le service de vérification interne du ministère n'avait pas effectué de travaux récents sur le Programme des établissements de santé autonomes. Par conséquent, nous ne pouvons pas limiter la portée de notre vérification en nous fiant à ses travaux.

CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

De façon générale, le ministère avait mis en place des procédures adéquates pour assurer la conformité avec la législation et les politiques qui régissent la délivrance de permis, le financement et la surveillance des établissements de santé autonomes. Toutefois, pour que le programme puisse remplir son mandat de façon rentable, d'autres mesures doivent être prises pour s'attaquer aux problèmes suivants, dont certains avaient été repérés dans notre dernière vérification en 1996 :

- Le ministère n'avait toujours pas évalué la relation entre le volume de services dispensés par des établissements distincts et le coût de la prestation de ces services pour déterminer si les frais d'établissement payés aux établissements de santé autonomes étaient raisonnables.
- Le ministère n'avait pas déterminé les niveaux de services qui seraient nécessaires et qui devraient être offerts en vue de répondre aux besoins.

- Le ministère n'avait pas adéquatement analysé les répercussions des importantes variations régionales au chapitre des niveaux de services ni élaboré de stratégies en vue de s'attaquer à ce problème.
- Bien que des fonds destinés à l'élaboration d'un système de gestion des listes d'attente aient commencé à être versés en 2000, les responsables du programme ne disposaient toujours pas de données sur la durée de l'attente avant d'obtenir des services diagnostiques ou chirurgicaux/thérapeutiques.
- Le ministère n'avait pas mis en place de processus pour déterminer les services qui devraient être dispensés par des établissements de santé autonomes plutôt que par les hôpitaux.
- Le ministère n'avait pas fixé de délais pour la présentation des rapports d'évaluation des établissements par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. L'établissement de délais lui permettrait de prendre des mesures appropriées et en temps opportun fondées sur les résultats d'évaluation.
- Le ministère n'avait toujours pas mis en œuvre de processus permettant de déterminer quels autres services dispensés ailleurs que dans des hôpitaux et des établissements de santé autonomes autorisés, tels que les échocardiogrammes, devraient être visés par la *Loi sur les établissements de santé autonomes* et ainsi être assujettis à un processus approprié d'assurance de la qualité.
- Bien que 70 cliniques de polysomnographie aient reçu l'autorisation d'ouvrir leurs portes depuis 1998, 18 d'entre elles n'avaient toujours pas obtenu leur permis parce que l'inspection n'avait pas eu lieu ou parce que l'inspection avait révélé qu'elles ne satisfaisaient pas aux normes minimales de qualité.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

CARACTÈRE RAISONNABLE DES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT

Tous les services diagnostiques offerts aux établissements de santé autonomes comportent un volet professionnel et un volet technique. Les médecins qui dispensent les services facturent au ministère le volet professionnel des frais d'après la formule de rémunération à l'acte. Ceci se fait dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Ontario conformément au barème des prestations établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Pour la majorité des établissements offrant des services diagnostiques, les frais du volet technique des services (également connus sous le nom de « frais

d'établissement ») figurent sur le barème des frais d'établissement payés aux établissements de santé autonomes et sont également réclamés d'après la formule de rémunération à l'acte. Le volet technique correspond aux coûts associés à l'exploitation de l'établissement, incluant le coût des locaux, de l'équipement, des fournitures et du personnel qui permettent d'effectuer les interventions. Ces frais ne tiennent pas compte des facteurs qui peuvent influencer sur les coûts, tels que le volume de services rendus annuellement. Par ailleurs, les frais techniques des établissements offrant des services chirurgicaux et thérapeutiques ainsi que des services d'IRM sont financés au moyen de budgets négociés avec le ministère et fondés sur les coûts réels de la prestation d'un certain volume de services.

Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous recommandions au ministère d'évaluer le caractère raisonnable des frais d'établissement en étudiant la relation qui existe entre le volume de services dispensés et les coûts de prestation de ces services. Le ministère a accueilli notre recommandation et a indiqué que son personnel « travaillait à élaborer un protocole qui servirait à examiner le caractère approprié des frais et l'applicabilité d'escomptes de volume ».

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

En avril 2003, l'OMA et le ministère ont convenu de former une équipe de développement pour établir un comité sur les services diagnostiques qui agira auprès du ministère à titre d'organisme consultatif. Les responsabilités du comité devaient comprendre l'élaboration et l'établissement d'un processus d'évaluation et d'administration des frais techniques. Toutefois, en avril 2004, ce comité n'avait toujours pas été formé.

Recommandation

Pour s'assurer que les frais d'établissement payés aux établissements de santé autonomes sont raisonnables, le ministère doit :

- déterminer objectivement le coût actuel de la prestation de chaque type de services;
- examiner la relation qui existe entre le volume de services offerts et les coûts de prestation des services.

Réponse du ministère

Pour s'attaquer au problème des frais d'établissement et des frais techniques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a convenu, dans le cadre du protocole d'entente signé en 2003 avec l'Ontario Medical Association, de créer le comité sur les services diagnostiques (CSD). Le CSD agira à titre d'organisme consultatif auprès du ministre de la Santé et des Soins de longue durée dans le but de planifier et de coordonner un système efficient et efficace de services diagnostiques en Ontario fondé sur la responsabilité des utilisateurs et des fournisseurs. Il sera également chargé d'examiner comment le volet technique des services diagnostiques (décrit actuellement par le terme « frais techniques ») sera évalué, payé et administré, incluant l'établissement d'une méthode de calcul de frais et d'un processus d'examen permanent pour tenir compte du fait que le remboursement est fondé sur les coûts réels et les volumes de services actuels.

DISTRIBUTION DES SERVICES

En vertu de la *Loi*, le ministère peut délivrer des permis à de nouveaux établissements de santé autonomes au terme d'un processus de demandes de proposition qui comprend l'examen de la nature des services à fournir, de la disponibilité actuelle des services, des besoins actuels et futurs en matière de services, du coût prévu et du financement disponible. Le ministère a répété au fil des ans son engagement à maintenir un système de santé public et universel, offrant des services à tous les Ontariens où et quand ils en ont besoin.

Services diagnostiques

Depuis 1990, même si bon nombre de nouveaux établissements ont manifesté un intérêt en vue d'obtenir un permis, très peu d'entre eux ont été autorisés en vertu de la *Loi* à fournir les services diagnostiques visés à l'origine par celle-ci. Toutefois, depuis notre dernière vérification en 1996, le ministère a permis à des établissements détenteurs d'un permis et situés dans une région de la province insuffisamment desservie de diversifier les types de services qu'ils dispensent. Selon le ministère, une région est insuffisamment desservie si le total des services d'un type particulier offerts, incluant les services dispensés dans les hôpitaux, est inférieur à 50 % de la moyenne provinciale du nombre de services offerts par habitant.

Dans un rapport de 2002, l'Ontario Medical Association (OMA) recommandait au ministère, à l'OMA et au secteur hospitalier d'établir un comité de gestion des services diagnostiques techniques dont le rôle consisterait à conseiller au ministère une méthodologie de planification provinciale axée sur la population et des lignes directrices en vue de déterminer la capacité, la distribution et le choix de services diagnostiques appropriés. La méthodologie proposée devait tenir compte des critères suivants : les besoins de la population (en considérant des facteurs tels que la prévalence des maladies, la facilité d'accès, l'âge de la population et les modèles d'orientation); les listes d'attente; et si l'introduction, l'expansion ou le remplacement des techniques diagnostiques permet de dispenser les services à moindre coût. Les auteurs du rapport recommandaient également que le comité :

- ait la responsabilité de :
 - recommander au ministère des stratégies pour répondre aux priorités en matière de services diagnostiques;
 - d'aviser le ministère des lacunes cernées grâce à l'application d'un cadre provincial approuvé de planification de l'utilisation des techniques diagnostiques;
- examine les demandes visant l'introduction de nouveaux services ou l'accroissement de la capacité existante;
- fasse des recommandations en ce qui concerne l'introduction/accroissement des services.

Bien que le ministère appuie la création d'un tel comité, nous comprenons que rien n'a été fait en ce sens à ce jour. Nous avons remarqué que la province de la Colombie-Britannique a créé un comité consultatif sur les services diagnostiques qui examine les demandes de permis des nouveaux établissements de services diagnostiques.

Selon les données préparées par le ministère, il existe d'importantes variations régionales au chapitre de la disponibilité des services. Par exemple, au cours de l'exercice 2002-2003 :

- Parmi les 62 municipalités de plus de 25 000 habitants, neuf étaient insuffisamment desservies – selon le critère du ministère fondé sur un total de services dispensés inférieur à 50 % de la moyenne provinciale du nombre de services offerts par habitant – dans les quatre principales spécialités diagnostiques (radiologie, échographie, épreuves fonctionnelles pulmonaires et médecine nucléaire) et quatre autres municipalités étaient insuffisamment desservies dans trois spécialités.
- Dans les 39 municipalités de plus de 50 000 habitants, les taux de services d'échographie diagnostique variaient de façon importante, de 81 à 659 examens pour 1 000 habitants.

Nous n'avons trouvé aucune indication permettant d'affirmer que le ministère avait analysé ces différences en vue de déterminer si des mesures devaient être prises pour donner suite à son engagement à l'égard d'un accès universel où et quand les services sont nécessaires.

Quelles que soient les conditions mises en place pour augmenter les *types* de services diagnostiques dispensés, un établissement de services diagnostiques particulier n'est assujéti à aucune limite de *volume* de services autorisés. Entre 1996-1997 et 2002-2003, on a observé d'importantes augmentations concernant l'utilisation de certaines procédures diagnostiques. Par exemple, selon notre analyse des données du ministère, les demandes de remboursement des frais d'établissement pour une procédure d'échographie montraient que l'utilisation de cette technique a augmenté d'environ 72 000 à 159 000 examens par année. Dans un grand nombre d'établissements, l'utilisation de ce service, entre autres, a augmenté de plus de 100 % et dans certains cas, dans une proportion pouvant atteindre 700 %. Rien n'indiquait que le ministère avait analysé les raisons de ces augmentations drastiques du nombre de procédures exécutées dans ces établissements.

Services chirurgicaux/thérapeutiques

Comme nous l'avons remarqué précédemment, les établissements qui offrent des services chirurgicaux et thérapeutiques autorisés sont financés par le biais de budgets négociés, fondés principalement sur le nombre de services dispensés par un établissement et payés par le ministère. Le ministère a remarqué qu'en raison du vieillissement de la population, les services de chirurgie de la cataracte et de dialyse font l'objet d'une demande accrue.

CHIRURGIES DE LA CATARACTE

Selon les données du ministère, le nombre de chirurgies de la cataracte effectuées en Ontario a régulièrement augmenté, d'environ 45 000 chirurgies par année en 1992-1993 à 97 000 en 2002-2003. En 2000-2001, le ministère a évalué les besoins en matière de chirurgies de la cataracte et est arrivé à la conclusion que quatre régions de la province étaient insuffisamment desservies comparativement à l'ensemble de la province. Il a également conclu qu'il serait plus économique de pratiquer des chirurgies de la cataracte dans un établissement de santé autonome que dans les hôpitaux. Pendant la présente vérification, un seul établissement autorisé, situé à Toronto, pratiquait des chirurgies de la cataracte. La majorité des chirurgies de la cataracte étaient effectuées dans des hôpitaux. En 2003-2004, avec l'approbation du Conseil de gestion du gouvernement, le ministère a augmenté de 300 à 1 300 par année le nombre de chirurgies de la cataracte pratiquées dans l'établissement autorisé. Selon le ministère, cette augmentation a porté le volume de services dispensés dans cet établissement à 100 % de sa capacité.

Des données récentes sur les besoins en matière de chirurgie de la cataracte comprenaient les résultats d'une évaluation des besoins menée en septembre 2003 par le ministère qui indiquaient que le nombre de chirurgies de la cataracte par habitant pratiquées à Toronto – région où est situé le seul établissement autorisé à pratiquer ce type de chirurgie – était nettement plus élevé que dans d'autres régions de l'Ontario à fortes populations. Le ministère a également remarqué qu'en 2001-2002, même si la moyenne provinciale était de 2 595 services dispensés pour 100 000 personnes de plus de 50 ans, le nombre de chirurgies de la cataracte pratiquées dans des collectivités de plus de 100 000 habitants variait de 1 837 à 3 286 par année pour 100 000 habitants. Selon les estimations du ministère, 9 000 chirurgies de la cataracte additionnelles étaient nécessaires par année pour faire face à la hausse annuelle du nombre de personnes atteintes de cataractes et pour traiter, au cours des cinq prochaines années, les 33 000 personnes qui attendent une telle chirurgie. Selon les résultats d'une étude menée en 2003 par l'Institut Fraser, le temps médian pendant lequel les patients ontariens doivent attendre entre la date de la rencontre avec un spécialiste et celle de la chirurgie de la cataracte était de 19 semaines, comparativement aux données suivantes : l'indication des médecins de l'Ontario dans le rapport selon laquelle huit semaines serait un temps d'attente raisonnable; et des périodes d'attente de 7,5 et 12 semaines, respectivement, en Alberta et en Colombie-Britannique, où des chirurgies de la cataracte sont également pratiquées ailleurs que dans les hôpitaux.

AUTRES SERVICES CHIRURGICAUX/THÉRAPEUTIQUES

Depuis la publication de notre *Rapport annuel 1996*, les besoins en matière de services chirurgicaux/thérapeutiques autorisés autres que les chirurgies de la cataracte – tels que les avortements, les chirurgies vasculaires et la dialyse – et la disponibilité de ces services n'ont pas été déterminés. Il n'y a pas eu non plus d'examen régulier du niveau de services dispensés (c'est-à-dire le nombre de services dispensés par unité de population) à l'échelle de la province.

En ce qui concerne les avortements, au moment de notre vérification, cinq établissements de santé autonomes autorisés – situés dans deux grandes villes ontariennes – pratiquaient des avortements thérapeutiques. Selon le ministère, certains services, tels que les avortements, « offerts ailleurs dans la province ne permettent pas de satisfaire la demande et le volume actuels ».

Nous avons remarqué, dans un récent document préparé par le ministère, que des établissements non autorisés pratiquent aussi des avortements, particulièrement dans une région de la province. Puisque ces établissements ne détiennent pas de permis délivré en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, le ministère ne leur verse pas de frais d'établissement pour les services qu'ils dispensent. En revanche, ceci signifie également qu'ils ne sont pas assujettis au même processus d'assurance de la qualité que les établissements autorisés. Nous doutons que l'exclusion de ces

établissements du processus d'assurance de la qualité respecte l'esprit et l'intention de la *Loi* et du Programme des établissements de santé autonomes en ce qui concerne l'assurance de la qualité.

Recommandation

Pour s'assurer que les services dispensés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* sont raisonnablement accessibles à tous les Ontariens, le ministère doit :

- évaluer les besoins de chaque service dans chaque région et déterminer les mesures qui doivent être prises pour respecter son engagement de fournir des services où et quand ils sont nécessaires;
- évaluer les répercussions – sur le plan des finances et des listes d'attente – de la délivrance d'un permis autorisant la pratique de chirurgies de la cataracte à plus d'un établissement de santé autonome.

Le ministère doit également déterminer les mesures législatives ou autres qui devraient être prises en ce qui concerne les établissements non autorisés qui effectuent des chirurgies et d'autres procédures généralement effectuées dans des hôpitaux ou des établissements de santé autonomes autorisés.

Réponse du ministère

Le Comité sur les services diagnostiques (CSD) adoptera une démarche fondée sur la planification pour évaluer le système des services diagnostiques, incluant la formulation de recommandations pour répondre aux besoins en matière d'accessibilité et de soins de santé. Cette démarche visera également à s'attaquer à des questions telles que l'accès aux services dans des régions insuffisamment desservies, les nouvelles démarches pour répondre aux besoins des patients et les problèmes liés à la capacité et aux listes d'attente. Le CSD fournira des conseils et des recommandations concernant le financement et la structure du système provincial de services diagnostiques, incluant l'utilisation de nouvelles sources de financement pour dispenser ces services.

*Le ministère appuie la recommandation d'évaluer les répercussions de la délivrance de permis à d'autres centres de chirurgie de la cataracte en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Il a déterminé les régions de la province où les besoins en services additionnels de chirurgies de la cataracte sont les plus pressants et est en voie d'obtenir l'approbation d'émettre une demande de propositions en vue de créer en vertu de la *Loi* d'autres établissements autorisés à pratiquer ce type d'intervention.*

*La structure de la *Loi* est telle que la définition d'un établissement de santé autonome et les interdictions et pénalités associées à l'exploitation d'un*

établissement non autorisé reposent toutes sur la facturation de frais d'établissement tel que défini par la loi. Les établissements qui renoncent à facturer les frais d'établissement ne sont pas tenus d'obtenir un permis délivré en vertu de la Loi et ne sont pas assujettis aux dispositions de celle-ci concernant l'assurance de la qualité.

L'imposition du processus d'assurance de la qualité établi en vertu de la Loi aux établissements qui dispensent des services semblables à ceux qui sont offerts par les établissements de santé autonomes mais qui ne détiennent pas de permis délivré en vertu de la Loi exigerait d'apporter d'importantes modifications à la Loi. Le ministère appuie l'étude de cette question dans le cadre d'un examen des politiques de la Loi ainsi que l'inclusion de modifications, sous réserve de l'approbation des politiques, si un projet de loi modificatif est présenté.

Listes d'attente

Une façon de déterminer si l'accessibilité des services pose au problème consiste à tenir à jour des listes d'attente pour ces services et d'en assurer la surveillance. Pendant la présente vérification, le ministère ne disposait pas d'un système de suivi des listes d'attente pour gérer les périodes d'attente en vue d'obtenir un des services pouvant être dispensés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. En 2000, le ministère a commencé à financer le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP) de l'Ontario pour lui permettre d'entreprendre le projet Ontario Waiting List. Ce projet visait à permettre au ministère de bien comprendre comment gérer de façon efficace les listes d'attente et d'améliorer l'accessibilité aux services de santé. Dans le cadre de son mandat à l'égard du projet, le CMPP devait « recommander la méthodologie qui accorde raisonnablement la priorité aux patients, donne accès aux services en temps opportun, s'applique à tous les niveaux de soins et convient aux intervenants clés ».

Le projet a permis d'élaborer et d'évaluer des outils d'établissement des priorités fondés sur les travaux initiés par les responsables du projet Western Canada Wait List (WCWL), une entreprise collective à laquelle participent les associations médicales, les ministères de la Santé, les régies régionales de la santé et les centres de recherche en santé de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba et de la Saskatchewan. Le projet WCWL a permis d'élaborer des outils de gestion des listes d'attente dans cinq domaines cliniques. Même si les outils n'ont pas été créés spécifiquement pour gérer les listes d'attente des établissements de santé autonomes, le CMPP a évalué l'efficacité de ces outils pour gérer les listes d'attente des examens d'IRM, des chirurgies générales et des chirurgies de la cataracte (comme nous l'avons mentionné précédemment, le ministère a évalué le nombre de personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte). Nous comprenons que, consécutivement à cet examen, il a été recommandé d'élaborer et de perfectionner davantage chacun des

outils. Nous avons remarqué qu'un projet provincial de surveillance du temps d'attente a également été lancé en Nouvelle-Écosse.

En mai 2004, nous n'étions informés d'aucune nouvelle initiative entreprise par le ministère concernant le projet Ontario Waiting List ni d'autres démarches visant à obtenir des données sur le temps d'attente pour les services dispensés par les établissements de santé autonomes.

Recommandation

Pour déterminer l'importance des variations régionales des niveaux de services, le ministère doit :

- élaborer et mettre en œuvre un système de gestion des listes d'attente;
- surveiller et analyser les périodes d'attente.

Réponse du ministère

Dans un effort visant à gérer les listes d'attente en Ontario, le gouvernement s'est engagé à donner un accès approprié et en temps opportun aux services clés, incluant la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie de la hanche et du genou, certains services de cancérologie et de cardiologie et les examens d'IRM.

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

À ce jour, le gouvernement a investi dans les initiatives suivantes pour réduire les périodes d'attente en augmentant le nombre d'interventions dans les domaines ciblés suivants :

- *financer neuf nouveaux services d'IRM, parmi lesquels sept devraient être en fonction d'ici l'an prochain;*
- *financer l'exécution de 9 000 chirurgies de la cataracte additionnelles par année d'ici 2005-2006;*
- *pratiquer 2 300 arthroplasties de la hanche et du genou de plus par année d'ici 2007-2008;*
- *porter le nombre de cardiouchirurgies à plus de 36 000 par année d'ici 2007-2008.*

Planification des services

Comme nous l'avons déjà mentionné dans le présent rapport, tous les services dispensés dans des établissements de santé autonomes autorisés le sont également dans les hôpitaux. Durant notre vérification, nous n'avons trouvé aucune preuve permettant d'affirmer que le ministère avait établi un processus ou des critères en vue d'évaluer si un service particulier devrait être dispensé dans les hôpitaux ou dans des établissements autorisés. Une telle évaluation pourrait indiquer que la pratique de certaines interventions chirurgicales dans des établissements autorisés permettrait aux hôpitaux de répondre à d'autres besoins qui peuvent uniquement être comblés dans un hôpital. Les résultats de l'évaluation pourraient varier d'une région à l'autre de la province. Les facteurs régionaux qui pourraient influencer sur les résultats de l'évaluation comprendraient la capacité des hôpitaux (par exemple, la disponibilité des salles d'opération dans la région immédiate) et la disponibilité de professionnels de la santé qualifiés pour assurer le fonctionnement d'un établissement autorisé.

Recommandation

Pour s'assurer que les établissements de santé autonomes sont adéquatement utilisés pour répondre aux besoins du public en matière de soins de santé, le ministère doit mettre en œuvre un processus afin de déterminer si certains services devraient être dispensés dans des hôpitaux ou des établissements de santé autonomes autorisés.

Réponse du ministère

Le ministère accueille cette recommandation. Avant d'introduire ou d'élargir un service, ou les deux, que ce soit dans un hôpital ou dans un établissement de santé autonome, il faudrait envisager le meilleur mécanisme de prestation du service pour le bénéfice du patient. Les hauts fonctionnaires du ministère évaluent les meilleures options possibles pour dispenser des soins aux patients tout en optimisant les ressources humaines et financières disponibles.

Pour créer de nouveaux établissements de santé autonomes, le ministre doit autoriser l'émission d'une demande de propositions. La décision ministérielle d'émettre une demande de propositions doit tenir compte des éléments énoncés à l'article 5 de la Loi sur les établissements de santé autonomes, incluant les besoins actuels et futurs pour le service, la disponibilité actuelle du service, le coût prévu et la disponibilité des fonds publics. À l'heure actuelle, le Programme des établissements de santé autonomes prévoit d'inclure une évaluation et/ou une justification de la prestation d'un service dans un établissement de santé autonome plutôt qu'à l'hôpital dans le document d'information à l'intention du ministre. Ce document comprend généralement une comparaison du coût des services dispensés dans les hôpitaux et dans les établissements de santé

autonomes, une évaluation de la complexité du service et une analyse des questions d'assurance de la qualité associées à la prestation du service dans un contexte non hospitalier.

ÉVALUATIONS ET INSPECTIONS

Pour assurer la conformité aux normes médicales appropriées, la *Loi* prévoit la nomination d'évaluateurs afin d'évaluer la qualité des services dispensés dans les établissements autorisés. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) a la responsabilité de mener ces évaluations, et d'élaborer et de publier des paramètres de pratique clinique et des normes d'établissement à l'intention des établissements. Les évaluations permettent spécifiquement de déterminer si un établissement a respecté les paramètres de pratique clinique et les normes d'établissement. Par exemple, selon les paramètres et les normes, l'équipement diagnostique doit fonctionner adéquatement et être entretenu correctement, et le personnel de l'établissement doit avoir les qualifications et la formation appropriées. Durant l'exercice 2003-2004, le ministère a versé à l'Ordre 1,3 million de dollars pour mener des évaluations et pour élaborer et publier des paramètres et des normes de pratique clinique à l'intention des établissements.

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

Les attentes du ministère à l'égard de l'Ordre en ce qui a trait au processus d'évaluation ont été au départ définies dans un protocole d'entente signé en 1992-1993 par le ministère et l'Ordre. Bien que le ministère et l'Ordre s'entendent chaque année sur les objectifs et les résultats, aucun protocole d'entente à jour n'a été signé.

Processus d'évaluation

Les établissements à évaluer sont sélectionnés par le ministère au début de chaque exercice financier. Le ministère fonde sa sélection sur les différents facteurs de risque des établissements qui présentent le potentiel le plus élevé de problèmes. Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous remarquons que deux tiers des établissements détenteurs d'un permis délivré en vertu de la *Loi* n'avaient pas été soumis à une évaluation de la qualité des services dispensés et que seulement 47 des 336 établissements dont le permis avait été renouvelé avaient fait l'objet d'une évaluation. Durant la présente

vérification, nous étions heureux de constater une nette amélioration sur ce chapitre, puisque le ministère évaluait plus de 85 % des établissements au moins une fois durant la période de validité d'un permis, qui est de cinq ans en général.

Nous avons également remarqué que, depuis la modification de la *Loi* en 1996, des évaluations peuvent être menées sans préavis. Cette mesure permettrait à des évaluateurs d'observer directement à l'improviste la qualité des services dispensés et de s'assurer que les procédures sont effectuées par le personnel qualifié. Toutefois, en mars 2004, aucune évaluation d'établissement sans préavis n'avait été menée.

Lorsque l'Ordre a terminé l'évaluation d'un établissement sélectionné, il transmet un rapport au directeur du Programme des établissements de santé autonomes. Ce dernier examine le rapport et peut demander des précisions sur les recommandations ou autoriser les représentants de l'Ordre à obtenir de l'établissement évalué un plan de mesures correctives. Lorsqu'au cours d'une évaluation, un risque pour la santé et la sécurité des patients est repéré, le directeur peut suspendre le permis de l'établissement en question ou restreindre les services que l'établissement est autorisé à dispenser. Lorsque l'établissement a fourni à l'Ordre suffisamment de documents pour démontrer que les problèmes à l'origine de la suspension du permis ont été réglés et que les recommandations ont été mises en œuvre, l'Ordre en informe le directeur, qui peut alors rétablir le permis de l'établissement ou lever les restrictions sur les services pouvant être dispensés.

Délais pour la présentation des données d'évaluation

Le ministère n'a pas fixé de délais pour la transmission par l'Ordre des rapports complets d'évaluation au directeur du programme. En 1996, nous recommandions que le ministère fixe de tels délais. Le ministère a accueilli notre recommandation à ce moment-là.

Des délais n'avaient pas été fixés non plus pour la prise de mesures correctives dans le cas d'un établissement jugé non conforme ou déficient dans certains domaines. À cet égard, dans notre *Rapport annuel 1996*, nous remarquons que le personnel de l'établissement et celui de l'Ordre étaient tenus de se rencontrer dans les deux mois, ou dès que possible, suivant l'évaluation pour discuter du rapport d'évaluation. Ces rencontres ont cessé. Les établissements doivent plutôt transmettre l'information à l'Ordre qui s'assure qu'ils ont pris les mesures correctives nécessaires pour combler les lacunes observées au cours de l'évaluation. Aucun délai obligatoire n'a été fixé pour la transmission de cette information. Nous avons examiné les rapports d'évaluation des établissements qui présentaient de graves problèmes selon le ministère mais dont le permis n'avait pas été suspendu – entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2003 – et nous avons observé que, dans la majorité des cas, l'Ordre n'avait été informé des mesures prises que quatre à six mois après la date de l'évaluation. Même si le ministère nous a

indiqué qu'un délai de quatre à six mois avant d'être informé des mesures prises pour corriger des problèmes ne mettant pas en danger la vie des patients était raisonnable, nous n'avons pas pu déterminer le fondement de cette conclusion.

Recommandation

Pour s'assurer que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario répond à ses attentes à l'égard du processus d'évaluation et de l'élaboration de paramètres de pratique clinique et de normes d'établissement, le ministère doit régulièrement mettre à jour son entente avec l'Ordre en signant un protocole d'entente.

Pour s'assurer que les services dispensés par un établissement de santé autonome sont conformes aux paramètres de pratique clinique ou aux normes d'établissement, certaines évaluations doivent être menées sans préavis.

Pour améliorer l'efficacité du processus d'évaluation, le ministère doit fixer des délais pour :

- **la présentation par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario des rapports au directeur du Programme des établissements de santé autonomes;**
- **la transmission de l'information des établissements de santé autonomes à l'Ordre démontrant que les mesures correctives requises ont été prises en temps opportun.**

Réponse du ministère

Le ministère accueille cette recommandation et s'assurera que ses attentes à l'égard de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario en ce qui concerne le processus d'évaluation et l'élaboration de paramètres de pratique clinique et de normes d'établissement sont régulièrement mises à jour dans un protocole d'entente signé.

Des discussions sont en cours avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour élaborer des politiques et procédures définissant les circonstances dans lesquelles des évaluations sans préavis seront menées.

En vertu du nouveau processus d'examen par une commission, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario s'engage à respecter un délai d'exécution d'au plus 10 jours ouvrables suivant le signalement d'établissements dont les activités semblent causer un préjudice à la santé et à la sécurité des patients et d'au plus 72 heures dans le cas d'établissements dont les activités posent des risques immédiats pour la santé et la sécurité. Cette mesure permettra au ministère de s'attaquer aux problèmes de santé et de sécurité en temps plus opportun. Les détails des

délais proposés feront l'objet de discussions avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et seront inclus dans le protocole d'entente.

Les lettres actuelles envoyées aux établissements détenteurs d'un permis fixent le délai suivant pour donner suite aux recommandations faites dans le rapport :

- **Lorsque le rapport comprend uniquement des recommandations de nature administrative, le détenteur de permis doit communiquer avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour en discuter dans les 15 jours suivant la réception du rapport.**
- **Lorsque le rapport fait état de sérieuses préoccupations, mais dont la gravité n'exige pas la suspension du permis, le détenteur de permis doit communiquer avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour discuter des recommandations dans les 15 jours suivant la réception du rapport et soumettre un plan écrit à l'Ordre donnant suite aux recommandations dans les 30 jours suivant la réception du rapport.**

Bien qu'ils soient indiqués dans les modèles de lettres de réponse, ces délais ne sont pas documentés à l'heure actuelle dans une politique écrite. Cette politique sera préparée et incluse dans le dossier des politiques du programme.

Suspensions de permis et réévaluations

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

Dans notre vérification de 1996, nous remarquons que le ministère n'avait aucune politique documentée sur le suivi ou la réévaluation des établissements ayant fait l'objet d'une évaluation défavorable. Nous avons également observé que, dans plus de 60 % des cas où des établissements avaient été réévalués, les problèmes sérieux n'avaient pas été réglés. Pendant la présente vérification, nous avons observé que, dans environ 20 % des réévaluations menées depuis le 1^{er} avril 2000, des problèmes graves continuaient à être soulevés. Malgré la réduction de la persistance des

problèmes graves, nous sommes préoccupés par le fait que le ministère n'a toujours pas établi de politique officielle sur les mesures appropriées à prendre lorsque des établissements continuent à présenter des problèmes en matière d'assurance de la qualité. Ces mesures pourraient inclure la révocation du permis d'un établissement.

Depuis 1996, le ministre peut, en vertu de la *Loi*, établir des règlements régissant les circonstances dans lesquelles les propriétaires d'établissement seraient tenus de payer le coût d'une évaluation. En 1996, le ministère indiquait que cette mesure permettrait de facturer les frais d'une réévaluation rendue nécessaire en raison de la persistance de problèmes remarqués lors de l'évaluation initiale. Toutefois, pendant la présente vérification, les propriétaires d'établissement n'étaient toujours pas tenus de payer les frais de réévaluation. Une telle exigence serait une mesure incitative additionnelle pour les encourager à se conformer aux normes de qualité.

Nous avons également remarqué que le ministère ne rend pas publique l'information concernant les établissements où des problèmes d'assurance de la qualité sont soulevés. Même si les établissements dont le permis a été suspendu ou restreint en raison de problèmes d'assurance de la qualité ne peuvent pas facturer de frais d'établissement durant la période de la suspension ou de la restriction, des patients potentiels et des médecins qui orientent des patients vers les établissements peuvent ne pas être au courant de l'existence de problèmes en matière d'assurance de la qualité.

Recommandation

Pour améliorer l'efficacité du processus d'évaluation des établissements de santé autonomes et pour assurer la conformité aux normes de qualité, le ministère doit :

- **avoir une politique officielle sur la suspension du permis des établissements qui présentent de graves problèmes en matière d'assurance de la qualité, particulièrement lorsque les mêmes problèmes sont repérés au moment d'une réévaluation;**
- **envisager de facturer aux établissements les frais de réévaluation.**

Pour protéger le public, le ministère doit envisager des mesures appropriées pour rendre publics les graves problèmes d'assurance de la qualité repérés dans les établissements de santé autonomes.

Réponse du ministère

Le ministère accueille cette recommandation. Le secteur de programme élaborera une politique établissant les circonstances dans lesquelles le permis sera suspendu ou restreint en raison de problèmes répétés d'assurance de la qualité, lorsque la déficience en elle-même ne constituera pas un risque pour la santé et la sécurité ni une menace immédiate à la santé et à la sécurité.

Le ministère est d'accord avec l'idée d'envisager de facturer les frais de réévaluation. Le secteur de programme élaborera un document sur les options proposées énonçant le processus de mise en œuvre de cette modification (modification du règlement en vertu de la Loi sur les établissements de santé autonomes) et les avantages et inconvénients de facturer aux établissements détenteurs d'un permis les frais de réévaluation en vertu du programme d'assurance de la qualité visant les établissements de santé autonomes.

Le ministère accueille la recommandation selon laquelle il faudrait envisager de rendre publiques les mesures d'autorisation prises à la suite d'une évaluation de la qualité. Le secteur de programme élaborera un document sur les options proposées pour cette question. Un certain nombre de questions doivent être examinées relativement à l'élaboration d'un système de divulgation publique des problèmes d'assurance de la qualité observés dans les établissements de santé autonomes, incluant, entre autres, la période de rétention de l'information, l'annonce des suspensions proposées pendant qu'elles sont portées en appel, les répercussions des changements de propriété à l'égard de l'information affichée, le moment de l'affichage de l'information et la mise à jour de l'information.

Même si le vérificateur provincial souligne que la divulgation des problèmes d'assurance de la qualité pourrait être avantageuse, cette décision doit être prise par le directeur du Programme des établissements de santé autonomes qui réglemente les activités de ces établissements. La divulgation de ce type d'information pourrait exiger une modification à la Loi sur les établissements de santé autonomes et à l'entente conclue entre le ministère et l'Ordre en ce qui concerne l'utilisation, la collecte et la divulgation de l'information.

Méthodologie d'évaluation

Les évaluateurs reçoivent et analysent les données provenant de dossiers médicaux, de notes, de fiches médicales et d'autres documents sur les soins dispensés aux patients et conservés par les établissements de santé autonomes. Le ministère a laissé à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario le soin de choisir la méthodologie de sélection des échantillons de dossiers à examiner. Pour aider les évaluateurs, l'Ordre leur fournit des lignes directrices pour mener les évaluations. Dans notre *Rapport annuel 1996*, pour réduire le risque de ne pas déceler les problèmes de santé et de sécurité potentiellement graves, nous recommandions au ministère de s'assurer que les lignes directrices d'échantillonnage de l'Ordre tenaient compte de la période de temps couverte par l'évaluation, du volume de services dispensés par l'établissement et du nombre de spécialités exercées dans l'établissement. Nous recommandions également que les évaluateurs qui ne suivent pas les lignes directrices soient tenus de documenter les raisons de leur décision. Le ministère a accueilli notre

recommandation et a indiqué qu'il demanderait à l'Ordre d'examiner et de préciser ses lignes directrices d'échantillonnage.

Pendant notre présente vérification, nous avons été informés par le personnel du ministère qu'en vertu de la politique de sélection d'échantillons de l'Ordre, les évaluateurs doivent examiner un minimum de dix services par spécialité. Nous avons examiné un échantillon de rapports d'évaluation et avons observé que, dans certains cas, les évaluateurs n'avaient pas respecté la politique. Les raisons du non-respect de la taille minimale de l'échantillon n'étaient pas documentées. Nous avons également constaté que certains évaluateurs avec qui nous avons communiqué demandaient au personnel des établissements de sélectionner un échantillon de dossiers à évaluer au lieu de choisir eux-mêmes un échantillon au hasard. Ainsi, il existe un risque que le personnel d'un établissement sélectionne uniquement les dossiers qui, vérification faite, sont conformes aux normes obligatoires.

Recommandation

Pour assurer l'efficacité de l'évaluation de la qualité des services dispensés par les établissements de santé autonomes, le ministère doit travailler en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario afin de veiller à ce que :

- **l'échantillon de services à évaluer soit suffisant pour permettre aux évaluateurs d'en arriver à une conclusion et que celui-ci soit sélectionné à partir d'une liste complète de tous les services dispensés aux patients;**
- **l'échantillon soit sélectionné indépendamment par l'Ordre ou par le ministère.**

Réponse du ministère

Le ministère accueille cette recommandation. Cette question sera discutée avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, et les exigences en matière d'examen de dossiers et de sélection d'échantillons seront incluses dans le protocole d'entente conclu entre l'Ordre et le ministère.

Clarté des conclusions d'évaluation

En vertu de *Loi sur les établissements de santé autonomes*, les services dispensés par les établissements de santé autonomes doivent être conformes aux normes de qualité généralement reconnues. Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous recommandions au ministère de travailler en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour s'assurer que les rapports d'évaluation présentent les conclusions claires de l'Ordre et d'autres spécialistes quant à la conformité ou à la non-conformité aux paramètres de pratique clinique et aux normes d'établissement. Le ministère a

accueilli notre recommandation et a indiqué qu'il travaillait avec l'Ordre « pour aider à améliorer la qualité et le contenu des rapports ». Toutefois, durant la présente vérification, nous avons observé que les rapports et d'autres communications de l'Ordre n'indiquaient toujours pas de façon systématique si les paramètres de pratique clinique et les normes d'établissement avaient été respectés. Lorsqu'il n'est pas clair que les normes aient été respectées, le ministère doit demander des précisions à l'Ordre, ce qui occasionne des délais dans la réponse aux rapports d'évaluation.

En septembre 2003, le ministère a formé une commission d'examen des établissements pour assister le directeur du Programme des établissements de santé autonomes dans la prise de décisions coercitives. La commission devait conseiller le directeur afin de déterminer si les problèmes soulevés par les évaluateurs correspondaient au non-respect de normes de pratique minimales et de préciser la gravité de toute déficience. Toutefois, à la fin de notre vérification, il était trop tôt pour évaluer le succès de cette initiative.

Systemes de repérage des résultats d'évaluation

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

Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous recommandions au ministère : de prendre des mesures pour vérifier l'intégrité des données enregistrées dans la base de données sur les évaluations; d'examiner la faisabilité de l'archivage de toute donnée d'évaluation par numéro d'établissement (pour faciliter le repérage de toutes les données d'établissement); et d'élaborer un système permettant le repérage des résultats d'évaluation des établissements. Durant la présente vérification, nous avons remarqué que le ministère utilisait le numéro de permis pour faire le suivi des activités d'évaluation et que des efforts avaient été faits pour améliorer l'intégrité des données. Toutefois, nous avons remarqué que certaines données erronées devaient toujours être corrigées et que le ministère n'utilisait pas la base de données pour surveiller la durée globale du processus d'évaluation. De plus, la structure de la base de données du ministère n'était pas idéale pour permettre la surveillance de la durée globale d'une évaluation. Par exemple, dans certaines circonstances, plus d'une réévaluation est nécessaire pour corriger toutes les déficiences graves repérées durant l'évaluation initiale. Toutefois, puisqu'il n'y a pas de liens dans la base de données entre les résultats des réévaluations et ceux des évaluations, il est difficile de déterminer le temps écoulé entre la date de la première évaluation et le moment de la résolution satisfaisante des problèmes sérieux soulevés.

Recommandation

Pour s'assurer que les décideurs ont accès à tous les renseignements pertinents au moment d'évaluer les établissements de santé autonomes, le ministère doit veiller à ce que la structure de son système d'information de gestion permette de lier toutes les données pertinente à un établissement particulier.

Réponse du ministère

Comme nous l'avons noté dans le rapport, un certain nombre de modifications ont été apportées à la base de données à la suite de la dernière vérification en 1996. L'actuel système d'information de gestion répond aux besoins du programme en matière de repérage des résultats des évaluations d'assurance de la qualité en vertu de la Loi sur les établissements de santé autonomes. Les modifications proposées au système permettraient d'accroître sa capacité d'établissement de rapports, mais le ministère doit établir un équilibre entre la valeur de ces améliorations et les ressources matérielles et humaines disponibles pour les apporter. À l'heure actuelle, d'autres projets auraient priorité sur les changements proposés au système d'information de gestion en matière d'assurance de la qualité. Les changements seront apportés selon la disponibilité des ressources.

SERVICES TECHNIQUES NON AUTORISÉS

Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous remarquons qu'au moment de l'adoption de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* en 1990, de nombreux services assurés en vertu de l'OHIP et qui comportaient un volet technique n'étaient pas visés par la *Loi*. Le barème des prestations de la *Loi sur l'assurance-santé* contenait 65 procédures techniques qui n'étaient pas régies par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, telles que les électrocardiogrammes (enregistrements de l'activité électrique du cœur), les électroencéphalogrammes (enregistrements de l'activité électrique générée par les neurones du cerveau) et les échocardiogrammes (tracés électroniques des échos des ultrasons dirigés dans le thorax pour établir une carte du cœur). Nous recommandions au ministère d'établir des critères précis pour déterminer les services et procédures techniques qui devraient être autorisés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Dans sa réponse à notre vérification de 1996, le ministère indiquait qu'en raison du nombre très élevé de services pouvant théoriquement être visés par la *Loi*, un processus rigoureux serait nécessaire pour classer ces services par ordre de priorité.

En 1997, un comité mixte formé de représentants du ministère et de l'Ordre a élaboré une liste de critères à utiliser pour élargir la portée de la *Loi* afin d'inclure d'autres services qui étaient dispensés ailleurs que dans les hôpitaux et qui n'étaient pas visés

par la *Loi*. La liste comprenait des critères d'assurance de la qualité (par exemple, évaluation du risque pour le patient découlant de la prestation du service) et des critères d'utilisation (par exemple, évaluation de toute hausse de coûts pour le gouvernement). Dans son *Rapport annuel 1996-1997*, le Comité permanent des comptes publics recommandait que ces critères soient utilisés pour évaluer la pertinence de tout ajout de services et de procédures techniques autorisés en vertu de la *Loi*. Nous comprenons qu'à la suite de l'application des critères d'utilisation, la portée de la *Loi* ait été élargie en 1998 pour inclure les polysomnographies. Toutefois, même si le comité mixte avait également recommandé l'évaluation d'autres procédures – telles que les services d'échocardiographie – en vue d'être visées par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, nous comprenons qu'aucune autre évaluation n'a été menée pour déterminer si d'autres services devraient être visés par la *Loi*.

De nombreux rapports et études ont confirmé l'importance du processus d'assurance de la qualité mis en place par le ministère pour évaluer les services techniques dans le but d'assurer la protection du public. Par exemple, dans un rapport de 2000, un comité mixte formé de représentants du ministère, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et de l'Ontario Medical Association (OMA) indiquait que les exigences de la *Loi* en matière d'assurance de la qualité – prévoir l'élaboration de normes de qualité, des inspections et des évaluations régulières et proposer des mesures correctrices – étaient plus complètes que toutes les autres exigences d'assurance de la qualité comparables dans le domaine médical. On indiquait également dans ce rapport qu'en raison de l'absence d'un programme externe d'assurance de la qualité visant les services techniques dispensés dans les cabinets de médecin et les cliniques médicales, les cabinets et les cliniques étaient plus susceptibles d'essuyer des critiques en raison de l'absence d'uniformité des normes et de la qualité des services. Dans un rapport de 2002, l'OMA indiquait également que le programme de gestion de la qualité visant les établissements de santé autonomes est généralement considéré comme un atout majeur et que le défi consiste à avoir un système de gestion de la qualité des services diagnostiques techniques qui fonctionne dans tous les secteurs.

Lorsqu'un service non visé par la *Loi* est dispensé ailleurs que dans un hôpital public, le service n'est pas assujéti au processus d'assurance de la qualité prévu dans la *Loi*. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les échocardiogrammes et les électroencéphalogrammes sont des exemples de ces services. En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, des frais techniques sont payés aux établissements qui effectuent ces procédures. Selon les données du ministère, les paiements de frais techniques associés à des services d'échocardiographie ont augmenté de 53 % entre 1995-1996 et 2002-2003 – de 30 millions de dollars à 46 millions de dollars.

D'autres examens peuvent également être effectués dans un contexte non hospitalier sans exiger que l'établissement détienne un permis, mais aucuns frais techniques distincts ne sont payés pour ces examens – seul le volet professionnel de ces interventions est payé. Les tests allergologiques et les coloscopies, utilisées pour

diagnostiquer les maladies touchant le côlon et l'intestin, sont des exemples de ces services. Selon les données du ministère, 19 260 coloscopies ont été pratiquées dans un contexte non hospitalier au cours de l'exercice 2000-2001 – ou approximativement 12 % de l'ensemble de ces examens à l'échelle de la province. Puisque ces examens n'étaient pas visés par la *Loi*, ils n'étaient pas assujettis à ses dispositions relatives à l'assurance de la qualité.

Nous n'avons trouvé aucune indication permettant d'affirmer que le ministère avait procédé, depuis 1997, à une analyse pour déterminer si les services additionnels dispensés dans un contexte non hospitalier et dans des établissements détenteurs d'un permis devraient être autorisés en vertu de la *Loi* et ainsi assujettis au processus d'assurance de la qualité prévu par celle-ci.

Recommandation

Pour assurer la prestation de services médicaux de qualité uniforme en Ontario et pour réduire le risque pour les patients, le ministère doit évaluer quels services diagnostiques et chirurgicaux dispensés ailleurs que dans les hôpitaux et les établissements de santé autonomes détenteurs d'un permis devraient être visés par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*.

Réponse du ministère

Toute décision visant à élargir la portée du Programme des établissements de santé autonomes pour inclure d'autres services doit être fondée sur un équilibre entre le coût de mise en œuvre d'un programme de délivrance de permis et d'assurance de la qualité et les besoins pour :

- ***un processus amélioré d'assurance de la qualité des services dispensés dans des contextes communautaires;***
- ***des mesures de planification et d'utilisation des services obtenus en vertu du mode d'homologation des établissements de santé autonomes.***

Le ministère a établi des critères en 1997 pour évaluer les propositions visant à élargir la portée de la Loi sur les établissements de santé autonomes afin d'inclure d'autres services. Ces critères ont été utilisés pour évaluer la proposition qui consistait à réglementer les établissements de médecine du sommeil en vertu de la Loi et ont mené à l'homologation de ce type d'établissement à la suite des modifications apportées au barème de prestations en 1998. Ces critères devraient continuer d'être utilisés pour évaluer toute proposition visant l'élargissement de la portée de la Loi afin d'inclure d'autres services.

À ce jour, l'élargissement potentiel de la portée de la Loi a été évalué uniquement à la suite de propositions précises de l'OMA ou du ministère ou de propositions non sollicitées de personnes intéressées à créer un établissement.

POLYSOMNOGRAPHIES

La majorité des polysomnographies sont des examens effectués pendant la nuit pour surveiller différents facteurs, tels que la saturation en oxygène (pour évaluer si les globules rouges du patient transportent suffisamment d'oxygène) et les étapes du sommeil (pour évaluer les troubles du sommeil, tels que l'apnée). Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous constatons que les frais techniques facturés par les établissements qui exécutaient des polysomnographies, ce qui à l'époque ne nécessitait pas de permis délivré en vertu de la *Loi*, avaient augmenté de 135 % en quatre ans. Depuis, les polysomnographies ont été ajoutées à la liste de services visés par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Le comité des services aux médecins a recommandé que les cliniques de polysomnographie soient ajoutées dans un premier temps, dans le but de limiter le nombre d'établissements autorisés à facturer des services de polysomnographie. En 1998, environ 70 cliniques de polysomnographie ont été établies en vertu de la *Loi* et autorisées à fonctionner dans l'attente de la délivrance de leur permis. Entre 1998-1999 et 2002-2003, le montant des frais techniques facturés pour des polysomnographies est passé de 14,9 millions de dollars à 23,4 millions de dollars, soit une hausse de 57 %.

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

Nous avons remarqué que plusieurs inspections doivent être effectuées dans de nombreuses cliniques de polysomnographie avant que soient corrigés les problèmes de qualité soulevés lors d'inspections initiales. En moyenne, il s'écoulait 16 mois entre l'inspection initiale et l'homologation d'une clinique de polysomnographie donnée. À la fin de notre travail, 18 cliniques de polysomnographie en exploitation n'étaient toujours pas homologuées parce qu'elles n'avaient toujours pas corrigé les déficiences ou n'avaient toujours pas été inspectées. Les déficiences observées dans les établissements inspectés comprenaient la surveillance inadéquate des patients par le personnel durant la polysomnographie.

Recommandation

Pour s'assurer que les nouveaux établissements qui seront assujettis à la *Loi sur les établissements de santé autonomes* dans l'avenir respectent les normes de qualité, le ministère doit :

- **inspecter tous ces établissements en temps opportun;**

- faire un suivi en temps opportun des problèmes repérés pour vérifier si les mesures correctives ont été prises.

Réponse du ministère

Le ministère accueille cette recommandation. Pour s'assurer que toute future situation de droits acquis est réglée en temps opportun, le ministère reconnaît le besoin d'affecter des ressources suffisantes, dans le cadre du Programme des établissements de santé autonomes et du programme d'inspections menées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, pour assurer la réalisation des processus d'inspection et de délivrance de permis.

AUTRE QUESTION

Examens d'imagerie par résonance magnétique

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) produit des images de haute qualité des structures du corps et peut permettre de détecter d'une façon extrêmement efficace les anomalies cérébrales, les tumeurs ou l'inflammation de la moelle épinière, les anévrysmes ou les ruptures cardiaques ou aortiques, les problèmes touchant les organes de l'abdomen et les dommages causés à la structure des articulations, des tissus mous et des os. Les examens d'IRM fournissent souvent des données d'une importance capitale avant l'intervention chirurgicale. À l'été 2002, le gouvernement provincial a annoncé que les services diagnostiques offerts dans les établissements de santé autonomes seraient étendus pour inclure les services d'IRM et que l'accès à ces services serait du même coup amélioré, puisqu'auparavant, ceux-ci n'étaient offerts que dans les hôpitaux. De plus, les services d'IRM fournis dans ces établissements étaient moins coûteux pour le ministère que ceux qui étaient fournis dans les hôpitaux. Les établissements seraient assujettis à toutes les dispositions de la *Loi*, y compris les exigences en matière d'assurance de la qualité.

Après avoir évalué les soumissions présentées par les fournisseurs potentiels, le ministère a sélectionné des établissements qui offriront des services d'IRM dans cinq emplacements. Entre juillet et septembre 2003, ces établissements ont reçu un permis les autorisant à offrir ces services. Toutefois, le financement des services d'IRM, contrairement à celui d'autres services diagnostiques, était limité au prix proposé par chaque exploitant et était conditionnel à la prestation par l'exploitant de niveaux minimaux de services assurés.

Les exploitants peuvent également recevoir un revenu en facturant aux patients des frais pour les services non couverts par le régime d'assurance-santé de l'Ontario (c'est le cas dans tous les établissements de santé autonomes). Toutefois, il est important de noter que les contrats conclus avec les établissements offrant des services d'IRM

limitaient le volume de services non assurés qui pouvaient être dispensés, et que les établissements étaient tenus de signaler au ministère le volume de services non assurés dispensés.

À la fin de notre vérification, nous avons compris que le gouvernement provincial se penchait sur l'avenir de ces établissements et sur d'autres options de prestation des services d'IRM.