

Factures des médecins

1.0 Résumé

Au 31 mars 2016, l'Ontario comptait quelque 30 200 médecins (soit 16 100 spécialistes et 14 100 médecins de famille) offrant des services de santé à plus de 13 millions de résidents, au coût de 11,59 milliards de dollars pour l'exercice terminé à cette date. Il s'agit d'une hausse de 20 % par rapport à la somme de 9,64 milliards de dollars versée aux médecins en 2009-2010.

Les médecins sont des fournisseurs de services indépendants et non des employés de l'État. Ils facturent leurs services à la province au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Dans le cadre de l'Accord de décembre 2012 sur les droits de représentation de l'Ontario Medical Association, les négociations conjointes et le règlement des différends (l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a reconnu l'OMA comme étant le seul agent négociateur des médecins. Aux termes de cet accord, le Ministère et l'OMA ont convenu, entre autres choses, de mener des consultations et des négociations de bonne foi sur la rémunération des médecins et les responsabilités connexes.

Le Ministère est responsable d'établir des politiques et des modèles de paiement pour la rémunération équitable des médecins. En parallèle, il doit s'assurer que les fonds publics sont dépensés de façon efficace. Avec un budget annuel de l'ordre de 27,9 millions de dollars et quelque 260 employés répartis dans différentes divisions, le Ministère administre les paiements faits aux médecins et vérifie le bien-fondé des factures. Sa Division des négociations et de la gestion de la responsabilisation joue un rôle de premier plan dans la surveillance de ce processus de facturation.

Les médecins de l'Ontario peuvent facturer leurs services selon trois grands modèles :

- **Modèle de paiement à l'acte** (6,33 milliards de dollars pour l'exercice 2015-2016) : Selon ce modèle, le médecin touche des honoraires normalisés pour chaque service qu'il fournit. Il facture ses services selon les codes d'acte figurant dans le barème des prestations du RASO. Ce modèle est le principal mécanisme de facturation utilisé par les médecins depuis 1972. Il est toujours largement utilisé aujourd'hui, notamment par les spécialistes.
- **Modèle de paiement par capitation** (3,38 milliards de dollars pour l'exercice 2015-2016) : Dans le cadre de ce modèle, les médecins forment des groupes de pratique (tels que des organismes de santé familiale et

des groupes de santé familiale) et sont rémunérés selon le nombre de patients inscrits auprès d'eux, auxquels le groupe offre un éventail de services prédéterminés. L'objectif est de permettre aux médecins de famille d'offrir à leurs patients des soins continus et plus complets. La rémunération peut aussi comprendre des primes, des incitatifs et d'autres paiements pour le travail supplémentaire, y compris des paiements à l'acte pour des services qui ne font pas partie de l'éventail des services offerts. Les médecins de famille peuvent opter pour l'un des modèles de paiement par capitation ou continuer de facturer leurs services à l'acte. Ce type de modèle est généralement plus rémunérateur pour les médecins de famille que le modèle de paiement à l'acte. Au 31 mars 2016, 8 800 médecins de famille sur 14 100 avaient opté pour l'un des modèles de paiement par capitation (les organismes de santé familiale et les groupes de santé familiale comptaient pour 92 % du nombre total de patients inscrits.) Le reste des médecins de famille continuent de facturer la majorité de leurs services à l'acte ou participent à d'autres plans de paiement.

- **Autres plans de paiement** (1,88 milliard de dollars pour l'exercice 2015-2016) et autres contrats conclus avec les hôpitaux et les groupes de médecins pour la prestation de services particuliers : En plus de la somme de 1,88 milliard de dollars, des paiements à l'acte de l'ordre de 1,2 milliard de dollars ont été faits aux médecins participant à d'autres plans de paiement. Cette somme est incluse dans les 6,33 milliards de dollars versés dans le cadre du modèle de paiement à l'acte mentionné ci-dessus. La **figure 1** montre la ventilation des paiements.

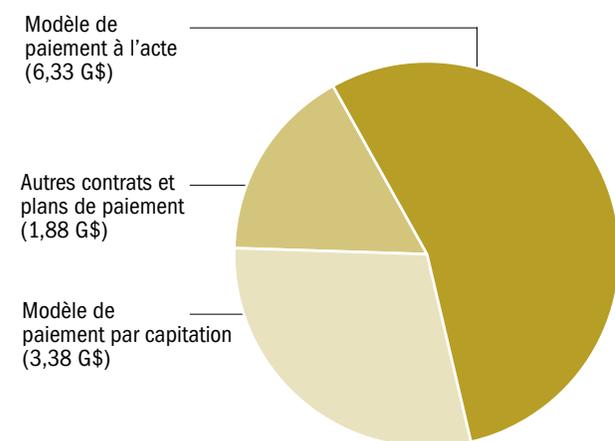
Depuis les cinq dernières années, les médecins de l'Ontario sont parmi les mieux payés au Canada. Si cette situation s'explique en partie par le fait que le ratio de médecins par rapport à la population y est le troisième au Canada, il faut également

souligner qu'en Ontario, par comparaison aux autres provinces, un plus grand nombre de médecins sont rémunérés selon des modèles tels que le modèle de paiement par capitation, qui est plus coûteux que le modèle de paiement à l'acte. Au fil des ans, des incitatifs additionnels ont été versés aux médecins, même si l'on a établi que certains de ces paiements n'ont vraisemblablement pas permis d'améliorer la qualité des soins. Par exemple, en 2014-2015, les médecins de famille participant aux modèles de paiement par capitation ont reçu chacun 3 \$ par patient par mois. Cet incitatif a coûté 364 millions de dollars et s'ajoute aux paiements par capitation de base (soit la somme fixe versée pour chaque patient inscrit, quel que soit le nombre de consultations ou de services réellement effectués).

Il est à noter que les modèles de paiement par capitation n'ont toujours pas permis d'accroître l'accès aux soins, tel qu'on le mesure selon le temps d'attente. En effet, 57 % des Ontariens ont attendu deux jours ou plus avant de voir leur médecin de famille en 2015-2016, par comparaison à 51 % en 2006-2007. D'après les données d'enquête du Ministère pour la période allant d'octobre 2014 à septembre 2015, environ 52 % des Ontariens ont éprouvé de la difficulté à obtenir des soins

Figure 1: Paiements faits aux médecins ontariens, 2015-2016

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



médicaux le soir, les fins de semaine ou les jours fériés sans avoir à se rendre aux services d'urgence.

Il ressort de notre examen des données du Ministère qu'en 2014-2015, les médecins membres des groupes de pratique appelés « organismes de santé familiale » travaillaient chacun en moyenne 3,4 jours par semaine, tandis les médecins membres des groupes de pratique appelés « groupes de santé familiale » travaillaient chacun en moyenne quatre jours par semaine. En 2014-2015, 60 % des organismes de santé familiale et 36 % des groupes de santé familiale ne respectaient pas les heures d'ouverture le soir et la fin de semaine, requises par le Ministère. De plus, bon nombre de patients se rendent à des cliniques sans rendez-vous pour obtenir des soins que leur médecin de famille pourrait normalement leur fournir. Les données d'enquête du Ministère pour la période allant d'octobre 2014 à septembre 2015 montrent qu'environ 30 % des Ontariens s'étaient rendus à une clinique sans rendez-vous au cours des douze mois précédents.

Le Ministère éprouve également de la difficulté à gérer et à contrôler l'utilisation des services facturés selon le modèle de paiement à l'acte. L'un des moyens de réaliser des économies à ce chapitre consiste à encourager les médecins, sur la base de recherches cliniques, à réduire le nombre de services médicalement inutiles. Or, le Ministère n'a pas eu beaucoup de succès à cet égard et a procédé, en 2015, à une réduction générale des paiements faits aux médecins, façon peu durable de limiter les coûts.

Une autre façon de gérer les coûts consiste à ajuster les taux de rémunération à l'acte en fonction des nouvelles pratiques cliniques, domaine que le Ministère doit continuer d'examiner. En outre, le processus de surveillance et de recouvrement du Ministère en ce qui a trait aux paiements à l'acte induit une certaine frustration et est miné par l'absence d'une fonction d'inspection et par l'application inefficace des mécanismes de recouvrement.

Voici certaines de nos constatations les plus détaillées :

- **Les modèles de paiement par capitation utilisés par les médecins de famille ne remplissent pas les objectifs initiaux et causent des problèmes de gestion au Ministère.** La décision de l'Ontario de mettre en oeuvre le modèle plus coûteux de paiement par capitation visait quatre objectifs : hausser la satisfaction des patients et des médecins; accroître la rentabilité; améliorer l'accès aux soins; et assurer la qualité et la continuité des soins.
- Le niveau de satisfaction des patients à l'égard des médecins de famille s'est accru, mais cela s'est avéré coûteux : selon l'estimation du Ministère pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, des paiements par capitation de base de l'ordre de 522 millions de dollars ont été faits aux médecins membres des organismes de santé familiale, somme qui n'aurait pas été versée dans le cadre d'un modèle de paiement à l'acte. Cette situation s'explique en partie par le fait que des sommes ont été versées pour quelque 1,78 million de patients que les médecins avaient inscrits, mais ne traitaient pas.
- Bien que le nombre d'Ontariens qui ont un médecin de famille ait augmenté de 43 % depuis 2006-2007 (passant de 7,4 millions à 10,6 millions en 2015-2016), l'accès aux soins, tel qu'on le mesure selon le temps d'attente, ne s'est pas amélioré, comme il est indiqué ci-dessus.
- Le Ministère n'est pas en mesure de démontrer si les modèles de paiement par capitation ont permis d'améliorer la qualité et la continuité des soins, et ses évaluations de rentabilité ne sont pas concluantes. Selon le système de facturation du Ministère, 40 % des patients inscrits se sont rendus à des cliniques sans rendez-vous ou ont consulté des médecins de famille ne faisant pas partie du groupe auprès duquel ils sont inscrits. De plus, environ 27 % des patients inscrits ont des problèmes de santé chroniques et obtiennent régulièrement

des services de soins primaires de sources externes, ce qui est contraire aux pratiques exemplaires. Cette pratique a donné lieu à des paiements en double de l'ordre de 76,3 millions de dollars pour la période de cinq ans terminée en 2014-2015, paiements que le Ministère ne recouvre pas.

- Il arrive souvent que les patients se rendent aux services d'urgence pour obtenir des soins non urgents que pourrait leur fournir leur médecin de famille. En 2014-2015, environ 243 000 visites ont été effectuées aux services d'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités dans un établissement de soins primaires. Selon l'estimation du Ministère, ces visites ont coûté 62 millions de dollars. De cette somme, 33 millions de dollars ont été engagés par des patients inscrits à des organismes de santé familiale dont les membres sont rémunérés selon le modèle de paiement par capitation. Ces sommes ne sont pas recouvrées auprès des médecins de famille de ces patients.
- En 2014-2015, 1,78 million (soit 33 %) des 5,4 millions de patients inscrits auprès d'un organisme de santé familiale n'ont pas du tout consulté leur médecin de famille; ces médecins ont néanmoins reçu un total de 243 millions de dollars pour les avoir inscrits. La plupart des patients qui n'ont pas consulté leur médecin étaient des hommes âgés entre 20 et 29 ans.
- **Le Ministère éprouve de la difficulté à contrôler les coûts du modèle de paiement à l'acte.**
 - **Selon l'Accord de 2012 sur les droits de représentation de l'OMA, le Ministère et l'OMA doivent mener des consultations et des négociations de bonne foi pour établir la rémunération des médecins.** Les demandes de paiement à l'acte augmentent annuellement de 3,3 %, malgré la volonté du Ministère de limiter cette hausse

à 1,25 %. Dans un système financé par les contribuables, la décision d'offrir un service doit être fondée sur la question de savoir si le service est médicalement nécessaire, un jugement professionnel qui doit aussi reposer sur des recherches médicales. Le Ministère n'a pas réussi à réduire le nombre de services médicalement inutiles. Il a procédé à une réduction générale des paiements, n'étant pas parvenu à s'entendre avec les médecins sur les montants et règles de facturation futurs.

- **Le Ministère ne dispose pas de l'information nécessaire pour déterminer si les importants écarts entre les paiements à l'acte bruts faits aux médecins d'une même spécialité sont raisonnables.** Nous avons constaté que les paiements bruts par médecin (avant déduction des frais de cabinet et des frais généraux) présentent d'importants écarts dans certaines spécialités. Par exemple, en 2014-2015, les ophtalmologistes à l'extrémité supérieure de l'échelle de rémunération ont reçu chacun des paiements moyens de l'ordre de 1,27 million de dollars, ce qui correspond à près de 130 % (ou plus de 710 000 \$) de la rémunération – environ 553 000 \$ – des ophtalmologistes au milieu de l'échelle de rémunération. Toutefois, le Ministère ne dispose pas d'information complète sur les pratiques et les marges de profit des médecins qui pourrait lui permettre d'analyser les écarts.
- **Les paiements bruts par médecin présentent d'importants écarts entre les spécialités.** Le modèle de paiement à l'acte en vigueur en Ontario favorise les spécialistes procéduraux (ceux qui effectuent des procédures telles que des tests diagnostiques et des chirurgies), qui génèrent par ailleurs un important volume de services. Par exemple, les chirurgiens vasculaires, qui fournissent en moyenne 12 230 services par année,

reçoivent en moyenne 43 \$ par service, tandis que les pédiatres, qui fournissent en moyenne 6 810 services par année, reçoivent en moyenne 31 \$ par service. Pour déterminer si ces écarts sont raisonnables, ainsi que l'incidence de la technologie sur les niveaux de service, le Ministère doit obtenir plus d'information sur les pratiques des médecins, notamment sur les coûts d'exploitation et les marges de profit.

- **Le Ministère ne dispose pas d'un mécanisme d'application efficace pour recouvrer les paiements indus auprès des médecins.**

Le Ministère n'a pas de fonction d'inspecteur depuis 2005. Son processus actuel de recouvrement des paiements indus est long et exigeant en ressources : il revient au Ministère de prouver que les médecins, qui facturent selon le principe d'intégrité, sont fautifs, et non aux médecins de prouver qu'ils ont droit aux paiements. À moins qu'un médecin ne rembourse une somme de son propre chef, il est très difficile pour le Ministère de recouvrer les paiements indus. Des modifications législatives apportées en 2005 ont établi la Commission de révision des paiements effectués aux médecins. L'Alberta et la Colombie-Britannique peuvent ordonner à un médecin de rembourser le trop-payé sans avoir à obtenir d'ordonnance d'une commission semblable.

- **De nombreuses factures comportant des anomalies ne font pas l'objet d'enquêtes de la part du Ministère.** Le Ministère n'a pas mené d'enquête dans de nombreux cas où la facturation des médecins excédait le nombre normal de jours de travail et le nombre prévu de services. Par exemple, nous avons remarqué que neuf spécialistes ont travaillé chacun plus de 360 jours en 2015-2016, dont six pendant 366 jours (2016 étant une année bissextile). Un autre exemple a trait à un pneumologue qui a travaillé 361 jours en 2015-2016 et a facturé 1,3 million de dollars à la province, soit près de cinq fois la limite

supérieure prévue. Ce médecin a fourni près de 12 400 services au cours de cette année, soit environ quatre fois la limite supérieure de la fourchette prévue pour cette catégorie de facturation. Voici d'autres exemples d'anomalies :

- Un cardiologue a travaillé 354 jours en 2015-2016 et a facturé 1,8 million de dollars à la province, soit trois fois la limite supérieure prévue pour les médecins de cette catégorie de facturation (spécialistes procéduraux). Ce spécialiste a fourni plus de 13 200 services au cours de cette année, soit 2,4 fois la limite supérieure de la fourchette prévue pour les médecins de cette catégorie de facturation.
- Un radiodiagnosticien a travaillé 313 jours en 2015-2016 et a facturé 1,7 million de dollars à la province, soit 2,8 fois la limite supérieure prévue pour les médecins de cette catégorie de facturation (spécialistes en diagnostic). Ce spécialiste a fourni plus de 57 400 services au cours de cette année, soit 5,6 fois la limite supérieure de la fourchette prévue pour les médecins de cette catégorie de facturation.

Bien que le Ministère ait enquêté sur certains de ces cas, les enquêtes n'ont pas été effectuées dans des délais raisonnables. Par exemple, en 2014-2015, un cardiologue a facturé 2,5 millions de dollars à la province pour plus de 68 000 services, soit plus de six fois le nombre de services rendus en moyenne par les cardiologues. Or, le Ministère n'avait pas terminé son enquête au moment de notre audit.

- **Le Ministère ne fait pas le suivi de bon nombre de cas de facturation inappropriée par les médecins.** Depuis le début de 2013, le Ministère ne s'emploie pas activement à recouvrer les paiements en trop au moyen d'examen proactifs; il a recouvré environ 19 700 \$ en 2014 et rien du tout en 2013 et 2015. Au cours des années antérieures, les sommes recouvrées s'élevaient à plus d'un million de dollars. En outre, le Ministère ne fait

plus de suivi auprès de tous les médecins qui ont présenté des factures inappropriées dans le passé. Cette situation est préoccupante. En effet, il ressort de notre analyse de 34 cas de médecins ayant présenté des factures inappropriées, que 21 médecins avaient récidivé. Par ailleurs, le Ministère a reconnu qu'un code d'acte en particulier est systématiquement mal facturé par certains spécialistes. Nous avons recensé environ 370 spécialistes qui ont mal facturé ce code d'acte et avons estimé que cette erreur a donné lieu à des paiements en trop de l'ordre de 2,44 millions de dollars entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2016.

- **Les mesures prises par le Ministère pour limiter le nombre de tests cardiaques préopératoires ont connu un succès mitigé.** Le Ministère avait prévu de réaliser des économies de 43,7 millions de dollars pour 2013-2014 en réduisant le nombre de tests cardiaques préopératoires inutiles, mais les économies réelles se sont chiffrées à seulement 700 000 \$. Par la suite, le Ministère a déterminé qu'au cours du seul exercice 2014-2015, environ 35 millions de dollars ont été versés aux médecins pour quelque 1,15 million de tests cardiaques – qui n'étaient peut-être pas médicalement nécessaires – effectués avant des chirurgies à faible risque.
- **Les préoccupations de l'Ontario Association of Cardiologists (l'Association des cardiologues) au sujet des dépenses en soins cardiaques, exposées dans une lettre ouverte à la vérificatrice générale, sont raisonnables.** Les résultats de notre examen de ces préoccupations sont exposés dans le présent rapport. En octobre 2014, le Ministère a pris connaissance de demandes de paiement à l'acte visant deux tests de mesure du rythme cardiaque facturés de façon inappropriée et réglés. Le Ministère a établi qu'au moins 3,2 millions de dollars ont été payés en trop à quelque 70 médecins entre avril 2012 et mai 2015. Toutefois, au moment de notre

audit, le Ministère n'avait pas l'intention de recouvrer cette somme. En octobre 2015, le tarif des services d'échographie cardiaque, qu'ils soient fournis en présence d'un cardiologue ou non, a été uniformisé par le Ministère. Auparavant, bien qu'un cardiologue ait pu superviser les services à distance par téléphone ou vidéoconférence, le cardiologue physiquement présent au moment de la procédure aurait reçu un paiement supérieur. Notre examen des données du Ministère pour la période allant d'octobre 2015 à mars 2016, par comparaison à la même période l'année précédente, a révélé que les sommes versées par le Ministère et le volume des services fournis ont augmenté de façon minime, soit de moins de 0,1 %. Néanmoins, nous croyons que le Ministère devrait continuer de surveiller le volume de ces services afin de s'assurer que les services sont médicalement nécessaires et sont fournis sous une supervision appropriée.

- **Les contribuables continuent de payer des sommes considérables au titre du coût croissant de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins.** La nécessité d'un effort conjoint entre le Ministère, l'OMA et l'Association canadienne de protection médicale pour examiner le contexte juridique entourant la hausse marquée des tendances en matière de faute médicale se fait sentir depuis longtemps.

Le présent rapport contient 14 recommandations consistant en 29 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est déterminé à travailler en collaboration avec ses partenaires, à prendre des décisions fondées sur des données probantes et axées sur l'optimisation et la qualité des services fournis en réponse aux besoins des Ontariens, et à apporter des améliorations afin

d'assurer la viabilité du système de soins de santé pour les générations à venir. Le Ministère reconnaît la valeur de l'audit détaillé mené par la vérificatrice générale et fait bon accueil aux recommandations formulées dans le présent rapport, compte tenu du fait que sa capacité d'apporter des améliorations efficaces est limitée en raison d'obstacles législatifs et du climat des négociations. Ces recommandations contribueront grandement à soutenir les efforts du Ministère pour renforcer la responsabilisation et améliorer l'accès aux services de soins de santé.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu du système de soins de santé ontarien

Depuis 1972, les résidents de l'Ontario sont admissibles à une protection-santé financée par le gouvernement provincial au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO). Le RASO, établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, rembourse le coût d'un large éventail de services de soins de santé, depuis les consultations auprès d'un médecin de famille en pratique privée jusqu'aux chirurgies pratiquées par les spécialistes en milieu hospitalier. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) assure le financement du RASO, et les médecins de famille et les spécialistes (appelés collectivement « médecins ») reçoivent une rémunération pour l'ensemble des services médicaux assurés qu'ils fournissent aux Ontariens admissibles.

Voici un aperçu des principaux intervenants du secteur des soins de santé en Ontario.

Médecins

Bien que les services qu'ils fournissent aux patients soient payés par la province, les médecins ne sont pas des employés de l'État, mais des fournisseurs de services indépendants. Au 31 mars 2016, quelque

30 200 médecins en Ontario facturaient activement leurs services au RASO. De ce nombre, environ 14 100 étaient des médecins de famille et 16 100, des spécialistes de près de 40 domaines de pratique, tels que la cardiologie et la psychiatrie.

Il faut compter au moins huit années d'études postsecondaires et de formation pour devenir médecin en Ontario, selon la spécialité. Les médecins de famille qui réussissent l'examen du Collège des médecins de famille du Canada sont agréés. Pour leur part, les spécialistes doivent réussir l'examen administré par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada avant d'être agréés. Avant de commencer à exercer leur profession, les médecins prêtent le serment d'Hippocrate, selon lequel ils promettent de protéger la vie humaine, de faire de la santé des patients leur premier souci et de renoncer à leur intérêt personnel dans le traitement des patients.

Patients

Les médecins de l'Ontario traitent les plus de 13 millions de résidents admissibles à la protection-santé prévue par le RASO. Les résidents de l'Ontario doivent être titulaires d'une carte Santé valide pour obtenir sans frais les services de soins de santé provinciaux. Pour obtenir la carte Santé, le requérant doit être citoyen canadien ou immigrant ayant obtenu le droit d'établissement, avoir son domicile en Ontario et être présent dans la province pendant au moins 153 jours au cours de toute période de 12 mois. Les patients peuvent choisir leur médecin. Selon Statistique Canada, le pourcentage d'Ontariens âgés de 65 ans et plus augmentera de façon marquée au cours des prochaines décennies : de 16 % en 2015, il passera à plus de 25 % d'ici 2041. Environ 10 % de la population de l'Ontario sera âgée de plus de 80 ans d'ici 2041, comparativement à seulement 4 % en 2013. Il s'agit là d'une donnée importante, car les dépenses en soins de santé augmentent généralement de façon exponentielle à mesure que les gens dépassent un certain âge.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère)

Le Ministère administre le RASO par l'intermédiaire de plusieurs divisions. Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2016, le Ministère comptait quelque 260 employés chargés d'administrer les paiements faits aux médecins, pour un coût administratif total de l'ordre de 27,9 millions de dollars. Le Ministère est également responsable d'élaborer les politiques établissant les divers modes de rémunération des médecins qui offrent des services aux Ontariens. De plus, il examine les factures des médecins de façon proactive, principalement au moyen d'une analyse des données de facturation, ainsi que de façon réactive, notamment lorsqu'il reçoit des plaintes.

Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario (le Collège)

Le Collège réglemente la pratique de la médecine en Ontario en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et de la *Loi de 1991 sur les médecins*, et a pour mission de protéger et de servir l'intérêt public. Il est investi d'un pouvoir d'autoréglementation de la profession de médecin, et les médecins qui souhaitent exercer leur profession en Ontario doivent en être membres. Ses fonctions consistent notamment à inscrire les médecins, à assurer la surveillance et le respect des normes de pratique, à donner suite aux plaintes et à tenir des audiences disciplinaires.

Ontario Medical Association (OMA)

Fondée en 1880, l'OMA est une association à participation volontaire qui représente les intérêts politiques, cliniques et économiques des médecins de l'Ontario. Elle est régie par un comité de délégués et par un conseil d'administration. Le Ministère, par le biais de l'Accord de décembre 2012 sur les droits de représentation de l'OMA, les négociations conjointes et le règlement des différends (l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA), reconnaît que l'OMA est le seul agent négociateur des

médecins. Aux termes de cet accord, le Ministère et l'OMA se sont engagés, entre autres choses, à mener des consultations et des négociations de bonne foi en vue d'établir la rémunération des médecins et les responsabilités connexes dans le cadre du régime public de soins de santé.

Association canadienne de protection médicale (l'Association)

Tous les médecins de l'Ontario sont tenus de souscrire et de maintenir une assurance responsabilité professionnelle. L'Association, qui est un organisme sans but lucratif, recueille les cotisations des membres et vient en aide aux médecins qui font face à des problèmes médico-légaux découlant de leur pratique. En outre, elle indemnise les patients lésés en raison de négligence dans les soins. Bien que les médecins de l'Ontario puissent souscrire une assurance responsabilité professionnelle auprès d'autres fournisseurs, ils sont presque tous membres de l'Association. La province a remboursé 237 millions de dollars, soit environ 84 %, des cotisations que les médecins ont versées à l'Association en 2015.

Commission de révision des paiements effectués aux médecins (la Commission)

La Commission, établie en 2010 en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, est un organisme de décision indépendant chargé de tenir des audiences dans le but de régler les différends relatifs à la facturation entre les médecins et le Ministère, à la demande de l'une ou l'autre partie. En septembre 2016, la Commission comptait 27 membres, soit 11 médecins recommandés par le Ministère, 9 médecins recommandés par l'OMA et 7 représentants publics. La Commission ne se penche que sur les différends relatifs à la facturation qui n'ont pas été réglés entre le médecin et le Ministère. Au terme d'une audience, la Commission peut ordonner au médecin de rembourser le Ministère si elle juge qu'il a reçu un paiement en trop, ou ordonner au Ministère de faire un paiement au médecin si elle juge que

le paiement est insuffisant. Depuis sa création, la Commission a tenu cinq audiences officielles; dans tous les cas, elle a tranché en faveur des médecins.

2.2 Modes de rémunération des médecins

Les médecins de l'Ontario sont rémunérés selon deux grands modèles de paiement, décrits ci-dessous.

2.2.1 Modèle de paiement à l'acte

Depuis 1972, année où les soins de santé ont commencé à être financés à même les fonds publics, le modèle de paiement à l'acte est le principal mécanisme que les médecins de l'Ontario utilisent pour facturer leurs services à la province. Il est toujours largement utilisé aujourd'hui, notamment par les spécialistes. Selon ce modèle, les médecins reçoivent des honoraires normalisés pour chaque service qu'ils fournissent. Les services médicaux couverts et les honoraires normalisés payables sont détaillés dans le barème des prestations du RASO, qui comporte des centaines de catégories d'honoraires liées à plus de 7 000 codes d'acte. Bien qu'il existe des centaines de catégories d'honoraires, la plupart des médecins, en particulier ceux qui exercent en cabinet de consultation, facturent habituellement le même groupe de cinq à dix actes propres à leur spécialité, car ils fournissent habituellement le même groupe de services. Le barème des prestations, qui figure au Règlement 552 pris en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, prévoit également les diverses exigences et conditions en matière de facturation qu'il faut remplir avant d'obtenir un paiement.

2.2.2 Modèles de paiement par capitation

Sont compris parmi les autres arrangements de financement tous les types de paiements faits par la province selon un autre modèle que la rémunération à l'acte. Par exemple, au lieu de recevoir

des honoraires fixes pour chaque service fourni, le médecin peut être rémunéré selon le nombre de patients inscrits auprès de lui et selon l'éventail de services prédéterminés qu'il leur fournit. Le paiement peut aussi comprendre des primes, des incitatifs et d'autres paiements pour le travail supplémentaire.

À la fin des années 1990, le Ministère a lancé une vaste réforme du système de soins primaires (à savoir, la partie du système médical qui constitue le premier point de contact du patient avec des soins non urgents, fournis par un généraliste). Cette réforme avait pour but de régler les problèmes suivants :

- un accès aux soins limité et fragmenté : un nombre croissant d'Ontariens vivaient plus longtemps, y compris les personnes atteintes de maladies chroniques, comme le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, l'ostéoporose et le cancer, et devaient consulter le même médecin pendant une période continue;
- un manque de communication et d'échange d'information dans le secteur des soins de santé;
- certains incitatifs financiers intégrés au modèle de paiement à l'acte pouvaient entraîner la prestation de services médicaux inutiles;
- la pénurie de médecins de famille qui existait en Ontario dans les années 1990 : l'OMA avait constaté que le nombre de médecins de soins primaires était insuffisant et que les soins primaires n'étaient pas considérés comme une spécialité de choix par les étudiants en médecine.

Selon les modèles de paiement par capitation, les patients s'inscrivent auprès d'un groupe de médecins de famille et reçoivent des soins primaires des médecins membres de ce groupe sur une période continue. Les traitements qu'ils reçoivent sont censés être complets plutôt qu'axés sur leurs besoins ponctuels ou occasionnels. La **figure 2** compare les deux principaux modèles de paiement.

Les médecins de famille peuvent opter pour l'un des modèles de paiement par capitation ou continuer de facturer leurs services à l'acte.

Depuis la réforme du système de soins primaires, de nombreux médecins de famille ont opté pour les modèles de paiement par capitation parce que ceux-ci sont généralement plus rémunérateurs que le modèle de paiement à l'acte, et qu'ils leur permettent d'offrir aux patients des services continus plus complets.

Au 31 mars 2016, l'Ontario comptait quelque 14 100 médecins de famille. De ce nombre, 8 800 médecins avaient opté pour l'un des modèles de paiement par capitation. La **figure 3** montre la ventilation du nombre de médecins de famille et de patients inscrits par modèle. La plupart des médecins de famille qui ont opté pour le paiement par capitation ont choisi le modèle de l'organisme de santé familiale ou le modèle du groupe de santé familiale. Ensemble, ces deux modèles regroupent 87 % des 8 800 médecins de famille ayant opté pour le paiement par capitation et 92 % des 10,6 millions de patients inscrits. La plupart des autres médecins de famille continuent de facturer le RASO selon le modèle de paiement à l'acte. Les modèles de paiement par capitation comportent divers types de paiements qui ont été négociés entre le Ministère et l'OMA au fil du temps. Certains de ces paiements sont décrits à la **figure 4**.

Les modes de rémunération des médecins membres des organismes de santé familiale ou des groupes de santé familiale sont exposés à la **figure 5**. Dans les organismes de santé familiale, les paiements par capitation de base (soit la somme fixe versée pour chaque patient inscrit, quel que soit le nombre de consultations ou de services effectivement fournis), les primes et les incitatifs comptent pour environ 80 % de la rémunération du médecin, les 20 % restants étant versés selon le modèle de paiement à l'acte. Les groupes de santé familiale fonctionnent de façon contraire : les sommes facturées selon le modèle de paiement à l'acte comptent pour 80 % de la rémunération, et les paiements

par capitation, les incitatifs et les autres paiements, pour 20 %.

2.3 Paiements faits aux médecins de l'Ontario

En 2015-2016, l'Ontario a versé un total de 11,59 milliards de dollars à quelque 30 200 médecins. De cette somme, environ 6,33 milliards de dollars (soit 55 %) ont été versés selon la formule de rémunération à l'acte et environ 3,38 milliards de dollars (soit 29 %), selon les modèles de paiement par capitation. Le 1,88 milliard de dollars restant (soit 16 %) a été versé selon d'autres types de plans de paiement et de contrats conclus avec les hôpitaux et les groupes de médecins pour la prestation de services particuliers, tels que la formation des médecins, la recherche, les urgences et autres soins hospitaliers, et le travail dans les régions éloignées. Le total pour 2015-2016 est de 20 % supérieur aux 9,64 milliards de dollars versés à l'ensemble des médecins en 2009-2010 (voir la **figure 6**). La **figure 7** montre la ventilation du nombre de médecins ontariens et le montant des paiements en 2014-2015.

Même si le Ministère investit massivement dans les modèles de paiement par capitation, nous avons remarqué que la somme versée selon la formule de rémunération à l'acte a également augmenté de près de 20 %, passant de 5,33 milliards de dollars en 2009-2010 à 6,38 milliards de dollars en 2014-2015. Cette hausse s'explique principalement par le nombre accru de médecins qui ont facturé leurs services à l'acte, lequel a passé d'environ 24 200 en 2009-2010 à 28 100 en 2014-2015.

Par ailleurs, le Ministère rembourse aux médecins une importante partie des primes d'assurance responsabilité professionnelle qu'ils versent annuellement à l'Association canadienne de protection médicale. En 2015, 237,3 millions de dollars leur ont ainsi été remboursés, soit environ 84 % des 284,3 millions de dollars payés en primes au total.

Figure 2 : Comparaison des modèles de paiement par capitation et de paiement à l'acte

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

	Paiement par capitation	Paiement à l'acte
Signature d'un contrat	Oui. Une entente est conclue entre le Ministère, un cabinet comptant au moins trois médecins* et l'OMA.	Non
Inscription des patients	Les patients sont inscrits auprès d'un médecin de famille membre d'un groupe de pratique. Les patients doivent accepter de s'adresser à ce groupe pour obtenir des soins primaires.	Non requis
Taille du cabinet	Au moins trois médecins*, mais les patients s'inscrivent auprès d'un seul d'entre eux.	Médecin exerçant seul
Mode de rémunération	<ul style="list-style-type: none"> • Paiement par capitation de base : La somme varie selon le nombre et le type de services groupés que le médecin accepte de fournir aux patients inscrits. • Primes, incitatifs et autres paiements : La somme varie selon le nombre et le type de services que le médecin fournit dans des domaines particuliers, tels que les soins préventifs et la gestion du diabète. • Paiement à l'acte : La somme varie selon le nombre et le type de services que le médecin fournit aux patients en dehors de l'éventail de services, ou aux patients non inscrits auprès de la pratique. 	Des honoraires sont versés pour chaque service fourni, selon le barème des prestations du RASO.
Traitement	<p>Soins primaires complets et continus des patients inscrits, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les bilans de santé; • le diagnostic et le traitement; • les soins primaires en matière de santé reproductive, de santé mentale et de soins palliatifs; • le soutien en milieu hospitalier, à domicile et dans des établissements de soins de longue durée; • la coordination des services et l'orientation vers d'autres fournisseurs de soins; • la sensibilisation des patients et les soins préventifs; • les arrangements pour assurer la disponibilité d'un médecin tous les jours, 24 heures sur 24. <p>La gestion de maladies chroniques, comme le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, l'ostéoporose et le cancer, qui exigent un traitement médical et la surveillance d'un médecin sur une période continue.</p>	Épisodes de maladies aiguës d'apparition soudaine pouvant être guéries sur une courte période (p. ex. depuis le rhume et la grippe jusqu'à l'infarctus), et maladies chroniques.

* Le modèle de paiement par capitation pour prestation de soins complets fait exception à la règle qui fixe à trois le nombre minimal de médecins dans un cabinet. Au 31 mars 2016, environ 400 médecins étaient rémunérés selon ce modèle.

Figure 3: Médecins de famille et patients participant aux modèles de paiement par capitation au 31 mars 2016

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

Modèle de paiement par capitation	Nbre de groupes/ cabinets de médecins	Nbre de médecins	Nbre de patients inscrits	% des patients inscrits
Organisme de santé familiale	470	5 060	6 560 900	62
Groupe de santé familiale	230	2 620	3 156 700	30
Autre*	110	1 130	872 700	8
Total	810	8 810	10 590 300	100

* Comprend une dizaine de modèles secondaires de paiement par capitation auxquels participent environ 13 % des médecins de famille et 8 % des patients inscrits.

Figure 4: Certains types de paiements faits aux médecins de famille participant aux modèles de paiement par capitation

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Type de paiement	Description
Paiement par capitation de base	Somme fixe versée pour chaque patient inscrit, selon son âge et son sexe, pour la prestation de services prévus au contrat, quel que soit le nombre de services fournis et de consultations (p. ex. les médecins rattachés à un organisme de santé familiale touchent entre 62 \$ et 548 \$ par année, par patient).
Prime d'accès	Somme correspondant à environ 20 % du paiement par capitation de base. Cette somme est retenue et peut être versée aux médecins lorsque leurs patients inscrits ne s'adressent pas à des sources externes pour obtenir les services figurant au contrat.
Paiement par capitation pour prestation de soins complets	Somme fixe versée aux médecins pour chaque patient inscrit, selon son âge et son sexe, pour avoir choisi de fournir des soins complets à leurs patients inscrits.
Paiement par capitation pour les patients présentant des besoins complexes	Somme fixe versée au médecin qui inscrit un patient « difficile à soigner »*.
Paiement à l'acte bonifié	Supplément de 10 % qui s'ajoute au tarif du barème des prestations, selon la liste de codes d'acte figurant au contrat.
Paiement à l'acte	Les médecins facturent le RASO et reçoivent les honoraires établis selon le barème des prestations pour chaque service fourni à un patient.
Incitatifs	Paiements supplémentaires faits aux médecins pour la prestation de services particuliers (p. ex. le soin des patients durant la fin de semaine, les soins préventifs et les services de gestion du diabète); ces paiements servent aussi à encourager certaines activités (p. ex. l'inscription de certains types de patients, comme ceux présentant des besoins complexes) et à inciter les médecins à poursuivre une formation médicale continue.
Facturation pro forma	Somme que le Ministère offre aux médecins participant au modèle de paiement par capitation de base pour les encourager à présenter un relevé des services de leur éventail de services médicaux prédéterminés qu'ils ont réellement fournis. Ces médecins peuvent facturer le RASO et toucher un pourcentage du paiement à l'acte établi pour avoir fourni aux patients les services prévus au contrat. En règle générale, les médecins sont admissibles soit à une facturation pro forma, soit à des paiements à l'acte bonifiés.

* Les patients « difficiles à soigner » sont ceux qui présentent des besoins complexes ou plusieurs problèmes de santé.

Figure 5: Mode de rémunération des médecins de famille selon certains modèles de paiement par capitation

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Type de modèle de paiement par capitation	Date de début	Mode de rémunération du médecin de famille
Organisme de santé familiale	2006	<p>Paiement par capitation de base et pour prestation de soins complets, facturation pro forma et incitatifs pour les patients inscrits</p> <p>Le paiement par capitation de base couvre 150 services prévus au contrat. Les éléments de facturation pro forma sont payés selon un taux correspondant à 15 % du montant des paiements à l'acte établis.</p> <p>Les médecins reçoivent aussi d'autres paiements, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des paiements à l'acte pour tout service non prévu au contrat et tout service fourni à des patients non inscrits; • des paiements incitatifs pour la prestation de services comme les soins préventifs, la gestion du diabète, les services après les heures normales et l'inscription de patients non inscrits auprès d'un autre médecin; • des paiements par capitation pour les patients « difficiles à soigner »*. • 5 000 \$ à 15 000 \$ par année aux médecins travaillant dans une collectivité rurale; • 12 500 \$ à 25 000 \$ par année aux cabinets qui comptent au moins cinq médecins, pour l'embauche d'un administrateur.
Groupe de santé familiale	2003	<p>Paiements à l'acte bonifiés et incitatifs pour les patients assignés par le Ministère et les patients inscrits, et paiements par capitation pour prestation de soins complets aux patients inscrits</p> <p>Le paiement à l'acte bonifié correspond à 110 % du paiement à l'acte prévu, selon le barème du RASO, pour 33 services de soins complets. Les médecins reçoivent aussi d'autres paiements, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des paiements par capitation pour les patients « difficiles à soigner »*. • des paiements incitatifs pour la prestation de services comme les soins préventifs, la gestion du diabète, les services après les heures normales et l'inscription de patients non inscrits auprès d'un autre médecin.

* Les patients « difficiles à soigner » sont ceux qui présentent des besoins complexes ou plusieurs problèmes de santé.

2.4 L'Entente sur les services de médecin

L'Entente sur les services de médecin (l'Entente), négociée par le Ministère et l'OMA, prévoit les conditions de travail et la rémunération des médecins et propose de nouveaux modèles de rémunération ainsi que des révisions aux modèles en vigueur.

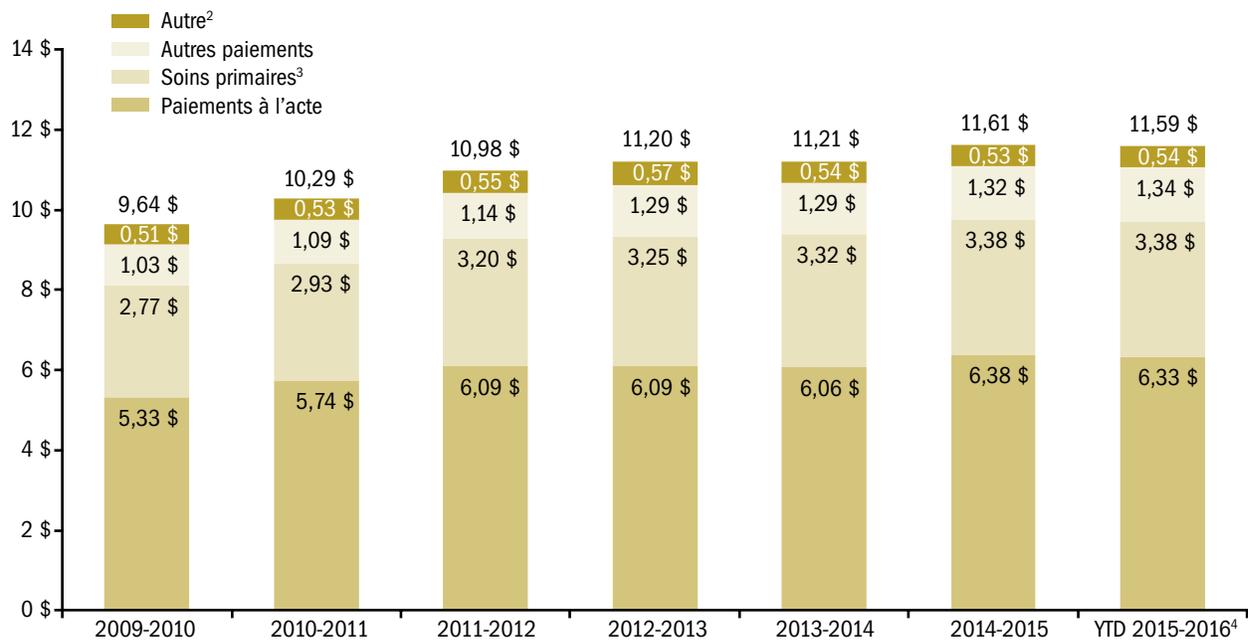
Depuis 2004, trois ententes de ce type ont été négociées entre le Ministère et l'OMA, l'Entente de 2008 étant celle qui prévoyait les hausses de rémunération les plus importantes. L'annexe 1 présente

un résumé des hausses et des baisses des honoraires des médecins selon ces ententes.

En règle générale, l'Entente est négociée aux quatre ans; la plus récente a pris fin le 31 mars 2014. En l'absence d'entente, l'Accord de décembre 2012 sur les droits de représentation de l'OMA prévoit que le Ministère doit lancer un « processus conjoint » de consultation et de négociation avec l'OMA avant d'apporter des changements pouvant influencer sur la rémunération des médecins. En 2015, après consultation de l'OMA, le Ministère a procédé à des changements unilatéraux – des réductions générales de 2,65 % en février et de

Figure 6: Dépenses totales¹ relatives aux médecins ontariens, par type, de 2009-2010 à 2015-2016 (en milliards de dollars)

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



Note : Une ventilation semblable par type n'est pas disponible antérieurement à l'exercice 2009-2010.

1. Exclut les paiements faits par le Ministère au titre de l'assurance responsabilité professionnelle.
2. Cette catégorie comprend les dépenses liées à divers petits programmes offerts aux hôpitaux et aux groupes de médecins.
3. Comprend les dépenses liées aux paiements à l'acte faits aux médecins de soins primaires.
4. Les dépenses totales pour l'exercice 2015-2016 n'étaient pas définitives au moment de notre audit, car les médecins disposent de six mois pour présenter leurs factures au titre des services fournis au cours de l'exercice.

Figure 7: Nombre de médecins ontariens et montant des paiements, par type de paiement, 2014-2015

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

Nombre total de médecins : 29 410			
Paiements totaux : 11,61 milliards de dollars ¹			
Nbre total de médecins de famille : 13 710		Nbre total de spécialistes : 15 700	
Paiements totaux : 4,17 milliards de dollars		Paiements totaux : 6,82 milliards de dollars	
Paiement par capitation	Paiements à l'acte et autres	Autres paiements	Paiement à l'acte
Médecins : 8 320	Médecins : 5 390	Médecins : 5 970	Médecins : 9 730
3,09 milliards de dollars	1,08 milliard de dollars	2,50 milliards de dollars	4,32 milliards de dollars

* Cette somme comprend environ 620 millions de dollars que le Ministère a versés aux médecins aux termes d'autres contrats, tels que les contrats de permanence des services de garde.

1,3 % en octobre – même si l'OMA n'avait pas donné son accord. Durant notre audit, il n'existait donc aucune entente entre le Ministère et l'OMA. Une entente de principe a été conclue le 7 juillet 2016, mais la majorité des membres de l'OMA l'ont rejetée lors d'un vote tenu le 14 août 2016.

2.5 Modes de rémunération des médecins dans d'autres administrations

Il existe de nombreux modes de rémunération des médecins au monde. Chacun présente des avantages et des inconvénients, mais aucun n'est

optimal. Aussi, l'approche du modèle mixte ou hybride est-elle la plus courante. **L'annexe 2** fait la comparaison des principaux modèles de financement au monde.

3.0 Objectif et portée de l'audit

Notre audit avait pour objectif de déterminer si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) avait mis en place des systèmes et procédures efficaces pour :

- s'assurer que les honoraires versés aux médecins, et recouverts auprès d'eux, sont adéquats et conformes aux lois, règlements et accords en vigueur;
- évaluer la mesure dans laquelle les modes de rémunération des médecins répondent aux besoins des Ontariens, et en faire rapport.

La haute direction du Ministère a examiné et approuvé l'objectif de notre audit et les critères connexes. Nous avons effectué nos travaux sur le terrain entre octobre 2015 et mai 2016.

Nous avons effectué notre travail d'audit principalement aux bureaux de la Division des négociations et de la gestion de la responsabilisation du Ministère à Kingston et à Toronto. Dans le cadre de notre audit, nous avons examiné les documents pertinents, analysé l'information, interviewé le personnel compétent du Ministère et examiné les études pertinentes menées en Ontario et dans d'autres provinces canadiennes, ainsi qu'ailleurs au monde. En général, notre examen des dossiers a porté sur les trois à cinq dernières années, mais nous avons analysé certaines tendances sur dix ans.

Nous avons également examiné des données tirées des systèmes d'information du Ministère sur la facturation des médecins et avons demandé à la Direction de l'analytique en matière de santé du Ministère d'effectuer certaines analyses de ces données. Dans le cadre de l'audit annuel des états financiers mené par notre bureau à l'égard

des comptes publics de l'Ontario, nous avons mis à l'épreuve certains des principaux mécanismes de contrôle d'application et de contrôle général de la technologie de l'information du système de règlement des demandes de paiement pour soins médicaux du Ministère. Nous avons tenu compte des résultats de cet audit annuel des états financiers pour déterminer la portée du présent audit d'optimisation des ressources.

Nous avons rencontré des représentants de l'Institut de recherche en services de santé, organisme sans but lucratif indépendant qui utilise les données sur les soins de santé en Ontario pour évaluer la prestation des services de santé et les résultats en découlant, et nous avons tenu compte de certaines des analyses de données qui y ont été effectuées.

Nous avons également rencontré des représentants de groupes d'intervenants, tels que le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ontario Medical Association et la Commission de révision des paiements effectués aux médecins, pour recueillir leurs points de vue sur la facturation et la responsabilisation des médecins. Nous avons discuté de questions relatives à la responsabilité professionnelle avec des représentants de l'Association canadienne de protection médicale.

Afin de mieux comprendre le processus de négociation et l'état de l'Entente de 2014 sur les services de médecin, nous avons rencontré le conciliateur qui a été nommé pour faire avancer les négociations. Nous avons également rencontré l'ancien conseiller juridique de l'honorable Peter deCarteret Cory, qui a mené en 2005 l'examen du système d'audit des services médicaux de l'Ontario, pour discuter des recommandations ayant découlé de cet examen. En outre, nous avons retenu les services d'un professionnel de la santé ayant une bonne connaissance de la rémunération des médecins pour nous conseiller.

Bien que l'Association canadienne de protection médicale (l'Association) soit mentionnée dans notre rapport, nous n'avons pas eu accès à ses données internes. Nous avons toutefois tenu compte des données externes disponibles et de l'information

supplémentaire que l'Association et le Ministère nous ont fournie. En outre, nous avons fait appel à des médecins au service du Ministère ainsi qu'à notre propre conseiller médical pour nous aider à interpréter les données cliniques.

En juin 2016, l'Ontario Association of Cardiologists (l'Association des cardiologues) a adressé une lettre ouverte à la vérificatrice générale au sujet de ses préoccupations relatives aux dépenses en soins cardiaques. (La lettre figure à l'**annexe 3**.) En plus de notre travail d'audit portant sur les soins cardiaques, nous avons effectué d'autres travaux fondés sur l'information qui nous a été fournie par cette association. Les résultats de nos travaux dans ce domaine ainsi que les travaux supplémentaires donnant suite aux préoccupations de l'Association des cardiologues sont exposés à la **section 4.7**.

Dans le cadre des travaux de planification du présent audit, nous avons examiné le rapport d'audit interne de janvier 2013 du Ministère, portant sur l'examen des contrôles de sécurité applicables à la distribution des rapports de médecins contenant des renseignements personnels sur la santé, et nous avons tenu compte des constatations qui y figurent pour déterminer la portée de notre audit.

Par ailleurs, nous avons demandé à des médecins, choisis au hasard, de remplir notre sondage pour connaître leurs opinions sur la facturation et la rémunération des médecins, ainsi que sur le système de santé en général. Environ 35 % des médecins sélectionnés ont répondu à notre sondage.

Enfin, nous avons examiné les enjeux pertinents soulevés dans notre audit de 2011 sur les modèles de paiement par capitation (voir la section intitulée **Diversification des modes de financement pour les médecins de famille** dans notre *Rapport annuel 2011*) et en avons tenu compte dans notre travail d'audit.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Les médecins de l'Ontario sont parmi les mieux payés au Canada

Depuis les cinq dernières années, les médecins de l'Ontario sont parmi les mieux payés au Canada. Des données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé montrent que le paiement clinique brut moyen annuel (c'est-à-dire le paiement pour les services de soins de santé) par médecin en Ontario en 2014-2015 était d'environ 363 800 \$, soit seulement 2 000 \$ en deçà du paiement moyen le plus élevé en Alberta et environ 25 200 \$ de plus que la moyenne canadienne de 338 600 \$ pour la même année. La **figure 8** compare le paiement clinique brut moyen par médecin dans six provinces comptant plus d'un million d'habitants.

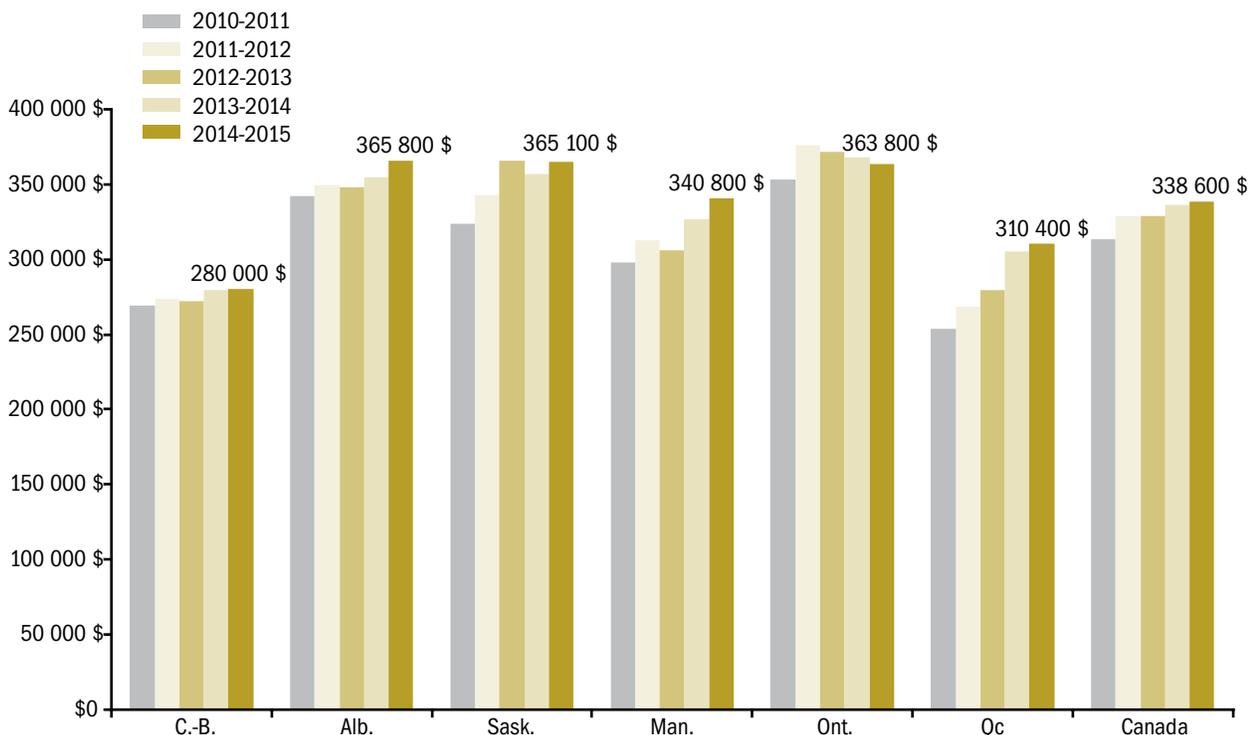
La rémunération relativement élevée des médecins ontariens s'explique en partie par deux facteurs :

- L'Ontario occupe le troisième rang pour le ratio de médecins par rapport à la population (**figure 9**) : le nombre de patients et de services médicaux facturés par chaque médecin est donc relativement élevé.
- L'Ontario compte la plus grande proportion (soit environ 36 %) de médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte, mais selon d'autres modèles, comme le modèle de paiement par capitation. Suivent la Saskatchewan et le Manitoba, où cette proportion est respectivement de 35 % et de 29 %, tandis que l'Alberta se classe au dernier rang, à 13 %. Comme nous l'expliquons à la **section 4.2**, les modèles de paiement par capitation sont nettement plus rémunérateurs pour les médecins que les modèles de paiement à l'acte.

Environ la moitié des médecins ayant répondu à notre sondage sur la facturation, la rémunération

Figure 8: Paiement clinique brut moyen par médecin, grandes provinces, de 2010-2011 à 2014-2015

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé



Note : Provinces comptant plus d'un million d'habitants. Les paiements sont arrondis à la centaine près.

et le système de santé en général estiment recevoir une rémunération adéquate par comparaison à leurs pairs exerçant la même spécialité en Ontario et dans d'autres provinces canadiennes, tandis que l'autre moitié est d'avis contraire. Certains répondants ont indiqué que l'inflation au cours des 10 dernières années avait eu pour effet de réduire considérablement le revenu net des médecins. Bon nombre de médecins ont ajouté que les honoraires versés aux médecins en Ontario, qui sont relativement faibles par rapport aux normes canadiennes, les amènent à traiter un plus grand nombre de patients et à effectuer un plus grand nombre de procédures que les médecins qui pratiquent dans les provinces où la rémunération est plus élevée, afin de toucher à peu près le même salaire. Un grand nombre de médecins ont aussi indiqué que les besoins des patients avait accru la nécessité de fournir davantage de services médicaux et que cela est l'un des principaux facteurs qui fait augmenter la facturation.

Figure 9: Nombre de personnes par médecin, grandes provinces et Canada, 2014-2015

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé

Province/Canada	Nbre moyen de personnes par médecin
Saskatchewan	510
Manitoba	490
Ontario	455
Colombie-Britannique	431
Alberta	422
Québec	414
Canada	439

Note : Provinces comptant plus d'un million d'habitants.

4.2 Malgré les investissements importants dans les modèles de paiement par capitation, la plupart des objectifs ne sont pas atteints

Au moment de sa mise en oeuvre dans le cadre de la réforme des soins primaires lancée par le Ministère à la fin des années 1990, le modèle de paiement par capitation visait quatre objectifs principaux :

- accroître l'accès aux soins;
- accroître la qualité et la continuité des soins;
- accroître la satisfaction des patients et des médecins;
- accroître l'efficacité et la rentabilité.

Il ressort de notre audit que trois de ces objectifs n'ont pas été atteints et que des cibles raisonnables n'ont pas été fixées afin de montrer la mesure dans laquelle les modèles de paiement par capitation permettent d'offrir à la population de l'Ontario des soins médicaux de meilleure qualité. Le sondage de 2014-2015 du Ministère indique que les patients sont généralement satisfaits de leurs interactions avec leur médecin de famille (voir l'**annexe 4**), et que ce niveau de satisfaction est demeuré inchangé au cours des trois dernières années. Toutefois, le Ministère n'a pas fait d'évaluation récente de la satisfaction des fournisseurs de soins primaires, tels que les médecins de famille rémunérés selon le modèle de paiement par capitation. Lorsque nous avons demandé à l'échantillon de médecins sondés dans quelle mesure l'Ontario devait changer le mode de rémunération des médecins afin de parvenir à un système de soins de santé durable, environ 55 % ont indiqué qu'aucun changement n'était nécessaire ou que certains changements étaient nécessaires, tandis qu'environ 42 % étaient d'avis que le système devait être changé en grande partie ou entièrement remanié. Une faible proportion, soit 3 %, n'avait aucune opinion à cet égard.

Les questions relatives aux objectifs qui n'ont pas été atteints sont examinées dans les sections suivantes.

4.2.1 Les modèles de paiement par capitation sont beaucoup plus coûteux que les modèles de paiement à l'acte

En 2014-2015, le gouvernement de l'Ontario a investi environ 1,4 milliard de dollars de plus dans les modèles de paiement par capitation que ce qu'il aurait engagé dans le modèle traditionnel de paiement à l'acte. Comme l'indique la **figure 10**, le coût additionnel, qui était de 907,6 millions de dollars en 2010-2011, avait alors augmenté de 55 %. En mars 2016, le Ministère a estimé, à notre demande, le coût additionnel des modèles de paiement par capitation pour l'exercice 2014-2015. Ce coût additionnel de 1,4 milliard de dollars représente près de 35 % des paiements totaux faits aux médecins de famille dans le cadre du RASO cette année-là.

Cet écart souligne que les modèles de paiement par capitation sont beaucoup plus coûteux que le modèle traditionnel de paiement à l'acte. D'après l'estimation la plus récente du Ministère, en 2014-2015, le revenu brut annuel moyen du médecin de famille membre d'un organisme de santé familiale était de 420 600 \$ et celui du médecin de famille membre d'un groupe de santé familiale, de 352 300 \$. Ces deux salaires moyens sont considérablement plus élevés que la rémunération brute de 237 100 \$ que les médecins toucheraient, en moyenne, selon le modèle traditionnel de paiement à l'acte. Or, les paiements par capitation de base que les médecins reçoivent avant de rencontrer les

Figure 10: Coût supplémentaire estimatif des modèles de paiement par capitation, de 2010-2011 à 2014-2015

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

2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
907,6 M\$	1,168 G\$	1,280 G\$	1,395 G\$	1,404 G\$

Note : Présente l'estimation par le Ministère du coût additionnel du modèle de paiement par capitation par rapport au coût du modèle de paiement à l'acte. L'estimation du Ministère repose sur deux hypothèses :

1. Tous les médecins ayant opté pour le modèle de paiement par capitation ont présenté toutes leurs factures pro forma au Ministère;
2. Les tendances en matière de facturation et le comportement des médecins à cet égard sont demeurés les mêmes après leur adhésion au modèle de paiement par capitation.

patients qu'ils inscrivent ont été conçus initialement de façon à être sans incidence sur les coûts, ou sensiblement les mêmes que si les services étaient fournis selon le modèle de paiement à l'acte.

Nous avons remarqué que, pour l'exercice 2014-2015, environ 1,1 milliard de dollars du coût additionnel de 1,4 milliard de dollars mentionné précédemment consistait en paiements faits à des organismes de santé familiale. En effet, au cours de cet exercice, le Ministère a versé des paiements par capitation de base de l'ordre de 1,039 milliard de dollars aux médecins de famille membres de ces organismes. D'après les données de la facturation pro forma présentée par les médecins, le coût total de ces visites aurait été d'environ 517 millions de dollars si les médecins avaient été rémunérés à l'acte. (Cette somme de 517 millions de dollars est une estimation, car le calcul présume que tous les médecins de famille participant au modèle de paiement par capitation ont soumis toutes leurs factures pro forma au Ministère. La facturation pro forma est un incitatif que le Ministère offre à ces médecins pour les encourager à présenter un relevé des services de leur éventail de services médicaux prédéterminés qu'ils ont réellement fournis. Or, il est probable que les médecins aient omis de présenter certains de ces relevés.) L'écart de 522 millions de dollars compte pour la plus large part de la somme additionnelle versée aux organismes de santé familiale.

La somme de 522 millions de dollars est importante, car elle indique que les médecins ne fournissaient pas les services de soins primaires de base aussi souvent qu'ils auraient dû (selon les attentes) ou que les paiements par capitation de base sont excessifs. Nous avons remarqué par ailleurs que cette somme comprenait des paiements par capitation de base pour 1,78 million de patients inscrits qui n'ont pas consulté leur médecin pendant l'année en cause (cette question est abordée à la **section 4.4.4**). Le Ministère est toutefois d'avis que si les médecins de famille participant au modèle de paiement par capitation revenaient au modèle de paiement à l'acte, le volume de leur facturation

pourrait augmenter afin de compenser le manque à gagner, ce qui pourrait réduire l'écart estimatif de 500 millions de dollars.

Les 600 millions de dollars restants sur le 1,1 milliard versé aux organismes de santé familiale (en sus du coût additionnel de 500 millions de dollars) consistent en d'autres paiements tels que les paiements par capitation pour prestation de soins complets (abordés à la **section 4.4.3**) et la prime d'accès (abordée à la **section 4.4.2**).

RECOMMANDATION 1

Afin d'assurer la rentabilité des modèles de paiement par capitation, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit examiner les paiements par capitation de base et apporter tout ajustement nécessaire pour que les honoraires versés soient justifiés compte tenu de l'éventail de services que les médecins fournissent réellement à leurs patients inscrits.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et s'engage à effectuer un examen du taux de capitation, dans le cadre duquel il évaluera les services de base que fournissent aux patients les médecins qui touchent un paiement par capitation de base. Pour ajuster le taux de capitation, le Ministère devra engager avec l'Ontario Medical Association (OMA) les processus de consultation et de négociation prévus par l'Accord sur les droits de représentation de l'Ontario Medical Association, les négociations conjointes et le règlement des différends (l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA).

4.2.2 Le Ministère ne peut justifier entièrement son adoption des modèles de paiement par capitation par rapport au modèle de paiement à l'acte

Le Ministère n'a pas défini ce qu'il entend par « qualité des soins »

L'un des objectifs du Ministère consiste à accroître la « qualité des soins » pour les patients des médecins de famille. Toutefois, il n'a pas clairement défini ce concept en ce qui a trait aux modèles de paiement par capitation, ni fixé de cibles pour mesurer la qualité. Le Ministère reconnaît que les évaluations de la qualité des soins primaires font défaut, mais n'a réalisé que des progrès limités à cet égard.

En 2014, Qualité des services de santé Ontario a rendu public un rapport instaurant un Cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario. Le rapport indiquait que l'Ontario ne dispose pas d'une approche globale et intégrée permettant de recueillir et d'analyser les données sur le rendement du système de soins primaires, et d'en faire rapport, et qu'à peu près les seules données sur le rendement qui sont à la disposition des établissements de soins primaires sont celles qu'ils recueillent et analysent eux-mêmes. Or, bon nombre, sinon la plupart, de ces établissements n'ont pas la capacité de générer leurs propres données sur le rendement. En l'absence de telles données, y compris celles portant sur les tendances temporelles et les comparaisons entre les pairs, les fournisseurs de soins primaires ont de la difficulté à cerner les points qui pourraient être améliorés.

Près de 85 % des médecins ayant répondu à notre sondage sur la facturation, la rémunération et le système de santé en général ont convenu qu'au moins 20 % du revenu des médecins devrait être fondé sur la qualité des services. Il semble toutefois qu'il n'y ait pas de consensus sur la signification de cette exigence. Certains médecins ont indiqué, par exemple, que le temps qu'ils passent à sensibiliser les patients à leur état de santé, à assurer un suivi auprès d'eux et à les conseiller témoigne de la

qualité des services qu'ils offrent. En revanche, un grand nombre de médecins étaient d'avis que des études et des recherches approfondies sont nécessaires pour établir des indicateurs de qualité adéquats. Certains ont avancé que les indicateurs de qualité devraient être adaptés non seulement à la spécialité, mais aussi aux caractéristiques des patients, et qu'ils devraient être prévisibles, contrôlables et exécutoires et dépendre de la disponibilité de données exactes.

L'évaluation de la rentabilité des modèles de paiement par capitation, effectuée par le Ministère, n'est pas concluante

En mai 2014, le Ministère a évalué les coûts et les avantages des organismes de santé familiale et des groupes de santé familiale en vue de déterminer si les coûts additionnels liés à ces modèles sont justifiés lorsqu'on les compare au modèle traditionnel de paiement à l'acte. L'évaluation a révélé que bien que les coûts additionnels associés aux groupes de santé familiale et aux organismes de santé familiale aient entraîné des améliorations qui font avancer les objectifs de la réforme du système de soins primaires, il est difficile de déterminer en quoi ces coûts sont justifiés lorsqu'on les mesure par rapport aux avantages. L'évaluation n'a donc pas permis de répondre directement à la question de savoir si la hausse des coûts additionnels est entièrement justifiée.

En 2015, le Ministère a produit un rapport sur le rendement qui regroupait des statistiques et des paramètres de rendement pour chaque modèle de paiement par capitation. Le rapport ne portait que sur l'exercice 2014-2015 et ne comprenait pas de points de référence ou de normes par rapport auxquels les paramètres établis pouvaient être mesurés. Par exemple, le rapport indiquait que le pourcentage de personnes admissibles ayant reçu le vaccin contre la grippe était aussi faible que 0 % dans certains centres de médecine familiale et aussi élevé que 73 % dans d'autres. Toutefois, le rapport était muet sur ce qui serait considéré comme un

pourcentage acceptable. L'analyse comparative par rapport à des normes de rendement (ou par rapport aux réalisations de systèmes à rendement élevé) permet d'établir des objectifs de rendement et de quantifier le potentiel d'amélioration. Le Ministère a indiqué que le rapport sur le rendement est l'outil qui se rapproche le plus à une évaluation globale du rendement des différents modèles.

Nous avons remarqué que le seul secteur de soins primaires doté d'un mécanisme formel de surveillance du rendement et d'évaluation de la qualité est le secteur des organisations interprofessionnelles de soins primaires, telles que les équipes de santé familiale. Depuis l'exercice 2013-2014, Qualité des services de santé Ontario oblige ces organisations à présenter annuellement un plan d'amélioration de la qualité. Ce plan décrit les progrès réalisés par l'organisation selon un ensemble d'indicateurs prioritaires provinciaux. Pour chaque indicateur, l'organisation doit fixer des cibles et mesurer son rendement par rapport à ces cibles. Par exemple, pour ce qui est du dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col utérin, l'organisation doit indiquer le pourcentage des patients qui sont à jour dans leur dépistage. Cela tranche avec le rapport interne du Ministère sur le rendement mentionné précédemment, qui ne faisait état que du pourcentage des patients ayant fait l'objet d'un dépistage.

Il ressort de notre examen des résultats du plan d'amélioration de la qualité de 2015-2016 que la majorité des équipes de santé familiale n'ont pas atteint leurs cibles. Pour chacun des 11 indicateurs évalués, les cibles ont été atteintes ou dépassées seulement entre 18 % et 52 % du temps. Toutefois, étant donné que seuls quelque 3 000 médecins se sont joints à des équipes interprofessionnelles et que seulement environ 25 % des Ontariens reçoivent des soins primaires par l'intermédiaire de ces équipes, les plans d'amélioration de la qualité ne permettent pas d'établir le niveau de rendement de l'ensemble des médecins de l'Ontario.

RECOMMANDATION 2

Afin de s'assurer que les patients reçoivent des soins de meilleure qualité qui sont rentables, et que les modèles de paiement par capitation auxquels participent les médecins de famille atteignent les buts et objectifs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, celui-ci doit :

- définir clairement des indicateurs pour mesurer la « qualité des soins » aux patients inscrits;
- établir des cibles que les modèles de paiement par capitation devraient atteindre au cours d'une période donnée;
- recueillir et rendre publiques des données pertinentes et fiables afin de surveiller et d'évaluer périodiquement le rendement par rapport aux cibles.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Il a accompli, au cours des dernières années, en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario, d'importants progrès relativement à la définition de la « qualité des soins », notamment grâce au Cadre de mesure du rendement des soins primaires mis au point par cet organisme. Afin de tirer parti de ces progrès, le Ministère s'engage à achever la mise en oeuvre des indicateurs prioritaires et à établir des objectifs pour accroître la transparence et améliorer les processus de mesure et de surveillance. Ces travaux sont déjà en cours : l'un des éléments clés de sa stratégie Priorité aux patients consiste en un processus amélioré de mesure et de surveillance du rendement.

Par ailleurs, la recommandation voulant que des données pertinentes soient rendues publiques cadre bien avec la lettre de mandat de 2016 de la première ministre au ministre de la Santé, dans laquelle elle enjoint le Ministère [traduction] « à établir un rapport sur le rendement, disponible au public, faisant le suivi de

l'accès aux soins primaires ». Le Ministère s'emploiera à établir des rapports publics, conformément au mandat et à la recommandation, pour favoriser la surveillance et l'évaluation du rendement des soins primaires dans la province.

4.2.3 L'accroissement du nombre de médecins de famille n'a pas permis de réduire le temps d'attente

Entre 2006-2007 et 2015-2016, le nombre de médecins de famille en Ontario s'est accru de 31 %, passant d'environ 10 740 à près de 14 100. Au cours de la même période, le nombre d'Ontariens qui ont un médecin de famille a augmenté de 43 %, passant en gros de 7,4 millions à 10,6 millions. Cette hausse est l'une des raisons pour lesquelles l'Ontario a décidé d'instaurer les modèles de paiement par capitation (voir la **section 2.2.2**). Toutefois, cela ne s'est pas traduit par un meilleur accès aux soins, tel qu'on le mesure par le temps d'attente. En effet, 57 % des Ontariens ont dû attendre deux jours ou plus avant de voir leur médecin de famille. Cette proportion est plus élevée que la proportion de 51 % établie en 2006-2007, année où le Ministère a commencé à recueillir les données. La **figure 11** montre la tendance.

Nous avons remarqué que le Ministère ne dispose pas d'un système de données administratives qui lui permet de recueillir des données complètes, exactes et à jour sur l'accès aux soins le jour même ou le lendemain. Le Ministère recueille donc, depuis 2006-2007, des données d'enquête sur une base trimestrielle afin de mieux comprendre l'accès aux soins.

L'accès aux soins en temps opportun, pendant et après les heures normales, laisse à désirer en Ontario

En 2014, le Fonds du Commonwealth a mené une enquête internationale auprès des adultes âgés sur les politiques de santé. (Le Fonds du Commonwealth est une fondation américaine privée

qui mène des enquêtes sur les patients et les fournisseurs dans 11 pays développés.) Cette enquête a révélé que seulement environ 44 % des Ontariens âgés de 55 ans ou plus voyait un médecin après une attente de deux jours ou moins. Cette proportion – la même qu'en Colombie-Britannique – est parmi les meilleures au Canada, mais est très en deçà de la moyenne des 11 pays développés, qui est de 62 %. Cette enquête de 2014 a également révélé que 47 % des patients ontariens du même groupe d'âge ont dit qu'il était très difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux après les heures normales. Une fois de plus, cette proportion était la même qu'en Colombie-Britannique et parmi les meilleures au Canada, mais très en deçà de la moyenne – 29 % – des 11 pays développés.

4.2.4 Aucune définition des « heures normales » et aucune surveillance pour s'assurer que les médecins de famille respectent les exigences en matière de disponibilité après les heures normales

Les paiements par capitation de base ont été fixés selon l'hypothèse que les heures normales de bureau des médecins ayant opté pour le modèle de paiement par capitation seraient suffisamment longues pour que leurs patients puissent obtenir des soins non urgents sans avoir à se rendre aux services d'urgence. Selon le contrat des organismes de santé familiale, les médecins membres doivent s'assurer qu'un nombre suffisant de médecins sont disponibles pour répondre aux besoins des patients inscrits durant des heures raisonnables et normales, du lundi au vendredi (sauf les jours de congé reconnu), pendant une période suffisante et commode. Les termes « raisonnables et normales » et « suffisante et commode » ne sont toutefois pas définis dans le contrat.

Il ressort de notre examen des données du Ministère que, pour l'exercice 2014-2015, les médecins membres des organismes de santé familiale ont travaillé chacun en moyenne 3,4 jours par semaine, tandis que les médecins membres des groupes de

Figure 11: Pourcentage des Ontariens qui ont attendu deux jours ou plus pour voir leur médecin de famille, nombre de médecins de famille et nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille, de 2006-2007 à 2015-2016

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée et Institut de recherche en services de santé

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
% des Ontariens qui ont attendu deux jours ou plus pour voir leur médecin de famille ¹	51	54	53	52	Non recueilli ²	Non recueilli ²	57 ³	55	56	57
Nbre de médecins de famille ⁴	10 740	10 870	11 000	11 400	11 520	11 850	12 250	12 660	13 120	14 100
Nbre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille (millions)	7,4	8,2	8,8	9,2	9,5	9,8	10,0	10,2	10,4	10,6

1. Il s'agit de données auto-déclarées fondées sur les résultats du sondage du Ministère auprès des Ontariens.

2. Le Ministère n'a pas fait de sondage en 2010-2011 et en 2011-2012.

3. Les données d'enquête du Ministère portent seulement sur la période de six mois allant d'octobre 2012 à mars 2013.

4. Il s'agit du nombre de généralistes; les données pour la période allant de 2006-2007 à 2014-2015 proviennent de l'Institut de recherche en services de santé et celles de 2015-2016, du Ministère. Les chiffres sont arrondis à la dizaine près.

santé familiale ont travaillé chacun en moyenne quatre jours par semaine.

Les contrats de paiement par capitation ne prévoient pas non plus le nombre minimal de services que le médecin ou le groupe de médecins doit fournir pendant une période donnée, et les contrats des organismes de santé familiale et des groupes de santé familiale ne font pas mention des périodes de congé. Les médecins du groupe décident entre eux de leurs périodes de congé.

Bon nombre de médecins de famille ayant opté pour le modèle de paiement par capitation ne travaillent pas le nombre d'heures requises le soir et les fins de semaine, et le Ministère ne prend aucune mesure dans ces cas. Si les médecins membres d'organismes de santé familiale ou de groupes de santé familiale sont tenus d'offrir à leurs patients un nombre précis de services après les heures normales (soit après 17 heures la semaine et toute la journée le samedi et le dimanche), nous avons remarqué que, pour l'exercice 2014-2015 :

- 60 % des organismes de santé familiale ne respectaient pas les exigences en matière de disponibilité après les heures normales; et
- 36 % des groupes de santé familiale ne respectaient pas les exigences en matière de disponibilité après les heures normales.

Les médecins sont tenus d'offrir au minimum un bloc de services de trois heures après les heures normales, pendant un certain nombre de jours par semaine selon le nombre de médecins membres (par exemple, le contrat de l'organisme de santé familiale qui compte trois médecins prévoit que ceux-ci doivent offrir au minimum un bloc de services de trois heures, au moins trois jours par semaine). Les contrats de paiement par capitation ne prévoient pas de sanctions pécuniaires en cas de non-respect des exigences en matière de disponibilité après les heures normales, même si la non-disponibilité du médecin de famille peut amener les patients à se rendre aux services d'urgence ou dans des cliniques sans rendez-vous, ce qui entraîne le financement en double de services déjà payés et couverts par les paiements par capitation de base.

Les données d'enquête du Ministère pour la période allant d'octobre 2014 à septembre 2015 indiquent qu'environ 52 % des Ontariens éprouvent de la difficulté à obtenir des soins médicaux le soir, la fin de semaine et les jours fériés sans avoir à se rendre aux services d'urgence. Les mêmes données indiquent qu'environ 45 % des Ontariens disent que leur médecin de famille n'offre pas de services après les heures normales.

RECOMMANDATION 3

Afin de s'assurer que les patients ayant besoin de soins ont accès à leur médecin de famille en temps opportun et de réduire la pression sur les services d'urgence, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- définir clairement le nombre minimal d'heures normales (y compris les exigences en matière de disponibilité le soir et la fin de semaine) dans chaque contrat de paiement par capitation;
- assurer une surveillance périodique et déterminer si les médecins participant aux modèles de paiement par capitation respectent les exigences en matière de disponibilité pendant et après les heures normales;
- prévoir des conséquences pour ne pas avoir respecté les exigences du contrat, telles que l'imposition d'une pénalité administrative ou d'une amende.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et mènera un examen de la politique et des contrats afin de déterminer si les dispositions relatives à l'inscription, figurant dans les contrats de paiement par capitation, favorisent l'accès des patients inscrits aux services de soins primaires.

Le Ministère établira un programme pour déterminer si les médecins participant aux modèles de paiement par capitation respectent

l'ensemble des exigences en matière de disponibilité pendant et après les heures normales.

Pour donner suite à ces recommandations, les dispositions des contrats devront être modifiées, notamment celles portant sur le nombre minimal d'heures normales et les conséquences du non-respect des exigences contractuelles. Pour ce faire, le Ministère devra engager avec l'OMA les processus de négociation et de consultation prévus par l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA.

4.2.5 Le Ministère ne sait pas pourquoi les patients de médecins participant au modèle de paiement par capitation ont obtenu des soins ailleurs

En faisant signer aux patients un formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille, le Ministère pensait s'assurer que les patients s'adresseraient systématiquement à ce médecin pour obtenir des soins primaires. Cependant, le système de facturation du Ministère indique qu'en 2015, 40 % des patients inscrits se sont rendus à des cliniques sans rendez-vous ou ont consulté des médecins de famille n'appartenant pas au groupe auprès duquel ils sont inscrits. Il s'agit du même pourcentage qu'en 2013. Le Ministère n'a pas d'information complète, notamment sur les médecins qui exploitent des cliniques sans rendez-vous, qui lui permettrait de faire un examen plus approfondi de cette tendance.

Les patients se rendent à des cliniques sans rendez-vous pour obtenir des soins que pourrait leur fournir leur médecin de famille

Les cliniques sans rendez-vous offrent un accès rapide aux patients qui ont besoin de soins immédiats. Les pratiques exemplaires dictent que les patients ayant une maladie chronique devraient consulter le même médecin de soins primaires pour assurer la continuité des soins. Toutefois, on estime que 27 % des patients inscrits ont une maladie

chronique et qu'ils s'adressent régulièrement à des médecins n'appartenant pas au groupe auprès duquel ils sont inscrits pour obtenir des soins primaires. (Cette estimation est fondée sur le nombre de patients qui obtiennent des soins plusieurs fois par année, et elle représente une part importante des 40 % de l'ensemble des patients inscrits qui obtiennent des soins à l'externe.) Le Ministère ne sait pas pourquoi ces patients continuent de recourir à des services à l'externe, principalement parce qu'il ne dispose pas d'information sur les médecins qui exploitent une clinique sans rendez-vous ou un cabinet de médecine familiale, ou les deux, ce qui lui permettrait de faire une analyse plus poussée de la situation.

Nous avons remarqué que les facteurs suivants peuvent contribuer à accroître le recours aux services à l'externe :

- plus pratique pour les patients – par exemple, il existe un grand nombre de cliniques dans la région du grand Toronto, et il pourrait être plus pratique de se rendre à une clinique près de son lieu de travail que de parcourir de longues distances pour consulter son médecin de famille;
- non-disponibilité du médecin de famille – par exemple, le nombre de patients pendant les heures normales est trop élevé, menant à de longs temps d'attente; le cabinet n'est pas ouvert pendant certaines heures normales, le soir ou les jours fériés; ou le médecin est en vacances.

Manque d'intégration entre les cliniques sans rendez-vous et les cabinets des médecins de famille

Les données d'enquête du Ministère pour la période allant d'octobre 2014 à septembre 2015 indiquent qu'environ 30 % des Ontariens s'étaient rendus à une clinique sans rendez-vous au cours des 12 mois précédents. Toutefois, le Ministère n'exige pas l'échange des dossiers des patients entre les cliniques sans rendez-vous et les cabinets de médecins de famille. Ce manque d'intégration entre les

cliniques et les cabinets nuit à la continuité des soins et peut entraîner la prestation en double de services tels que les tests diagnostiques. Si le Ministère avise les médecins de famille mensuellement de ceux de leurs patients inscrits qui ont obtenu des soins à l'externe, il ne sait pas dans quelle mesure les médecins font un suivi auprès de leurs patients inscrits pour s'enquérir de la raison pour laquelle ils se sont adressés ailleurs, ni si les médecins de famille disposent de tous les renseignements dont ils ont besoin pour continuer d'offrir des soins complets à leurs patients inscrits.

RECOMMANDATION 4

Pour assurer la continuité des soins primaires, comme le prévoit l'un des objectifs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, celui-ci doit examiner diverses options, comme l'échange obligatoire des dossiers des patients entre médecins, afin de mieux coordonner les soins aux patients qui obtiennent régulièrement des soins auprès de plus d'un médecin de soins primaires, et d'apporter des changements dans le but ultime de donner la priorité aux patients.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère fait bon accueil à cette recommandation, car elle favorise la continuité des soins aux patients. Le Ministère examinera les options pour l'échange des données sur la santé des patients afin d'améliorer la coordination des soins fournis aux patients qui sont traités par plus d'un médecin. Cet examen serait effectué dans le cadre de la stratégie Priorité aux patients que le Ministère a récemment lancée. L'une des priorités clés de cette stratégie consiste à mettre en œuvre des réformes favorisant l'échange d'information au sein des collectivités locales, dont l'un des aspects viserait à faciliter l'échange d'information entre les cabinets de soins primaires, y compris entre les cliniques sans rendez-vous et le médecin traitant.

Forte utilisation des services d'urgence pour obtenir des soins non urgents pouvant être fournis par le médecin de famille

En 2014-2015, environ 243 000 visites ont été effectuées aux services d'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités dans un établissement de soins primaires. Le Ministère estime que ces visites ont coûté 62 millions de dollars; de cette somme, 33 millions de dollars ont été engagés par des patients inscrits auprès d'organismes de santé familiale. Il s'agit là d'une double dépense de fonds publics, car les services avaient déjà été payés et étaient couverts par les contrats conclus avec les médecins membres des organismes de santé familiale. Or, le Ministère ne recouvre pas ces coûts en double sur la rémunération versée aux médecins de famille auprès desquels ces patients sont inscrits, car il craint de décourager ceux-ci de se rendre aux services d'urgence lorsque leur état de santé exige effectivement des soins d'urgence.

Nous avons remarqué que, selon l'enquête du Ministère pour la période allant de septembre 2014 à octobre 2015, 42 % des Ontariens (le même pourcentage qu'en 2013) ont indiqué s'être rendus aux services d'urgence la dernière fois pour un trouble qui aurait pu être traité par leur médecin de soins primaires si celui-ci avait été disponible. La même enquête a révélé que 26 % des Ontariens ont dit qu'ils s'étaient rendus aux services d'urgence en raison de la non-disponibilité de leur médecin de soins primaires. Nous avons également remarqué que des quelque 243 000 visites aux services d'urgence effectuées en 2014-2015 par des patients qui auraient pu être traités par leur médecin de famille, 60 % ont été effectuées après les heures normales (soit après 17 heures et pendant la fin de semaine) et 40 %, pendant les heures normales (soit entre 8 heures et 17 heures, la semaine).

L'accès aux soins après les heures normales constitue un problème ailleurs au Canada, et laisse beaucoup à désirer par rapport à la moyenne dans les 10 autres pays développés et industrialisés visés par l'enquête internationale de 2015 sur les politiques de santé, menée par le Fonds du

Commonwealth. Au Canada, 48 % des médecins ont indiqué qu'ils avaient pris des mesures pour que leurs patients puissent consulter un autre médecin ou un infirmier après les heures normales ou lorsque leur cabinet est fermé, afin d'éviter d'avoir à se rendre aux services d'urgence. La moyenne au Canada est très en deçà des 75 % des médecins ayant indiqué avoir mis en place des mesures analogues dans les 10 autres pays développés. Nous avons remarqué que les pays les mieux organisés à cet égard avaient mis en place diverses formes de services après les heures normales. Par exemple :

- en Angleterre, les généralistes peuvent choisir d'offrir des soins 24 heures sur 24 à leurs patients ou transférer la responsabilité d'offrir des services après les heures normales au National Health Service ou à une coopérative de généralistes;
- en Nouvelle-Zélande, les services après les heures normales sont organisés à l'échelle régionale, et les heures d'ouverture varient selon les exigences contractuelles du réseau.

Au Danemark, pays qui n'a pas été inclus dans l'enquête, les services après les heures normales sont accessibles à distance et servent à obtenir une ordonnance ou une référence pour une consultation à l'hôpital ou dans un centre de traitement. En 1994, le Danemark a remanié la structure de prestation et d'organisation des services après les heures normales et en a transféré la responsabilité aux comtés. Au moment de notre audit, le Ministère avait examiné les pratiques exemplaires d'autres pays.

Certaines des répercussions financières découlant de l'utilisation de services à l'externe par des patients inscrits sont examinées à la **section 4.4.2.**

RECOMMANDATION 5

Afin de réduire au minimum le nombre de visites effectuées aux services d'urgence pour obtenir des soins non urgents qui pourraient être fournis dans un établissement de soins

primaires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- déterminer si les services après les heures normales offerts par les médecins contractuels sont suffisants pour que leurs patients inscrits puissent obtenir des soins non urgents;
- mieux informer les patients quant à l'endroit où ils peuvent se rendre pour obtenir des soins non urgents lorsque leur médecin de famille n'est pas disponible;
- examiner les pratiques exemplaires d'autres pays, notamment celles facilitant l'accès aux soins après les heures normales dans la collectivité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille cette recommandation favorablement et convient que les patients qui se rendent aux services d'urgence pour obtenir des soins non urgents devraient pouvoir obtenir ces soins dans un établissement de soins primaires. Toutefois, dans bon nombre de collectivités rurales de la province, ce sont souvent les médecins de soins primaires qui sont responsables d'une bonne partie des soins offerts dans les milieux hospitaliers, y compris les services d'urgence. Le Ministère s'engage :

- à déterminer si les services que les médecins offrent à leurs patients inscrits après les heures normales sont suffisants pour que ceux-ci puissent obtenir des soins non urgents;
- à examiner la stratégie de communication en vigueur et à trouver d'autres moyens d'informer les patients quant au meilleur endroit pour obtenir des soins non urgents;
- à examiner les pratiques exemplaires d'autres administrations en matière d'accès aux soins après les heures normales.

Pour donner suite à ces recommandations, les contrats devront être modifiés. Pour ce faire, le Ministère devra engager avec l'OMA les processus de négociation et de consultation prévus

par l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA.

4.3 Les paiements aux médecins varient considérablement

4.3.1 Importante disparité des paiements bruts par médecin au sein d'une même spécialité

Nous avons remarqué qu'il existe, au sein d'une même spécialité, d'importants écarts entre la rémunération brute médiane et la rémunération brute du 90^e centile. (La médiane est une moyenne utile aux fins de cette comparaison – la moitié des médecins reçoivent une rémunération supérieure à la médiane et l'autre moitié, une rémunération inférieure – et le 90^e centile est une bonne mesure de l'extrémité supérieure.) La **figure 12** présente les cinq spécialités où l'écart entre la rémunération brute médiane et la rémunération brute du 90^e centile est le plus important. Les écarts varient de 460 400 \$ à 713 000 \$.

Il est important de rappeler que les sommes versées aux médecins ne représentent pas leur revenu net, mais plutôt les sommes brutes qu'ils facturent. Ce point a été soulevé par de nombreux médecins ayant répondu à notre sondage, qui ont souligné que le fait de comparer les paiements bruts est trompeur, notamment parce que les frais généraux varient selon la région. Or, le Ministère ne sait pas combien chaque médecin doit déboursier pour régler les coûts tels que le loyer, les frais de cabinet, le salaire du personnel administratif, les fournitures et le matériel. Il ne dispose donc pas d'information fiable sur le revenu net des médecins. Selon un article paru en 2012 dans la revue *Health-care Policy*, les frais généraux moyens des médecins compteraient pour environ 28 % de leur paiement clinique brut; il y était également indiqué que ces frais pouvaient atteindre 42,5 % dans le cas des ophtalmologistes.

Le ministère manque non seulement d'information sur la marge de profit des médecins, mais

aussi de données sur leur régime de travail (temps plein ou temps partiel), la taille et l'étendue de leur clientèle, et le rapport entre leur pratique en milieu hospitalier et leur pratique en cabinet. Le Ministère n'est donc pas en mesure de déterminer si les écarts entre les paiements au sein d'une même spécialité sont raisonnables.

4.3.2 Importante disparité des paiements bruts par médecin entre les spécialités

Les paiements moyens faits aux médecins présentent également d'importants écarts selon la spécialité. La **figure 13** montre la ventilation des paiements faits aux médecins selon la spécialité. Nous avons comparé le paiement brut médian entre les spécialités et avons remarqué que le modèle de paiement à l'acte en Ontario favorise les spécialistes procéduraux (c'est-à-dire ceux qui effectuent des procédures telles que des tests diagnostiques et des chirurgies) qui génèrent un important volume de services. Par exemple, en 2014-2015 :

- Les radiodiagnosticiens, spécialistes dont la rémunération se classe au premier rang des paiements bruts médians, ont fourni 21 750 services et reçu 29 \$ par service, en moyenne.
- Les chirurgiens vasculaires, spécialistes dont la rémunération se classe au deuxième rang des paiements bruts médians, ont fourni 12 230 services et reçu 43 \$ par service, en moyenne.
- Ophtalmologistes, spécialistes dont la rémunération se classe au troisième rang des paiements bruts médians, ont fourni 12 040 services et reçu 53 \$ par service, en moyenne.
- Par comparaison, en 2014-2015 :
- Les spécialistes en médecine interne ont fourni 7 580 services et reçu 40 \$ par service, en moyenne.
- Les pédiatres ont fourni 6 810 services et reçu 31 \$ par service, en moyenne.
- Les gériatres ont fourni 2 400 services et reçu 74 \$ par service, en moyenne.

Cet important écart entre les paiements bruts aux médecins est principalement attribuable aux différences dans la nature de leur travail et aux différents modes de rémunération. Plus précisément, les spécialistes non procéduraux consacrent une grande partie de leur temps aux consultations. En revanche, les spécialistes procéduraux effectuent des procédures telles que des chirurgies et des tests diagnostiques, ce qui, dans un système de paiement à l'acte, leur permet de facturer de nombreux services. C'est la combinaison de l'important volume de services et des honoraires moyens par service relativement plus élevés qui explique la disparité entre les spécialités où les paiements bruts sont les plus élevés et les autres spécialités. Font toutefois exception à cette règle les radiodiagnosticiens, dont les honoraires moyens sont relativement faibles mais qui sont en mesure de fournir un volume de services très élevé.

Les médecins ne sont pas tous d'avis que ces écarts entre les taux de facturation à l'acte sont justifiés. Certains médecins qui ont répondu à notre sondage estiment que les spécialistes non procéduraux, tels que les pédiatres et les psychiatres, sont sous-payés par comparaison aux spécialistes procéduraux comme les ophtalmologistes, parce qu'ils consacrent beaucoup plus de temps à leurs patients et aux membres de leur famille.

RECOMMANDATION 6

Afin de mieux comprendre la disparité importante de la rémunération des médecins au sein d'une même spécialité et entre les spécialités, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit obtenir de l'information exacte sur les pratiques des médecins, y compris leur coût d'exploitation et leur marge de profit liée à la prestation des services assurés par le RASO.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille cette recommandation favorablement et évaluera la possibilité d'obtenir cette information.

Figure 12: Spécialités qui présentent le plus grand écart entre les paiements bruts médians et les paiements bruts du 90^e centile, 2014-2015

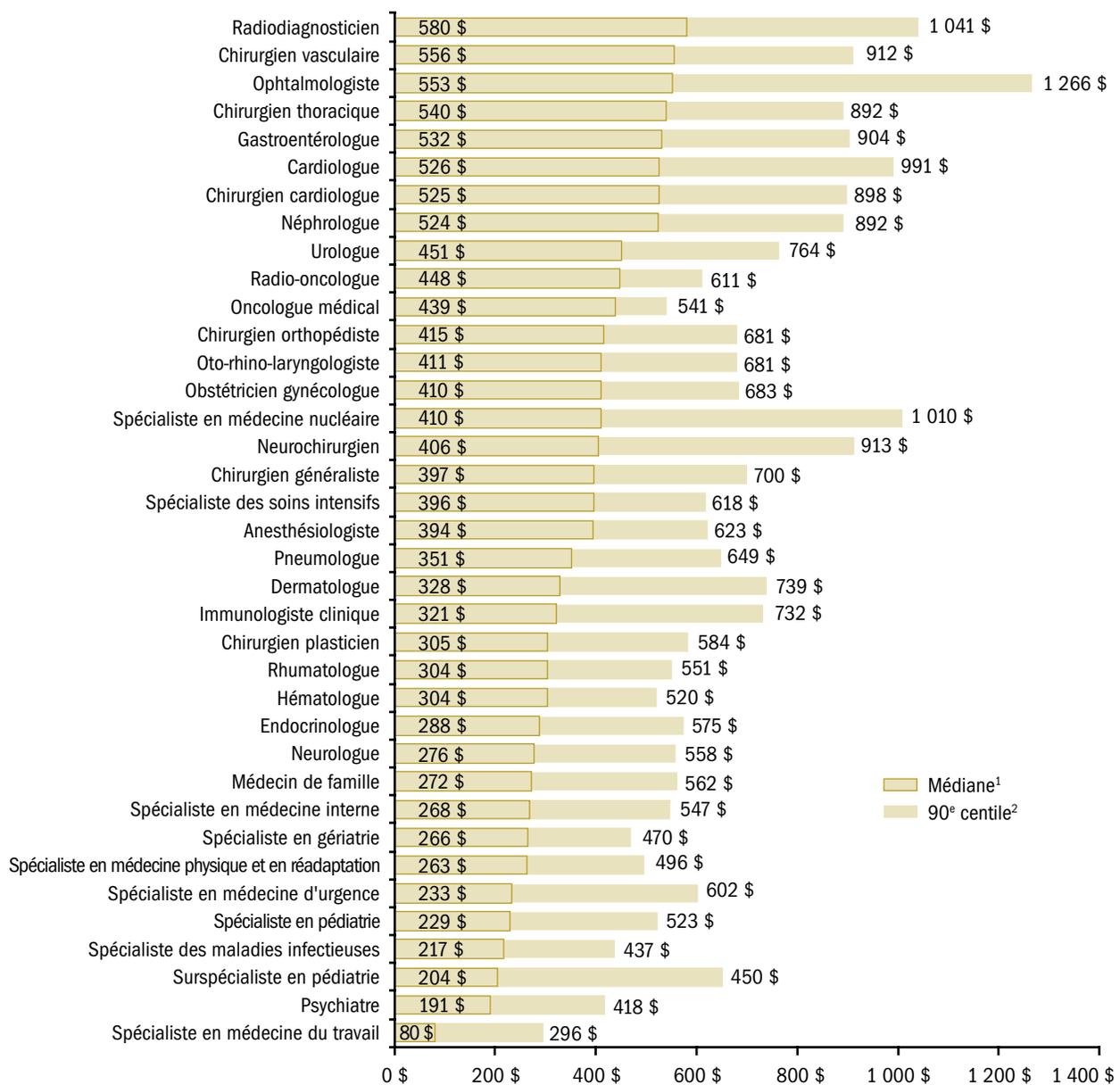
Source des données : Institut de recherche en services de santé

Spécialité	Médiane (en \$)	90 ^e centile (\$)*	Écart (\$)	Écart (%)
Ophthalmologiste	552 600	1 265 600	713 000	129
Spécialiste en médecine nucléaire	409 600	1 009 500	599 900	146
Neurochirurgien	405 700	912 700	507 000	125
Cardiologue	526 400	991 200	464 800	88
Radiologue	580 200	1 040 600	460 500	79

* Le 90^e centile correspond à la limite supérieure de la fourchette pour chaque spécialité.

Figure 13: Paiements médians et paiements du 90^e centile faits aux médecins par le RASO, par spécialité, 2014-2015

Source des données : Institut de recherche en services de santé



1. Les paiements médians sont calculés en fonction du nombre total de médecins en Ontario. Il faut ajouter environ 40 000 \$ par spécialité si les moyennes et l'équivalent temps plein sont utilisés au lieu du montant médian et du nombre de médecins.

2. Le 90^e centile représente la limite supérieure de la fourchette pour chaque spécialité.

4.4 La mise en oeuvre des modèles de paiement par capitation comporte des lacunes

4.4.1 La décision d'opter pour le modèle de paiement par capitation n'est pas nécessairement axée sur le patient

Le pourcentage des médecins de famille ontariens qui ont opté pour un modèle de paiement par capitation s'est accru de façon notable, passant de 2 % (soit 202 médecins) en 2002 à environ 75 % (soit 8 803 médecins) en 2015. Depuis la réforme du système de soins primaires, les médecins ont le choix d'adhérer ou non à un modèle et peuvent choisir le type de modèle qui leur convient. Toutefois, bien que ce processus leur permette de déterminer le mode de prestation des soins à leurs patients, il est axé sur le médecin plutôt que sur le patient et les besoins locaux.

Le Ministère a offert aux médecins une analyse de revenu indiquant en quoi leur revenu changerait s'ils passaient de leur modèle courant à un nouveau modèle :

- Lorsque les groupes de santé familiale ont été mis sur pied en 2003, le Ministère a offert aux médecins exclusivement rémunérés à l'acte une analyse de revenu indiquant les répercussions possibles sur leur revenu annuel s'ils passaient au modèle du groupe de santé familiale.
- À l'instauration des organismes de santé familiale en 2006, le Ministère a offert une analyse de revenu semblable à tous les médecins.

Nous avons remarqué que bon nombre de médecins sont passés du modèle du groupe de santé familiale au modèle de l'organisme de santé familiale, principalement en raison de la rémunération projetée plus élevée : le nombre de médecins participant aux organismes de santé familiale est passé de 308 en 2006-2007 à 5 057 en 2015-2016, tandis que le nombre de médecins participant aux groupes de santé familiale a diminué, passant de 4 337 en 2007-2008 à 2 618 en 2015-2016.

Nous avons par ailleurs relevé ce qui suit :

- Un document de recherche paru en 2015 dans la revue *Health Economics* a conclu que les médecins choisissaient leur mode de rémunération en fonction des caractéristiques de leur pratique. Par exemple, les médecins dont les patients ont des besoins plus complexes étaient moins susceptibles de passer aux modèles de paiement par capitation, tels que l'organisme de santé familiale, où le niveau d'effort plus élevé n'est pas récompensé sur le plan financier.
- Un rapport de 2012 de l'Institut de recherche en services de santé a révélé que les patients de médecins participant à des modèles dans lesquels les paiements par capitation sont élevés, tels que les organismes de santé familiale, provenaient de quartiers plus aisés et avaient un meilleur profil de santé que les patients de médecins participant à des modèles dans lesquels ces paiements sont moins élevés, tels que les groupes de santé familiale.

4.4.2 La mise en oeuvre de la prime d'accès a donné lieu à des paiements en double

Entre 2010-2011 et 2014-2015, le Ministère a dépensé entre 67 et 100 millions de dollars par année sur un incitatif, appelé « prime d'accès », censé assurer la continuité des soins primaires. Cette prime vise à encourager les médecins de famille participant à certains modèles de paiement par capitation, notamment les organismes de santé familiale, à se mettre à la disposition de leurs patients afin d'éviter que ceux-ci s'adressent à des sources externes pour obtenir des soins primaires.

La mise en oeuvre de la prime d'accès est complexe et fonctionne de la façon suivante :

- Les médecins de famille qui participent aux modèles de paiement par capitation reçoivent une prime pouvant atteindre 20 % du paiement par capitation de base.
- Une partie de la prime d'accès du médecin est retenue chaque fois que ses patients

obtiennent des soins primaires d'une source externe, telle qu'une clinique sans rendez-vous, mais non lorsqu'ils obtiennent de tels soins dans un service d'urgence. La somme ainsi retenue correspond au paiement à l'acte que le Ministère fait au médecin externe qui a traité le patient.

- La somme retenue peut correspondre au montant total de la prime.
- Si les patients n'obtiennent pas de soins primaires de sources externes, aucune partie du paiement par capitation de base n'est retenue.

Les patients en Ontario, qu'ils soient ou non inscrits auprès d'un médecin de famille, sont tout à fait libres de se rendre dans une clinique sans rendez-vous ou d'autres établissements pour obtenir des soins de santé. En 2014-2015, presque tous les médecins avaient des patients inscrits qui ont consulté des médecins de famille à l'externe. La somme maximale disponible au titre des primes d'accès, à savoir 207,3 millions de dollars, a donc été réduite de 109 millions de dollars. Les 98,3 millions de dollars restants ont été versés aux médecins sous forme d'incitatif.

Dans certains cas où un patient consulte un médecin autre que celui auprès duquel il est inscrit, le Ministère paie en double des services déjà couverts par les paiements par capitation de base : une première fois au moyen du paiement par capitation au médecin de famille participant au modèle, puis de nouveau au moyen du paiement à l'acte fait à l'autre médecin (par exemple, le médecin de la clinique sans rendez-vous). La raison en est que la somme retenue à titre de pénalité est plafonnée; une fois le plafond atteint, le Ministère se trouve à payer le même service de nouveau. Nous avons remarqué que pour le seul exercice 2014-2015, le Ministère avait payé une somme additionnelle de 15,7 millions de dollars au titre des services fournis à des patients qui, au lieu de consulter leur médecin de famille, se sont adressés à un autre médecin. En 2014-2015 et au cours des quatre exercices précédents, le Ministère a ainsi payé en double un montant cumulatif de 76,3 millions de dollars (voir

la **figure 14**). Les sommes payées en double ne sont pas recouvrées par le Ministère. Nous avons soulevé le même problème lié aux paiements en double dans la section de notre *Rapport annuel 2011* intitulée **Diversification des modes de financement pour les médecins de famille**.

En 2013, le Ministère a créé un groupe de travail pour faire un examen de principe de la prime d'accès. D'après ce groupe de travail, l'emplacement géographique et la commodité sont les principaux facteurs qui amènent les patients inscrits à obtenir des soins de sources externes. Il a constaté qu'en 2014-2015, les modèles de paiement par capitation qui présentaient les plus hauts taux de consultation à l'externe étaient concentrés dans la région du grand Toronto, les patients dans cette région ayant plus d'options en ce qui a trait aux soins primaires, telles que les cliniques sans rendez-vous, que les patients dans les régions rurales. Le groupe de travail n'a toutefois pas été en mesure d'évaluer adéquatement l'incidence des cliniques sans rendez-vous sur la prime d'accès versée aux médecins,

Figure 14: Paiements en double des services couverts par les paiements par capitation de base, de 2010-2011 à 2014-2015

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

Exercice	Paiement en double (en millions de dollars)
2010-2011	13,8
2011-2012	18,6
2012-2013	15,4
2013-2014	12,8
2014-2015	15,7
Total	76,3

Note : Les médecins qui participent aux modèles de paiement par capitation de base élevé, tels que les organismes de santé familiale, peuvent toucher une prime égale à 20 % de leur paiement par capitation de base. Le Ministère retient une partie de cette prime chaque fois que les patients inscrits auprès de ces médecins obtiennent des soins d'une source externe (comme une clinique sans rendez-vous). Le montant de cette retenue est toutefois plafonné de sorte que la part restante du paiement (80 %) demeure intacte. En raison de ce plafonnement, il arrive que le Ministère paie en double des services déjà couverts par le paiement de capitation de base : une première fois au moyen du paiement de capitation de base fait au médecin de famille qui participe au modèle, puis de nouveau au moyen du paiement à l'acte fait au médecin qui a réellement traité le patient (p. ex. le médecin de la clinique sans rendez-vous).

car les données du Ministère ne font pas la distinction entre ces cliniques et d'autres établissements (les cliniques sans rendez-vous ne sont pas tenues de présenter des demandes précisant l'identificateur de groupe).

Nous avons remarqué que la structure du système de paiement des primes semble favoriser les médecins offrant leurs services dans les villes plus petites et les régions rurales. Les visites aux services d'urgence pour le traitement de troubles pouvant être traités dans un établissement de soins primaires sont sans effet sur la prime d'accès des médecins. Nous avons constaté que le nombre de visites aux services d'urgence était sensiblement plus élevé dans les régions rurales et les villes plus petites que dans les grandes régions urbaines. Par exemple, en 2014-2015, quelque 6 000 visites aux services d'urgence ont été effectuées dans une grande région urbaine de 1,4 million d'habitants, tandis que dans les régions rurales ou les villes plus petites de quelque 560 000 habitants, le nombre de ces visites était d'environ 20 000. Cela pourrait être attribuable en partie au fait que les options en matière de soins primaires, telles que les cliniques sans rendez-vous, sont moins nombreuses dans ces régions. Le fait que les visites aux services d'urgence sont sans incidence sur la prime d'accès pourrait être l'une des raisons pour lesquelles les primes versées aux médecins dans les régions rurales ou les villes plus petites sont plus élevées que celles versées aux médecins dans les grandes régions urbaines.

Le groupe de travail du Ministère sur la prime d'accès a formulé une série de recommandations en mai 2014. Toutefois, après la rupture des négociations entre le Ministère et l'Ontario Medical Association, aucune de ces recommandations n'a été mise en oeuvre. Voici certaines des principales recommandations :

- mettre sur pied une équipe consultative de médecins et d'administrateurs pour sensibiliser les médecins et aider les groupes qui éprouvent d'importants problèmes liés à la prime d'accès à cerner les enjeux, et

recommander des solutions adaptées aux circonstances de chacun;

- établir de meilleurs rapports afin d'aider les médecins à mieux comprendre pourquoi leurs patients s'adressent à des sources externes (par exemple, leur fournir la liste des principaux utilisateurs de services à l'externe) et présenter des options pouvant les aider à régler le problème;
- examiner l'éventail de services figurant dans certains contrats de paiement par capitation;
- sensibiliser les patients à l'engagement qu'ils prennent, lorsqu'ils signent le formulaire d'inscription, de consulter leur médecin de famille pour obtenir les services qu'il offre;
- recueillir, à l'échelle de la province, des données exhaustives sur l'accès aux services pendant les heures normales, du point de vue des groupes de médecins et des patients.

RECOMMANDATION 7

Pour que la prime d'accès versée en vue d'encourager les médecins de famille appartenant aux modèles de paiement par capitation ait l'effet voulu, et pour éviter qu'elle entraîne le paiement en double de certains services médicaux, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- mettre en oeuvre les recommandations découlant de son examen de principe de la prime d'accès afin de sensibiliser les médecins ciblés, d'améliorer les rapports transmis aux médecins pour qu'ils comprennent mieux l'utilisation par leurs patients des services à l'externe, et de sensibiliser les patients à l'engagement qu'ils prennent lorsqu'ils s'inscrivent auprès de leur médecin de famille;
- restructurer la prime de façon à éviter le paiement en double de services.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et lancera un examen de l'information que le patient reçoit au moment de son inscription et des rapports que le médecin reçoit au sujet de ses patients inscrits qui ont obtenu des services à l'externe. Cet examen aura pour but :

- de préciser la notion d'« inscription » et de renseigner le patient sur l'engagement qu'il prend en signant le formulaire d'inscription;
- de fournir aux médecins des rapports supplémentaires sur les patients qui obtiennent des services à l'externe.

En outre, le Ministère mènera un examen sur la restructuration de la prime d'accès, dans le cadre duquel il se penchera sur les groupes de médecins dont les patients inscrits obtiennent à l'externe un niveau de services dépassant la prime d'accès et les dépenses du Ministère. Dans le cadre de cet examen, le Ministère déterminera s'il y a lieu d'apporter des changements à la somme retenue sur la prime d'accès.

Pour donner suite à ces recommandations, les contrats devront être modifiés. Pour ce faire, le Ministère devra engager avec l'OMA les processus de négociation et de consultation prévus par l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA.

4.4.3 Certains paiements aux médecins de famille participant aux modèles de paiement par capitation auraient pu être économisés

Au fur et à mesure de la renégociation des ententes sur les services de médecin au cours des 15 dernières années, divers paiements et programmes spéciaux ont été ajoutés aux modèles de paiement par capitation. Ces paiements sont calculés selon des barèmes complexes et, dans certains cas, on ne sait plus à quoi ils servent ni s'ils sont toujours utiles et on ne connaît pas les conditions

à remplir pour les obtenir. Voici des exemples que nous avons relevés :

- En 2014-2015, 364 millions de dollars ont été versés aux médecins de famille ayant opté pour les modèles de paiement par capitation, aux termes d'un contrat selon lequel le médecin reçoit, en plus du paiement par capitation de base, environ 3 \$ par mois pour chaque patient inscrit. Ce paiement a été négocié dans l'Entente sur les services de médecin de 2004. Cependant, il n'est pas clair en quoi ce paiement permet d'améliorer la qualité des soins. Le Ministère a proposé de réduire cette somme lors de ses négociations avec l'OMA sur l'Entente sur les services de médecin de 2014, mais au moment de notre audit les parties n'étaient parvenues à s'entendre et aucun progrès n'avait été réalisé. En 2014-2015 et au cours des quatre exercices précédents, environ 1,7 milliard de dollars ont été versés au titre de ce paiement.
- En 2002, le Ministère a mis en place certaines primes qui sont des paiements ponctuels ayant pour but de compenser le coût associé à l'inscription des patients et d'encourager les médecins à prendre en charge des patients aux besoins complexes qui n'ont pas de médecin de famille. Le Ministère a mis fin à certaines de ces primes en juin 2015 après qu'un examen a révélé que les médecins n'avaient plus besoin d'incitatifs de cette nature et que leur suppression permettrait d'économiser 34,2 millions de dollars en 2015-2016 et 41 millions de dollars en 2016-2017. Si le Ministère avait effectué son examen plus tôt, il aurait pu réaliser davantage d'économies en intégrant ce changement dans les Ententes sur les services de médecin de 2008 ou de 2012.
- En 2002, le Ministère a créé la prime d'encouragement à la gestion des cas de diabète afin d'encourager les médecins de soins primaires à offrir des soins optimaux complets à leurs patients atteints de diabète. Le Ministère n'a évalué la rentabilité de cet incitatif qu'en

2012, lorsqu'une étude menée par l'Institut de recherche en services de santé a révélé que cette prime n'avait mené qu'à des améliorations mineures de la qualité des soins aux personnes diabétiques et que les médecins auxquels elle était versée fournissaient sans doute déjà la plus haute qualité de services à leurs patients diabétiques. Le Ministère a fini par modifier les critères de versement de cette prime en septembre 2015, estimant que les changements se traduiraient par des économies de huit millions de dollars annuellement.

4.4.4 Les paiements par capitation de base ne servent peut-être pas aux fins prévues

Modificateurs de paiement par capitation de base versés en trop

Les paiements par capitation de base servent à régler le coût des soins primaires en fonction de l'âge et du sexe des patients. Toutefois, le Ministère constate que les paiements établis en fonction de ces facteurs ne tiennent pas compte adéquatement de la variation des besoins en soins des patients, et que le système actuel ne tient pas compte du temps et des ressources nécessaires pour soigner les patients ayant des problèmes de santé complexes. Si le Ministère a tenté de régler ce problème, la mise en œuvre de ses plus récents efforts à ce chapitre laisse à désirer.

En janvier 2014, le Ministère a versé 40 millions de dollars à titre de modificateur de paiement provisoire aux médecins participant aux modèles de paiement par capitation qui avaient inscrit des patients ayant de grands besoins. De cette somme, 17,4 millions de dollars ont été versés à environ 3 400 médecins participant aux modèles de paiement par capitation qui sont rémunérés selon la formule des paiements à l'acte bonifiés. Ces médecins recevaient donc déjà une rémunération pour le traitement de patients ayant de grands besoins et n'auraient pas dû recevoir cette somme. Or, même si ces paiements de 17,4 millions de dollars

n'étaient pas justifiés, le Ministère a accepté de les maintenir lors de ses négociations avec l'Ontario Medical Association en 2012. Il nous a toutefois informés de son intention de limiter ce modificateur de paiement aux médecins auxquels il était initialement destiné, mais la mise en œuvre de cette mesure est suspendue depuis le 31 mars 2014, date de la rupture des négociations sur l'entente sur les services de médecin entre le Ministère et l'Ontario Medical Association.

Certains patients inscrits n'ont jamais consulté leur médecin de famille

Le Ministère verse des paiements par capitation de base aux organismes de santé familiale selon l'hypothèse que les médecins de famille membres fournissent réellement des services médicaux aux patients qu'ils inscrivent. Or, en 2014-2015, des 5,4 millions de patients inscrits auprès de ces organismes, 1,78 million (soit 33 %) n'avaient pas consulté leur médecin. Nous avons estimé que ces médecins ont néanmoins reçu un total de 243 millions de dollars simplement pour avoir inscrits ces patients. Notons que les personnes les moins susceptibles de consulter leur médecin de famille sont les hommes âgés entre 20 et 29 ans.

Nous avons soulevé la même préoccupation dans notre *Rapport annuel 2011*. Le Ministère nous avait alors expliqué que le paiement par capitation étant fondé sur le niveau moyen des services de médecin utilisés par les personnes de même âge et sexe, il était prévu que les paiements relatifs aux patients qui consultent rarement, voire jamais, leur médecin soient compensés par ceux des patients qui exigent un niveau élevé de soins. Le Ministère n'a toutefois pas été en mesure de donner des indications à l'appui de ce principe et donc d'établir si ses paiements par capitation sont justifiés.

RECOMMANDATION 8

Pour que les modèles de paiement par capitation soient plus rentables et que les paiements par capitation, les primes et les incitatifs servent

aux fins prévues, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- verser des paiements par capitation, des primes et des incitatifs seulement s'il est justifié de le faire, preuves à l'appui;
- recenser périodiquement le nombre de patients qui ne consultent pas le médecin de famille auprès duquel ils sont inscrits, et déterminer s'il est raisonnable de continuer de verser aux médecins le plein montant des paiements par capitation de base pour ces patients.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille cette recommandation favorablement et reconnaît que les paiements par capitation, les primes et les incitatifs ne devraient être versés que lorsqu'ils sont appuyés par des données probantes. Le Ministère s'engage à effectuer un examen du taux de capitation, dans le cadre duquel il évaluera les services de base que fournissent aux patients les médecins qui touchent un paiement par capitation de base. Pour ajuster le taux de capitation, les primes et les incitatifs, le Ministère devra engager avec l'OMA les processus de consultation et de négociation prévus par l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA.

Rappelons que le taux de capitation est établi par rapport à l'ensemble des patients, qu'ils reçoivent ou non des services. Il est fondé sur l'hypothèse qu'au cours d'une année donnée, certains patients consulteront leur médecin beaucoup plus souvent que la moyenne et d'autres ne le consulteront pas du tout. Le Ministère examinera la méthodologie de rémunération par capitation d'autres administrations.

4.5 Faible surveillance des paiements à l'acte faits aux médecins

4.5.1 Le Ministère ne fait pas d'enquête sur de nombreux cas de facturation comportant des anomalies

La facturation à l'acte est toujours largement utilisée par les spécialistes et de nombreux médecins de famille pour facturer les services non couverts par la formule de paiement par capitation de base. (Comme nous l'avons indiqué à la **section 2.3**, en 2015-2016, des 11,59 milliards de dollars versés aux médecins en Ontario, quelque 6,33 milliards de dollars, soit 55 %, ont été versés principalement aux spécialistes rémunérés à l'acte.) La facturation à l'acte se fait selon le principe d'intégrité, car les médecins sont responsables de s'assurer que les demandes de paiement qu'ils présentent sont conformes au barème des prestations du RASO. Le Ministère a par ailleurs mis sur pied une Unité de responsabilisation en matière de paiements qui est chargée d'examiner les demandes de paiement des médecins pour en assurer le bien-fondé. Cette unité renseigne les médecins sur le processus de soumission des demandes de paiement et prend les mesures nécessaires pour recouvrer les paiements en trop faits par suite d'erreurs dans les demandes de paiement.

Le Ministère analyse les demandes lors d'examen après paiement pour déterminer si elles sont conformes au barème des prestations et ont été soumises comme il se doit. Il y a deux types d'examen après paiement : l'examen réactif et l'examen proactif.

L'examen réactif permet au Ministère de donner suite aux plaintes du public de manière adéquate

Dans le cadre de l'examen réactif, le Ministère se penche sur le cas de médecins ayant fait l'objet d'une plainte du public ou d'un autre médecin, ou ayant administré un traitement mis en doute

sur la base de lettres de vérification que le Ministère envoie à des patients choisis au hasard. La **figure 15** montre le nombre d'examens réactifs effectués depuis 2011-2012 ainsi que leurs résultats. Plus récemment, en 2015-2016, le Ministère a entrepris de recouvrer environ 243 000 \$ auprès de 14 médecins.

L'examen proactif permet au Ministère de relever certaines anomalies dans les factures

Dans le cadre des examens proactifs, le Ministère identifie certains médecins dont les factures comportent des anomalies en faisant une analyse statistique de leurs factures et en examinant leur profil. La **figure 16** montre le nombre de médecins ainsi identifiés entre 2011 et 2015, de même que les résultats. Bien que le Ministère soit en mesure de déceler les anomalies et les cas non conformes, il a expliqué que de nombreux cas ne faisaient pas l'objet d'enquête en raison du temps et des efforts considérables que cela requiert. Depuis le début de 2013, le Ministère ne s'emploie pas activement à recouvrer les paiements en trop; il a recouvré environ 19 700 \$ en 2014 et rien du tout en 2013 et 2015. Pour en savoir plus, veuillez consulter la section 4.5.3, intitulée Le Ministère ne dispose pas de mécanismes d'exécution efficaces pour recouvrer les paiements indus auprès de médecins.

Nous avons remarqué que, au moment de notre audit, le Ministère avait déterminé que plus de 500 médecins ont facturé chacun plus d'un million de dollars au RASO en 2014-2015, et qu'il en avait sélectionné 12 qui feraient l'objet d'une analyse plus poussée, compte tenu des ressources disponibles. Le Ministère soupçonnait que certaines de ces factures pouvaient être injustifiées pour les raisons suivantes, entre autres : prestation de services médicalement inutiles; paiements visant des services non fournis; ou non-respect de la norme de soins. Par exemple :

- Un ophtalmologiste a facturé 6,6 millions de dollars en 2014-2015. La majorité des factures de ce médecin visaient des procédures au laser, effectuées en moyenne sept fois par patient au cours de l'année. Ce médecin a également facturé à la province pour environ 1,4 million de dollars de tests diagnostiques. Les tests diagnostiques prescrits par les ophtalmologistes figurent sur la liste des examens et traitements sur lesquels il y a lieu de s'interroger selon la campagne nationale Choisir avec soin aux États-Unis et au Canada. Cette campagne vise à encourager les médecins et les patients à engager un dialogue au sujet des tests, des traitements et des procédures.
- Un cardiologue a facturé 2,5 millions de dollars en 2014-2015. Ce médecin a fourni

Figure 15: Nombre d'examens réactifs du Ministère et résultats, de 2011-2012 à 2015-2016

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

Exercice	Nbre de médecins faisant l'objet d'un examen par suite d'une plainte	Aucun problème décelé par suite de l'examen ¹	Médecin informé des		Somme en voie de recouvrement (\$)
			bonnes pratiques de facturation ou orienté vers d'autres entités ²	Nbre de médecins auprès desquels des paiements ont été recouverts	
2011-2012	746	543	178	25	422 500
2012-2013	699	470	202	27	758 700
2013-2014	302	178	117	7	218 800
2014-2015	178	94	79	5	258 400
2015-2016	82	19	49	14	243 000

1. Bon nombre de plaintes ont été jugées non fondées.

2. D'autres services au sein du Ministère et le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Figure 16: Résultats des examens proactifs du Ministère, 2011-2015

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

Année civile	Nbre de médecins dont les factures comportent des anomalies	Nbre de médecins auprès desquels des paiements en trop ont été recouverts	Somme en voie de recouvrement (\$)
2011	251	243	1 065 500
2012	356	184	1 837 000
2013	38	0	0
2014	221	1	19 700
2015	62	0	0

plus de 68 000 services au cours de l'année, soit plus de six fois le nombre de services fournis en moyenne par les cardiologues. Une grande part des services facturés par ce médecin visaient des échocardiogrammes, des tests de Holter, des épreuves d'effort et des consultations. Les échocardiogrammes et les épreuves d'effort sont largement reconnus par la communauté médicale comme étant à risque de surutilisation par les cardiologues, comme l'indique la campagne Choisir avec soin Canada.

Il est important de rappeler que la question de savoir si un service est médicalement nécessaire requiert l'exercice d'un jugement professionnel important.

Le Ministère ne fait pas d'enquête sur bon nombre d'autres anomalies en matière de facturation

Il ressort de notre examen de données plus récentes que les tendances en matière de facturation d'au moins 648 spécialistes comportent des anomalies par comparaison à la fourchette prévue de jours facturés et de services, par catégorie de spécialité, pour l'exercice 2015-2016. La **figure 17** montre le nombre de spécialistes dont le nombre de jours

facturés et de services se situe en dehors de cette fourchette.

La norme ou le nombre prévu de jours facturés annuellement et le nombre prévu de services annuels varient selon la nature du travail du spécialiste. Par exemple, le spécialiste qui effectue des procédures diagnostiques, comme le radiodiagnosticien, facture habituellement entre 183 et 235 jours annuellement, et le nombre de services diagnostiques annuels prévus se situe entre 5 366 et 10 266. Les 648 spécialistes que nous avons cernés ont facturé un nombre de jours qui excède la limite supérieure de la fourchette, comme l'indique la **figure 17**. De ces 648 spécialistes, 406 avaient fourni un nombre de services plus élevé que la limite supérieure de la fourchette prévue.

Nous avons remarqué, en particulier, que neuf spécialistes ont travaillé plus de 360 jours au cours de l'année et que six d'entre eux ont travaillé 366 jours (2016 étant une année bissextile).

- Un pneumologue a travaillé 361 jours en 2015-2016 et a facturé 1,3 million de dollars à la province, soit 4,9 fois la limite supérieure prévue pour les médecins de la même catégorie de facturation (spécialistes non procéduraux). Ce spécialiste a fourni près de 12 400 services au cours de cette année, soit 3,9 fois la limite supérieure de la fourchette prévue pour les médecins de cette catégorie de facturation.
- Un cardiologue a travaillé 354 jours en 2015-2016 et a facturé à la province 1,8 million de dollars, soit trois fois la limite supérieure prévue pour les médecins de la même catégorie de facturation (spécialistes procéduraux). Ce spécialiste a fourni plus de 13 200 services au cours de cette année, soit 2,4 fois la limite supérieure de la fourchette prévue pour les médecins de cette catégorie de facturation.
- Un radiodiagnosticien a travaillé 313 jours en 2015-2016 et a facturé à la province 1,7 million de dollars, soit 2,8 fois la limite supérieure prévue pour les médecins de la

Figure 17: Nombre de spécialistes dont le nombre de jours facturés et de services dépasse la limite supérieure de la fourchette prévue, par catégorie de spécialité, 2015-2016

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

Catégorie de spécialité	Nbre de jours facturés		Nbre de services	
	Fourchette annuelle prévue ¹	Nbre de spécialistes dépassant la limite supérieure de la fourchette	Fourchette annuelle prévue ¹	Nbre de spécialistes dépassant la limite supérieure de la fourchette
Diagnostique ²	183-235	58	5 366-10 226	45 sur 58
Procédurale ³	199-239	44	3 135-5 497	30 sur 44
Non-procédurale ⁴	148-190	221	1 720-3 176	154 sur 221
Chirurgicale ⁵	185-225	196	2 603-4 253	98 sur 196
Fondée sur le temps ⁶	148-184	129	809-1 543	79 sur 129
Total		648⁷		406 sur 648

1. La fourchette prévue est calculée en fonction d'un écart-type de 0,25 de part et d'autre de la médiane établie, selon les facturations réelles des médecins pour 2015-2016.
2. Comprend des spécialistes tels que les pathologistes et les radiodiagnosticiens.
3. Comprend des spécialistes tels que les néphrologues et les cardiologues.
4. Comprend des spécialistes tels que les gériatres et les pneumologues.
5. Comprend des spécialistes tels que les neurochirurgiens, les chirurgiens généralistes et les ophtalmologistes.
6. Comprend des spécialistes tels que les psychiatres et les anesthésiologistes.
7. Les 648 spécialistes font partie d'un groupe plus large de 1 129 spécialistes qui, d'après leurs données de facturation, se situent en dehors de la fourchette annuelle prévue en ce qui a trait à trois des quatre indicateurs suivants : nombre de jours travaillés, nombre de consultations de patients, nombre de patients distincts traités et sommes facturées.

même catégorie de facturation (spécialistes en diagnostic). Ce spécialiste a fourni plus de 57 400 services diagnostiques au cours de cette année, soit 5,6 fois la limite supérieure de la fourchette prévue pour les médecins de cette catégorie de facturation.

Au moment de notre audit, le ministère n'avait pas commencé à examiner les anomalies que nous avons relevées.

Le barème des prestations du Ministère pourrait favoriser la facturation stratégique

Nous avons également remarqué que la facturation de montants bruts aussi élevés est essentiellement rendue possible par le barème des prestations du RASO, qui prévoit de tarifs élevés pour le temps consacré aux procédures. Cette observation est conforme à notre constatation, exposée à la **section 4.3.2**, selon laquelle les médecins qui facturent les sommes les plus élevées peuvent soit

facturer un volume extrêmement élevé de services rémunérés à un taux relativement faible (comme les radiodiagnosticiens), soit facturer un volume modérément élevé de services rémunérés à un taux relativement élevé (comme les chirurgiens vasculaires et les ophtalmologistes). Le barème des prestations pourrait donc inciter certains médecins à faire des consultations et à fournir des services médicaux de façon stratégique afin de maximiser leur rémunération. (Voir aussi la **section 4.6**, où nous abordons la question de l'utilisation des services de soins de santé.)

RECOMMANDATION 9

Afin de s'assurer que les dépenses en soins de santé servent seulement à régler des procédures qui sont médicalement nécessaires, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec les professionnels de la santé compétents pour :

- établir, pour chaque spécialité, des normes et des lignes directrices fondées sur des données probantes afin de s'assurer que tous les tests et procédures administrés sont médicalement nécessaires;
- mieux sensibiliser les patients aux procédures courantes qui ne sont pas fondées sur des données probantes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et envisagera de faire appel à des experts médicaux pour examiner les diagnostics.

Par ailleurs, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a récemment lancé un programme sur les normes de qualité, qui vise à réduire les écarts constatés dans la pratique en Ontario et à accroître la qualité des soins. Pour ce faire, QSSO élabore des normes adaptées à l'état de santé des patients qui reposent sur des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, mises en œuvre dans les établissements de soins de santé pertinents. Les cliniciens s'appuient sur ces normes de qualité pour déterminer les meilleurs chemins d'accès aux soins tout au long du continuum de soins. En outre, ces normes comprennent des recommandations adaptées aux procédures diagnostiques et aux modalités de traitement. Elles comprennent également un guide clair et concis qui a pour but d'aider les patients et les fournisseurs de soins à comprendre ce en quoi les soins devraient consister, de favoriser le dialogue entre les cliniciens et les patients, et de veiller à ce que l'information soit à la fois cohérente et exacte lorsqu'elle est communiquée aux patients et aux fournisseurs de soins, et échangée au sein de l'équipe de soins interprofessionnelle.

QSSO soutient les efforts du programme Choisir avec soin Canada (CSC), qui vise à aider les cliniciens et les patients à amorcer un dialogue au sujet des tests, des traitements et des procédures. À cette fin, CSC a établi plus

de 180 listes d'examens et de traitements sur lesquels les cliniciens et les patients devraient s'interroger.

4.5.2 Le Ministère n'a pas de fonction d'inspecteur depuis 2005

En 2005, le Ministère a changé radicalement la façon dont il vérifie les paiements faits aux médecins. Ce changement a fait suite à un rapport établi à la demande du gouvernement en 2004 par un juge à la retraite de la Cour suprême du Canada, l'honorable Peter deCarteret Cory (le rapport Cory). Le juge Cory a examiné le processus de vérification des factures des médecins qui était en vigueur au Ministère, et a recommandé des changements. À cette époque, le Ministère embauchait, par l'entremise du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, des inspecteurs vérificateurs qui examinaient sur place les dossiers médicaux des médecins, interviewaient les médecins et faisaient des observations sur leur pratique. Les médecins étaient d'avis que ce processus d'inspection était inéquitable.

Dans son rapport déposé le 21 avril 2005, le juge Cory a conclu que le processus de vérification du Ministère avait un effet débilitant et dévastateur sur les médecins ontariens et leur famille. Le rapport Cory contenait 118 recommandations portant sur l'établissement d'un nouveau processus de vérification des soins médicaux. Dans sa présentation au Conseil du Trésor, le Ministère proposait de mettre en œuvre 60 des 118 recommandations telles que formulées dans le rapport, d'en mettre en œuvre 33 autres en leur apportant des modifications, et de mettre de côté les 25 recommandations restantes. Des 25 recommandations non mises en œuvre, 22 portaient sur la fonction d'inspecteur, qui consiste à confier à des inspecteurs le pouvoir d'examiner les dossiers médicaux sur place, d'interviewer les médecins et de formuler des observations sur la pratique du médecin. À l'heure actuelle, le Ministère confie le processus de vérification, non pas à des inspecteurs, mais à des conseillers

médicaux qui examinent les dossiers médicaux hors site après en avoir reçu copie des médecins.

Comme nous l'expliquons dans la **section 4.5.3**, le fait de ne pas avoir de fonction d'inspecteur a limité la capacité du Ministère de recouvrer les paiements indus. Nous avons constaté que la Colombie-Britannique et l'Alberta effectuent toutes deux, au besoin, des inspections sur place dans le cadre de leur processus de vérification de la facturation des médecins.

Notre sondage auprès des médecins a donné des résultats mitigés lorsque nous avons demandé si le processus de surveillance et de vérification des paiements faits aux médecins en vertu du RASO était adéquat. Si 33 % des médecins sondés ont répondu par l'affirmative, 28 % ont répondu par la négative et 39 % ont dit ne pas savoir ou ne pas avoir d'opinion. Certains médecins ont mentionné qu'il était nécessaire d'en faire plus pour décourager les pratiques de facturation inappropriées. D'autres ont suggéré que le Ministère devrait en dire plus sur les vérifications qu'il effectue et faire rapport des résultats. Quelques autres médecins ont indiqué que le Ministère devrait montrer aux médecins, tant nouveaux que chevronnés, comment facturer leurs services de façon adéquate.

4.5.3 Le Ministère ne dispose pas de mécanismes d'exécution efficaces pour recouvrer les paiements indus auprès de médecins

Le processus en vigueur au Ministère pour le recouvrement des paiements indus (voir la **figure 18**) est inefficace, long et exigeant en ressources. Selon ce processus, il incombe au Ministère de prouver que le médecin est fautif, et non au médecin de prouver qu'il n'a pas commis de faute. Le processus d'examen et de recouvrement diffère de l'approche adoptée par l'Agence du revenu du Canada, où il revient au contribuable de prouver qu'il n'a commis aucune faute.

Depuis que le Ministère a changé son processus de vérification des paiements faits aux médecins

dans la foulée du rapport Cory, il s'emploie davantage à sensibiliser les médecins sur les meilleures pratiques en matière de facturation, mais ne s'attarde pas assez au recouvrement des paiements en trop. À moins que le médecin n'accepte de son propre chef de rembourser le trop-payé, il est très difficile de recouvrer les paiements indus. La raison en est que les modifications législatives adoptées par suite du rapport Cory ne permettent au Ministère d'exiger le remboursement du trop-payé ou la rectification d'une demande de paiement erronée que s'il obtient une ordonnance de la Commission de révision des paiements effectués aux médecins (la Commission). Cette commission, créée à la suite du rapport Cory, est chargée de mener des examens indépendants dans le but de régler des différends en matière de facturation entre le Ministère et les médecins, afin de rendre le processus plus équitable et plus transparent pour les médecins. Nous avons constaté que l'Alberta et la Colombie-Britannique ont toutes deux la capacité d'exiger le remboursement d'un trop-payé sans avoir à obtenir une ordonnance d'une commission semblable. Notons qu'il est rare que le Ministère renvoie un cas à la Commission. En effet, depuis la création de la Commission en 2010, seulement cinq cas ont donné lieu à des audiences formelles. Des paiements indus n'ont donc pas été recouverts par le Ministère, comme nous l'expliquons dans la section suivante.

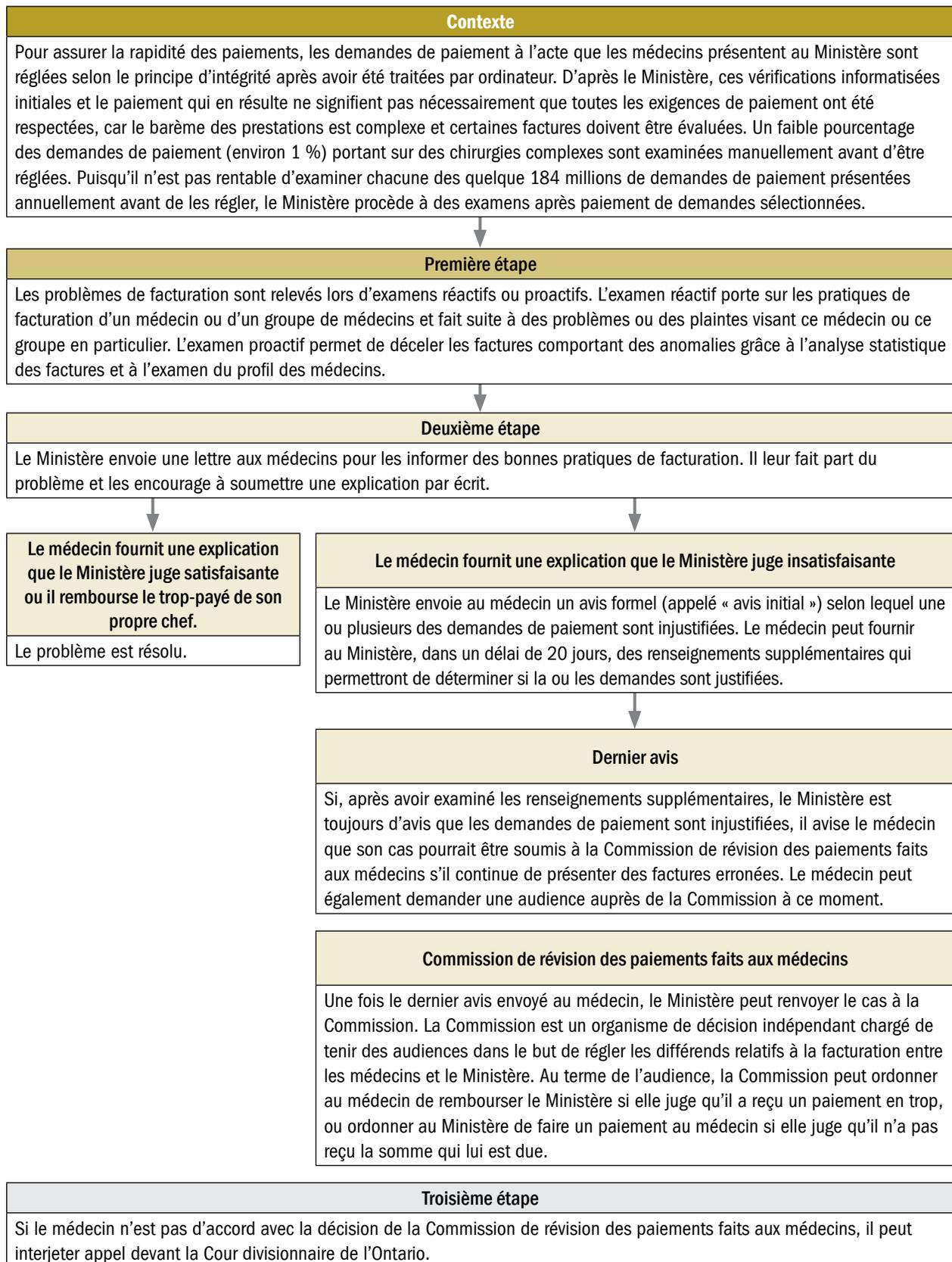
Des paiements indus n'ont pas été recouverts

Nous avons pris connaissance de nombreux cas où le Ministère, bien qu'il ait pu prouver que certaines factures n'étaient pas justifiées, n'a pas fait d'effort pour recouvrer les paiements en trop auprès des médecins. Par exemple :

- Par suite d'un examen proactif effectué en 2014, le Ministère a constaté qu'un spécialiste facturait un code d'acte auquel il n'était pas admissible. La somme pouvant être payée en trop était de l'ordre de 77 000 \$ en 2010-2011 et de 59 000 \$ en 2011-2012. Malgré que le spécialiste ait fourni une explication

Figure 18 : Processus d'examen de la facturation à l'acte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



inacceptable de la somme facturée au Ministère, celui-ci n'a pas tenté de recouvrer le trop-payé. Nous avons par ailleurs constaté que ce médecin continue de présenter des factures erronées. En effet, entre septembre 2014 (date à laquelle le Ministère a pris connaissance de la pratique inappropriée) et mai 2016 (moment de notre audit), le spécialiste a facturé ce code d'acte plus 380 fois, pour un total d'environ 121 700 \$. Lorsque nous avons signalé cette situation au Ministère, il nous a assuré qu'il ferait un suivi auprès de ce spécialiste.

- Dans le cadre du même examen proactif, le Ministère a constaté qu'un autre spécialiste facturait erronément ses services et avait reçu des paiements en trop de 19 700 \$. Le spécialiste a remboursé cette somme au Ministère de son propre chef. Toutefois, nous avons remarqué que le Ministère n'a pas tenté de recouvrer d'autres sommes inappropriées facturées par ce médecin et le groupe de 28 autres spécialistes dont il est membre. Nous avons estimé qu'environ 115 000 \$ ont ainsi été payés en trop au cours de la période allant du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016.
- Le Ministère a reconnu qu'un code d'acte en particulier est systématiquement mal facturé par d'autres spécialistes, et qu'il envisageait de mettre cette question à l'ordre du jour de futures séances d'information à l'intention des médecins. Nous avons repéré 371 autres spécialistes (en plus du groupe de 29 spécialistes mentionné ci-dessus) qui facturent ce code d'acte de façon erronée, et nous avons estimé qu'entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2016, une somme d'environ 2,44 millions de dollars a été versée en trop. Cependant, le Ministère n'avait pas l'intention de prendre des mesures en vue de recouvrer ces paiements en trop, estimant ne pas disposer des ressources nécessaires.

4.5.4 Le Ministère ne fait plus de suivi à l'égard de tous les médecins ayant présenté des factures inappropriées

Étant donné que le Ministère s'efforce de former les médecins aux bonnes pratiques de facturation et les enjoint de corriger leurs factures à venir, nous nous attendions à ce qu'un processus de surveillance continue soit en place pour veiller à ce que les médecins dont les pratiques de facturation sont problématiques changent leur façon de faire. Or, nous avons constaté que le Ministère ne fait pas de suivi auprès de tous ces médecins. Avant décembre 2014, le Ministère faisait un suivi d'environ six mois après l'envoi d'une lettre enjoignant les médecins de corriger leurs pratiques de facturation. Le Ministère a décidé de mettre fin à ce processus de suivi automatique en décembre 2014 et de le remplacer par un processus au cas par cas, ayant conclu, à la suite d'un examen, que la plupart des médecins suivaient les instructions du Ministère et qu'une surveillance plus poussée n'était pas nécessaire dans tous les cas. Or, nous avons constaté que l'examen ayant mené à cette décision était déficient : dans notre analyse de 34 médecins ayant facturé leurs services de façon inappropriée, 21 avaient des antécédents de facturation erronée, dont huit pour le même problème.

RECOMMANDATION 10

Afin de renforcer le processus de surveillance des paiements à l'acte faits aux médecins et de veiller à ce que les fonds publics soient entièrement recouverts en cas de facturation inappropriée, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- évaluer les coûts et les avantages liés à la modification du processus d'examen de la facturation à l'acte et rétablir la fonction d'inspecteur pour surveiller les pratiques de facturation des médecins;
- surveiller la facturation de façon efficace et s'assurer que les médecins corrigent leurs pratiques erronées en temps opportun;

- établir un mécanisme efficace de recouvrement des paiements en trop faits aux médecins, sur confirmation d'une pratique de facturation inappropriée;
- simplifier le processus d'examen et de sensibilisation relatif à la facturation des services de médecin.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit aux recommandations concernant la nécessité de renforcer sa capacité à surveiller les paiements faits aux médecins et à recouvrer les fonds publics versés en règlement de demandes de paiement erronées. Ces recommandations appuient l'engagement du Ministère à protéger la viabilité du système ontarien de soins de santé.

Le Ministère s'engage :

- à envisager de rétablir la fonction d'inspecteur pour surveiller la facturation des médecins;
- à examiner la politique en vigueur et à formuler des recommandations au besoin;
- à examiner le processus de responsabilisation des médecins en matière de facturation;
- à accroître sa capacité de surveillance et à veiller à ce que les médecins corrigent leurs pratiques de facturation erronées en temps opportun;
- à établir un mécanisme efficace pour le recouvrement des paiements en trop faits aux médecins lorsque les pratiques de facturation erronées sont confirmées au moyen d'un processus simplifié d'examen et de sensibilisation.

La mise en oeuvre de ces éléments nécessitera des ressources additionnelles, des

changements aux politiques et des modifications législatives.

4.6 Le Ministère éprouve de la difficulté à gérer les services de soins de santé facturés selon le modèle de paiement à l'acte

Le taux d'utilisation sert à mesurer l'utilisation par la population des services de soins de santé qui lui sont offerts. Dans le cadre du modèle de paiement à l'acte, le taux d'utilisation est important, car un volume de services plus élevé se traduit par des coûts plus élevés en soins de santé. Au 31 décembre 2015, les plus récentes données disponibles du Ministère indiquaient que l'utilisation des services rémunérés à l'acte augmentait annuellement de 3,3 %, ce qui est supérieur au taux de croissance annuel des dépenses de 1,25 % (voir la **figure 19**).

Étant donné que l'utilisation est difficile à prévoir, les dépenses en soins de santé sont difficiles à gérer, particulièrement selon le modèle de paiement à l'acte. De nombreux facteurs influent sur le taux d'utilisation des soins de santé. Par exemple, lorsque les progrès technologiques facilitent et accélèrent la prestation de services, le volume de services augmente. L'attitude et les attentes des patients ont également une incidence sur le volume des services fournis par les médecins.

Toutefois, dans un système de soins de santé financé par les fonds publics, la décision de fournir un service doit reposer sur le principe de la nécessité médicale. La question de savoir si un test ou une procédure est médicalement nécessaire requiert l'exercice d'un jugement professionnel. Il existe par ailleurs de nombreuses études médicales

Figure 19: Pourcentage de changement des paiements à l'acte totaux, selon le volume, de 2010-2011 à 2015-2016

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

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016*
% d'augmentation	2,8	3,7	1,5	3,0	4,6	3,3

* Cumul annuel jusqu'au 31 décembre 2015.

fondées sur des données probantes qui portent sur les traitements qui n'améliorent pas les résultats obtenus par les patients. On trouve sur le site Web Choisir avec soin Canada une liste de plus de 175 tests et procédures qui ne sont pas nécessaires dans certaines circonstances. En voici des exemples :

- une tomodensitométrie de la tête chez les adultes et les enfants ayant subi un traumatisme crânien mineur;
- un électrocardiogramme chez les personnes asymptomatiques qui subissent une chirurgie non cardiaque à faible risque;
- des antibiotiques chez les adultes et les enfants atteints d'un mal de gorge sans complications.

On peut limiter les coûts des soins de santé liés au modèle de paiement à l'acte notamment par la gestion de l'utilisation, qui consiste à tenter d'exercer une influence sur le volume des services fournis par les médecins – souvent grâce à une meilleure sensibilisation des patients.

Au cours des dernières années, la gestion de l'utilisation et les efforts pour réduire la prestation de services médicalement inutiles ont permis au Ministère de réaliser certaines économies. Toutefois, les économies réelles découlant de ces initiatives sont beaucoup moins importantes que prévu. Voici des exemples que nous avons relevés :

- Le Ministère prévoyait réaliser des économies de 26,7 millions de dollars pour 2013-2014 en réduisant le nombre d'évaluations de suivi après un cancer colorectal, conformément aux lignes directrices d'Action Cancer Ontario sur la fréquence des évaluations de suivi. Les économies réelles se sont élevées à 8,8 millions de dollars, soit 17,9 millions de dollars de moins que l'objectif initial.
- Le Ministère prévoyait réaliser des économies de 29 millions de dollars pour 2013-2014 en éliminant les examens physiques annuels chez les adultes en santé âgés de 18 à 64 ans. Les économies réelles se sont élevées à 19,3 millions de dollars, soit 9,7 millions

de dollars de moins que l'objectif initial. En janvier 2013, le Ministère a remplacé l'examen physique annuel par un bilan de santé annuel, car il a été démontré que l'examen physique annuel ne permet pas de déceler les maladies cachées chez les personnes en santé. Si le médecin estime qu'un examen médical est indiqué, comme dans le cas des patients ayant une maladie chronique, l'examen physique complet est toujours assuré par le RASO.

En raison de ses difficultés à limiter les coûts associés au modèle de paiement à l'acte, le Ministère a procédé en 2015 à une réduction générale des paiements faits aux médecins, ce qui n'est pas une façon idéale ou durable de limiter les coûts, comme nous l'indiquons dans la section suivante.

4.6.1 À défaut d'entente, le Ministère a réduit la rémunération des médecins de 4,45 % sans justification fondée sur des données probantes

L'Entente sur les services de médecin entre le Ministère et l'OMA a expiré le 31 mars 2014; depuis, aucune entente n'est en place. Vu que les parties ne sont pas parvenues à s'entendre, mais que le Ministère jugeait nécessaire de limiter les coûts, il a procédé à une réduction générale des paiements faits aux médecins à deux occasions en 2015. Ces réductions s'ajoutaient à la réduction de 0,5 % convenue en avril 2013; les tarifs de la rémunération à l'acte ont ainsi été réduits au total de 4,45 %. Pour ce qui est des médecins touchant des paiements de plus d'un million de dollars, le Ministère voulait réduire la part excédant le premier million d'un autre 1 %. (L'annexe 1 présente un résumé des changements apportés aux tarifs depuis 2004.)

Toutefois, ces réductions générales ne reposaient sur aucune donnée probante et, dans certains cas, ont eu une incidence disproportionnée sur les médecins touchant une rémunération moins élevée que d'autres.

Selon la *Loi sur l'assurance-santé*, le Ministère est tenu de créer un comité chargé de fournir des

conseils et de formuler des recommandations opportunes et appropriées pour modifier le barème des tarifs et autres programmes de paiement, de manière à tenir compte des pratiques actuelles en médecine et à répondre aux besoins du système de soins de santé. Ce comité a également pour tâche de continuer d'assurer l'alignement des tarifs par rapport à l'innovation, à l'accès, à l'intégration et à la compétitivité. Par exemple, il y a 10 ans, la chirurgie de la cataracte prenait environ une heure et coûtait 516 \$. De nos jours, grâce aux progrès technologiques, cette procédure est beaucoup plus facile à effectuer et ne prend que 15 minutes. Les honoraires ont donc été ramenés à 442 \$ en septembre 2011, par suite d'un examen du comité.

Nous avons noté que le Comité de paiement des services médicaux (le Comité) a été établi dans le cadre de l'Entente de 2004 sur les services de médecin et qu'il a rempli sa fonction jusqu'au 31 mars 2014, date d'expiration de la plus récente entente. En l'absence d'entente entre le Ministère et l'OMA, la collaboration nécessaire au processus d'ajustement des tarifs est limitée.

La majorité des médecins ayant répondu à notre sondage (soit 83 %) étaient d'avis que le processus de négociation en cours entre le Ministère et l'OMA n'est ni productif ni viable. Seule une faible proportion des médecins, soit 7 %, était d'avis contraire, tandis que les 10 % restants ne savaient pas ou n'avaient pas d'opinion. Plusieurs médecins ont précisé que le processus de négociation en cours devait être plus équilibré et non unilatéral.

Un grand nombre de médecins qui ont répondu à notre sondage ont souligné que ce sont les besoins des patients qui déterminent le coût des soins de santé. Plusieurs médecins ont suggéré que la responsabilisation des patients permettrait d'éviter la prestation de services ou de procédures inutiles et la facturation en double.

RECOMMANDATION 11

Afin de veiller à ce que les tarifs du barème des prestations tiennent compte des pratiques

actuelles en médecine et des besoins du système de soins de santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- rétablir le Comité de paiement des services médicaux, pour effectuer des examens périodiques des honoraires des médecins et fournir des conseils sur la révision des tarifs, fondés sur des données probantes;
- évaluer l'incidence des progrès technologiques sur la durée des traitements, en vue de l'ajustement éventuel des codes d'acte.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et est disposé à effectuer un examen des honoraires des médecins et à évaluer l'incidence des progrès technologiques sur la durée des traitements. L'établissement du Comité de paiement des services médicaux (organisme bilatéral composé de représentants de l'OMA et du Ministère) était prévu par les ententes sur les services de médecin de 2004 et de 2008. Le Ministère est prêt à travailler avec l'OMA à la révision du barème des prestations.

4.7 Le Ministère a récemment pris des mesures face à la hausse considérable du nombre de services d'échocardiographie facturés

Le coût total des services d'échographie cardiaque (aussi appelée échocardiographie) prescrits chez les patients ontariens a augmenté de 19 %, passant de 170 millions dollars en 2009-2010 (pour environ trois millions de procédures) à 202 millions de dollars en 2014-2015 (pour environ 3,6 millions de procédures). En juin 2016, l'Ontario Association of Cardiologists a adressé une lettre ouverte à la vérificatrice générale au sujet de ses préoccupations relatives aux dépenses en soins cardiaques (la lettre figure à l'annexe 3). Nous avons rencontré des

représentants de cette association afin de mieux comprendre leurs préoccupations.

4.7.1 Les paiements en double des tests par électrocardiogramme ambulatoire ne sont pas recouverts

Voici la **première préoccupation** de l'Association des cardiologues :

[Traduction]

1. « Nous croyons que certains tests par électrocardiogramme ambulatoire ont été, et sont toujours, surfacturés au RASO. On en règle le coût depuis des années sans poser de question, et ils coûtent des millions de dollars au système. Cette pratique continue en dépit du fait que les cardiologues aient pressé le Ministère d'y mettre fin dès juillet 2015. L'inaction du gouvernement à cet égard favorise la prolifération de ces pratiques de facturation inappropriées, ce qui augmente inutilement le coût des soins cardiaques tout en minant leur qualité. »

Il ressort des discussions que nous avons eues avec les représentants de l'Association des cardiologues que leur préoccupation portait en particulier sur la facturation en double d'un test par électrocardiogramme ambulatoire; essentiellement, les médecins étaient payés deux fois pour le même test. Nous avons donné suite à cette préoccupation et avons constaté que le Ministère, qui savait depuis octobre 2014 qu'il payait les médecins en double pour ce test, avait pris des mesures pour régler le problème avant notre audit. Le Ministère n'avait toutefois pas l'intention de recouvrer les sommes versées en trop, comme le montre l'exposé suivant :

- En octobre 2014, le Ministère a pris connaissance de demandes de paiement inappropriées portant sur deux tests de mesure du rythme cardiaque. Le Ministère a déterminé qu'environ 70 médecins avaient reçu à cet égard des paiements en trop d'au moins 3,2 millions de dollars entre avril 2012 et mai 2015. Toutefois, au moment de notre

audit, le Ministère n'avait pas l'intention de recouvrer cette somme payée en double.

- Le Ministère a indiqué que la facturation inappropriée était orchestrée par une société tierce appartenant à des personnes autres que des médecins. Cette société, propriétaire et fournisseur de la technologie servant à administrer les tests, utilisait les numéros de facturation au RASO des médecins pour facturer les services en leur nom, puis leur versait une partie des sommes reçues. (La technologie de pointe dont cette société tierce est propriétaire permet d'administrer le test et de contrôler les résultats même à partir du domicile des patients, ce qui facilite grandement la procédure.)
- À la demande du Ministère, la société a mis fin à cette pratique de facturation. En février 2016, le Ministère a apporté des changements à ses règles de facturation afin d'éviter le paiement en double de ces tests. Nous avons effectué d'autres analyses après l'entrée en vigueur des nouvelles règles et avons constaté que les paiements en double avaient pris fin.
- Le Ministère a envoyé un bulletin du RASO aux médecins en août 2015 pour leur rappeler qu'il leur incombe de s'enquérir des services du RASO qui sont facturés en leur nom.

4.7.2 Les services d'échocardiographie fournis par les laboratoires commerciaux doivent être mieux surveillés

Voici la deuxième préoccupation de l'Association de cardiologues :

[Traduction]

2. « En octobre 2015, le Ministère a décidé unilatéralement de supprimer l'exigence de longue date voulant qu'un médecin qualifié soit présent pendant la prestation de services d'échocardiographie. Comme c'était prévisible, cette décision a permis aux laboratoires commerciaux d'accroître leurs bénéfices très rapidement.

Les services offerts dans ces laboratoires sont effectués sans qu'un médecin soit présent, et leur utilité n'est pas mise en cause. Pire encore, la décision du Ministère a donné naissance à une multitude de nouveaux intérêts commerciaux dont l'unique but est d'accroître l'utilisation et de maximiser les bénéfices, ce qui exerce davantage de pression sur le budget limité des soins de santé de la province. »

L'Association des cardiologues a mis en doute la décision unilatérale du Ministère de modifier le tarif des services d'échocardiographie de sorte que la même somme soit payée, que la procédure soit administrée par un médecin sur place ou sous la surveillance à distance d'un médecin. Ses objections avaient trait au fait que la décision a été prise sans consultation des cardiologues. L'Association des cardiologues a soulevé deux préoccupations :

- la décision a fait gonfler les bénéfices des laboratoires commerciaux;
- ces installations fournissent les services sans se soucier de l'utilité des tests.

Nous avons demandé la raison de ce changement au Ministère et avons obtenu la réponse suivante :

- Le Ministère a souligné que le changement était nécessaire, compte tenu des progrès réalisés sur le plan de la technologie et de l'accès à distance. Il y a 10 ans, les moyens technologiques, tels que la vidéoconférence, n'étaient pas largement utilisés, et la présence d'un médecin dans un laboratoire était requise pour assurer le bon déroulement des services d'échocardiographie. Les technologies de communication à distance étant désormais couramment disponibles, la présence d'un médecin pourrait ne pas toujours être nécessaire pour assurer la prestation des services. Cela est particulièrement vrai dans les régions éloignées, où les déplacements sur des longues distances sont une préoccupation.
- Le Ministère a insisté sur le fait que la surveillance d'un médecin, même à distance, est toujours nécessaire pour respecter les

normes en matière de prestation de services d'échocardiographie. Le médecin superviseur devrait toujours être à proximité au cas où le médecin sur place doive se rendre auprès d'un patient.

Nous avons toutefois remarqué que le Ministère n'avait pas consulté les cardiologues de façon adéquate avant de prendre sa décision et que le changement accroît effectivement le risque que des services d'échocardiographie soient administrés dans des laboratoires commerciaux sans qu'un cardiologue soit présent.

Le niveau de bénéfices des laboratoires commerciaux

En ce qui a trait à la préoccupation de l'Association des cardiologues relativement à l'accroissement des bénéfices des laboratoires commerciaux, nous avons examiné les données de facturation des services d'échocardiographie fournis entre le 1^{er} octobre 2015 (date d'entrée en vigueur de la modification de l'exigence) et le 31 mars 2016 et avons comparé le volume des services fournis pendant la même période de six mois l'année précédente (soit du 1^{er} octobre 2014 au 31 mars 2015) pour déterminer si la modification apportée aux règles de facturation avait eu une incidence sur le nombre de services fournis. (Comme nous l'avons déjà mentionné, le Ministère a modifié les tarifs de sorte que la même somme soit payée, que la procédure soit administrée par un médecin sur place ou sous la surveillance à distance d'un médecin.)

Notre examen des données du Ministère a révélé que les sommes versées par le Ministère et le volume des services fournis ont augmenté de façon minime, soit de moins de 0,1 %. Néanmoins, nous croyons que le Ministère devrait continuer de surveiller le volume de ces services afin de s'assurer que les services sont médicalement nécessaires et qu'ils sont effectués sous une supervision appropriée.

Quant à la question de savoir si la modification apportée en octobre 2015 a donné lieu à

l'ouverture d'un plus grand nombre de laboratoires, le Ministère ne dispose pas d'informations complètes à cet égard. En effet, il ne sait pas combien de laboratoires existaient à l'époque, ni lesquels étaient exploités par des médecins par opposition à des sociétés commerciales. En l'absence de cette information, le Ministère n'est pas en mesure de déterminer combien des quelque 500 laboratoires qui existent maintenant étaient exploités avant la modification de l'exigence, ni combien ont été établis par suite de la modification. Le Ministère finance le Réseau des soins cardiaques (le Réseau), qui appuie les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les hôpitaux et d'autres fournisseurs de soins dans leurs efforts pour améliorer la qualité, l'efficacité, l'accès et l'équité de la prestation du continuum de services cardiovasculaires en Ontario. Depuis avril 2016, les laboratoires qui offrent des services d'échocardiographie sont tenus d'être inscrits auprès du nouveau programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie avant de recevoir des paiements du RASO.

L'utilisation appropriée des tests d'échographie cardiaque

En ce qui a trait à la préoccupation de l'Association de cardiologues relativement à l'utilisation appropriée des tests d'échographie cardiaque, nous avons remarqué que le Ministère n'est pas en mesure de déterminer si les installations respectent les normes, et qu'il ne sera pas en mesure de le faire tant que le nouveau programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie géré par le Réseau n'aura pas été jugé utile pour assurer la surveillance de ces services.

Étant donné que ce programme vient tout juste d'être lancé, au moment de notre audit, le Ministère n'était pas en mesure de déterminer son efficacité à prévenir l'utilisation inappropriée de l'échocardiographie. Notons que ce programme ne s'applique pas à d'autres tests cardiaques préopératoires, tels que les épreuves à l'effort, les radiographies

pulmonaires, les tests de fonction pulmonaire et l'imagerie nucléaire, comme il est indiqué dans la section suivante.

4.7.3 Tests de dépistage cardiaque préopératoires inutiles

Au moment de la publication de la lettre ouverte de l'Association des cardiologues à la vérificatrice générale, nous avons déjà analysé les volumes et tendances en matière de facturation des soins cardiaques, et avons constaté que les efforts du Ministère pour contrôler le nombre de tests de dépistage cardiaque préopératoires avaient connu un succès mitigé.

Les tests de dépistage cardiaque préopératoires (comme l'échocardiographie, les échocardiogrammes, les épreuves à l'effort, les radiographies pulmonaires, les tests de fonction pulmonaire et l'imagerie nucléaire) sont administrés avant une chirurgie dans le but de vérifier si le patient est susceptible de présenter des troubles cardiaques pendant l'intervention et l'anesthésie. Or, il ressort de recherches médicales fondées sur des données probantes que les tests de dépistage cardiaque de routine administrés à des patients avant une chirurgie à faible risque n'améliorent pas les résultats de la chirurgie. Aussi, est-il recommandé dans le cadre de la campagne Choisir avec soin Canada d'éviter d'administrer des tests de dépistage cardiaque préopératoires de routine avant une chirurgie à faible risque.

En 2012, les tests de dépistage cardiaque préopératoires ont été identifiés par le Ministère comme une source d'économies potentielles. Le Ministère avait prévu de réaliser à ce chapitre des économies de 43,7 millions de dollars en 2013-2014 en réduisant le nombre de tests de dépistage cardiaque inutiles administrés à des patients devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque de faible à moyen risque. Les économies réelles ont été de 700 000 \$, soit 43 millions de dollars de moins que l'objectif, et ont été réalisées grâce à la sensibilisation accrue des médecins à la

surutilisation de ces tests. Par la suite, le Ministère a déterminé que, pour le seul exercice 2014-2015, environ 35 millions de dollars avaient été versés aux médecins pour près de 1,15 million de tests de dépistage cardiaque administrés avant une chirurgie à faible risque qui n'étaient peut-être pas médicalement nécessaires.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario vient tout juste de lancer le programme d'amélioration de la qualité des services échocardiographie en vue d'évaluer la qualité des échocardiogrammes administrés dans les installations. Au moment de notre audit, le Ministère n'était pas encore en mesure de déterminer l'efficacité du nouveau programme, rendu obligatoire en avril 2016, à prévenir l'utilisation inappropriée de l'échocardiographie.

RECOMMANDATION 12

Afin de renforcer la surveillance de l'utilisation des services d'échographie cardiaque, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit travailler avec l'Ontario Association of Cardiologists et le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario pour :

- évaluer l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie qui a été mis sur pied par le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario pour prévenir l'utilisation inappropriée des services d'échographie cardiaque;
- contrôler l'utilisation des services d'échographie cardiaque dans les installations, telles que les laboratoires exploités par des personnes autres que des médecins, et prendre des mesures correctives en cas d'anomalies;
- recouvrer les paiements en trop de 3,2 millions de dollars faits aux médecins par suite de la facturation inappropriée de tests de mesure du rythme cardiaque.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille cette recommandation favorablement et évaluera l'efficacité du processus d'accréditation en collaboration avec le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario et des organisations professionnelles. Il continuera de surveiller l'utilisation des services d'échographie cardiaque (ou échocardiogrammes) et prendra les mesures qui s'imposent s'il constate des anomalies.

En collaboration avec l'Ontario Association of Cardiologists et le Réseau des soins cardiaques, le Ministère évaluera l'incidence du programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie sur les efforts pour s'assurer que ces services sont fournis selon des normes de qualité fondées sur les pratiques exemplaires et que les patients ontariens reçoivent des soins sécuritaires et appropriés.

Le Ministre reconnaît le bien-fondé de la troisième recommandation, mais n'a pas le pouvoir de recouvrer directement les 3,2 millions de dollars. Le processus de recouvrement en vigueur, qui est assujéti aux conditions prévues par la *Loi sur l'assurance-santé*, est décrit à la **figure 18** (Processus d'examen de la facturation à l'acte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée). Le Ministère examinera les options qui s'offrent à lui en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* et déterminera la marche à suivre pour donner suite à cette recommandation.

4.8 Les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle sont en hausse

4.8.1 Depuis 2013, les contribuables ont payé 567 millions de dollars au titre du coût croissant de l'assurance responsabilité professionnelle

Au cours des dernières années, les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins

ont augmenté de façon marquée – et ils continuent d’augmenter. Cette importante hausse de coûts a été assumée par le Ministère et les contribuables.

L’Association canadienne de protection médicale offre conseils et défense juridiques aux médecins qui font face à des problèmes médico-légaux découlant de leur travail. En outre, elle indemnise les patients et leur famille lésés en raison de négligence dans les soins. Parmi les types de problèmes médico-légaux pour lesquels cette association prête assistance mentionnons les poursuites au civil pour négligence; les plaintes du Collège des médecins et chirurgiens de l’Ontario ou d’hôpitaux; les vérifications ou enquêtes du Ministère en matière de facturation; les plaintes concernant les droits de la personne; les poursuites au criminel liées à la pratique de la médecine; et les enquêtes du coroner. Contrairement aux États-Unis, où les médecins assument le coût de leur assurance responsabilité professionnelle, toutes les provinces, dont l’Ontario, remboursent une partie de ce coût aux médecins. Les modalités de remboursement sont négociées par le ministère provincial compétent et l’association médicale provinciale, en remplacement d’autres formes de rémunération pour le travail clinique.

Les coûts de l’assurance responsabilité professionnelle fluctuent depuis 2010, quoique la tendance soit nettement à la hausse. Entre 2010 et 2012, les frais d’adhésion ont diminué de 69 %, passant de 117 millions de dollars à 36 millions de dollars, puis ont augmenté radicalement. En 2015, ils s’élevaient à 284,2 millions de dollars, soit presque huit fois le niveau de 2012. Les frais d’adhésion à l’Association canadienne de protection médicale applicables à l’Ontario pour 2017 seront d’environ 380 millions dollars. La **figure 20** montre les récentes fluctuations ainsi que la ventilation de la part des frais assumée par le Ministère et les médecins.

Les contributions du Ministère ont fluctué, passant de zéro en 2012 à environ 329 millions de dollars en 2016. Nous avons remarqué que le Ministère s’est prévalu, en 2012, d’une disposition de l’entente conclue avec l’OMA et l’Association

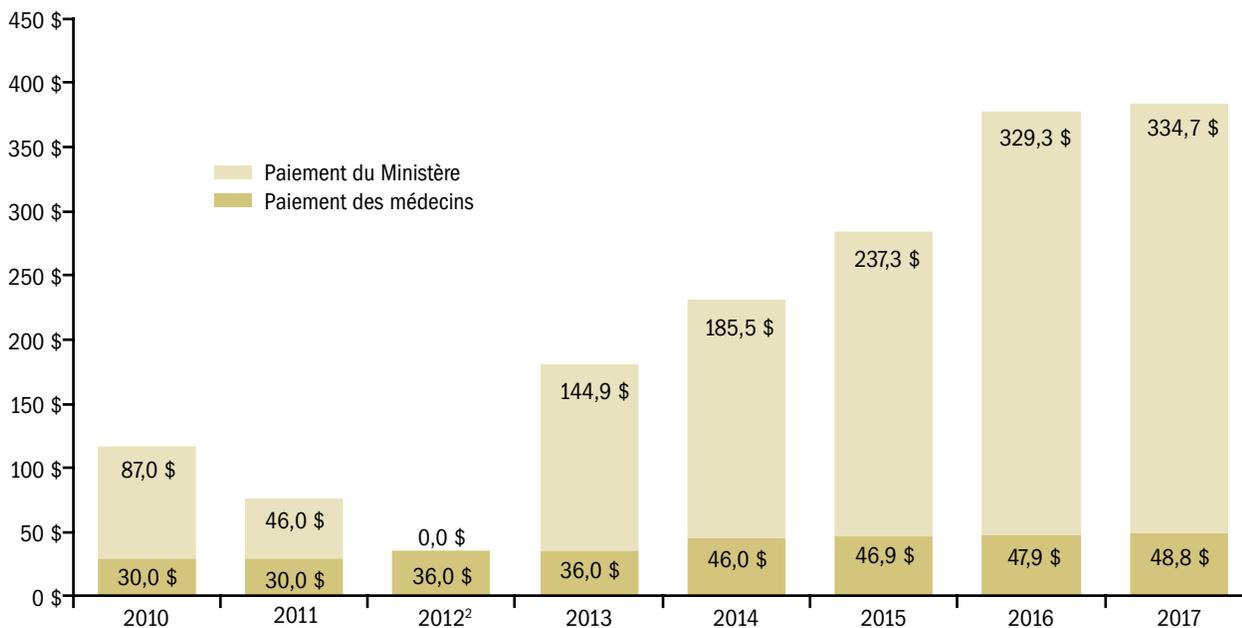
canadienne de protection médicale, qui permet d’appliquer une part importante de tout surplus temporaire en réduction des frais d’adhésion annuels de l’année. Les frais d’adhésion totaux ont toutefois augmenté par la suite en raison du déficit de financement qui a résulté de cette opération et des coûts croissants de l’assurance responsabilité professionnelle déclarés par l’Association canadienne de protection médicale. (La hausse des coûts de l’assurance responsabilité professionnelle s’explique également par la hausse des frais juridiques pour la défense des médecins et l’indemnisation des patients.) La part des frais d’adhésion assumée par le Ministère s’est accrue et l’on s’attend à ce qu’elle atteigne 335 millions de dollars en 2017, ce qui correspond à 87 % du total des frais d’adhésion.

En revanche, la part des médecins demeure relativement stable car, depuis 20 ans, la somme qu’ils ont à payer est prévue par les ententes sur les services de médecin. Étant donné que la part restante est payée par le Ministère, les coûts liés à la hausse des frais d’adhésion sont entièrement assumés par la province.

L’Ontario n’est pas la seule province qui rembourse les coûts de l’assurance responsabilité professionnelle – toutes les autres provinces ont mis en place un système semblable. La part des frais d’adhésion assumée par les autres provinces n’est pas rendue publique. Toutefois, selon notre analyse de l’information disponible, l’Alberta et la Saskatchewan assument chacune plus de 85 % des frais d’adhésion, ce qui est comparable à la part assumée par l’Ontario. Nous avons constaté par ailleurs que la somme que l’Ontario consacre aux coûts de l’assurance responsabilité professionnelle, soit environ 8 400 \$ par médecin en 2015-2016, est de 50 % plus élevée que celle que dépense l’Alberta (5 600 \$ par médecin) et près du double de celle que dépense la Colombie-Britannique (4 400 \$ par médecin). Cette différence s’explique par le coût plus élevé de l’assurance responsabilité professionnelle en Ontario. La Colombie-Britannique et la Saskatchewan sont les seules provinces qui limitent les fonds totaux que le gouvernement consacre aux coûts de l’assurance,

Figure 20: Paiements d'assurance responsabilité professionnelle des médecins ontariens et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée¹ (en millions de dollars)

Sources des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée; Association canadienne de protection médicale



1. La répartition des paiements entre les médecins et le Ministère est prévue dans un protocole d'entente tripartite entre le Ministère, l'OMA et l'Association canadienne de protection médicale, ainsi que dans l'Entente sur les services de médecin pour les années 2010 à 2013 et l'Entente de 2012 sur les services de médecin pour les années subséquentes.
2. La part du Ministère est nulle en 2012 parce que l'Association canadienne de protection médicale a utilisé le surplus temporaire de ses réserves pour réduire ses frais d'adhésion annuels; les frais d'adhésion de 36 millions de dollars ont été acquittés entièrement par les médecins.

car l'entente qu'elles ont conclue avec les médecins précise que ceux-ci doivent assumer une partie des hausses continues des coûts de l'assurance responsabilité professionnelle.

La vaste majorité des médecins ayant répondu à notre sondage, soit 90 %, ont indiqué que le Ministère devrait continuer d'assumer une grande part des coûts de l'assurance responsabilité professionnelle; les 10 % restants étaient d'avis contraire.

4.8.2 Un effort conjoint entre le Ministère, l'OMA et l'Association canadienne de protection médicale pour contrôler le coût croissant de l'assurance responsabilité professionnelle n'a que trop tardé

Le Ministère, l'Ontario Medical Association et l'Association canadienne de protection médicale doivent faire un examen conjoint du contexte juridique entourant la hausse importante des ten-

dances en matière de fautes médicales. Cet examen aurait dû être fait il y a longtemps.

Si les coûts croissants de l'assurance responsabilité professionnelle sont un problème depuis les années 1980, au moment de notre audit, ni le Ministère ni l'Ontario Medical Association n'avaient pris les mesures nécessaires pour les limiter. Dès 1988, un avocat nommé par le Ministère avait indiqué qu'un examen responsable et efficace des questions législatives liées aux tendances en matière de fautes médicales était depuis longtemps nécessaire, et que ce retard entraînait d'importants coûts pour le public. Toutefois, en 1995, le rapport d'un consultant tiers engagé par l'Association canadienne de protection médicale pour examiner ses activités dans un contexte où le Ministère envisageait de mettre fin à sa contribution, préconisait le maintien du statu quo. Le Ministère a donc continué d'assumer les importantes hausses de coûts qui ont suivi.

Lors de la négociation des ententes sur les services de médecin de 1997 et de 2000, le Ministère et l'Ontario Medical Association ont reconnu l'urgent besoin d'examiner toutes les options offertes au titre de l'assurance responsabilité professionnelle. Les deux parties ont convenu de l'importance de trouver d'autres moyens de protection et d'envisager la réforme du droit en matière de faute professionnelle (par exemple, limiter les procédures liées au dépôt des plaintes et plafonner les indemnités). Des questions semblables, de même que la nécessité d'apporter des réformes juridiques, ont été examinées lors de la négociation des ententes sur les services de médecin de 2004, de 2009 et de 2012. Les représentants du Ministère et de l'Ontario Medical Association ont cependant confirmé que les négociations de 2012 n'ont pas porté sur les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle.

Néanmoins, en mars 2016, le Ministère a confié à un consultant tiers le mandat d'effectuer un examen de la question et de formuler des recommandations sur les moyens de réduire les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle, d'accroître l'efficacité du système de justice civile en ce qui a trait à la responsabilité médicale, et de s'assurer que les patients-plaignants dans les affaires de faute professionnelle reçoivent une indemnisation appropriée dans un délai raisonnable. Le rapport provisoire et les recommandations devraient être présentés au Ministère le 1^{er} décembre 2016 et le rapport final, le 15 janvier 2017. Entretemps, les frais d'adhésion à l'Association canadienne de protection médicale sont plus élevés en Ontario que dans toute autre province. Par exemple, la cotisation annuelle d'un obstétricien s'élève à 72 500 \$ en Ontario, comparativement à 55 100 \$ en Colombie-Britannique et en Alberta, à 34 200 \$ au Québec et à 27 700 \$ dans les autres provinces et les territoires. La **figure 21** montre la ventilation des frais d'adhésion à l'Association canadienne de protection médicale selon la région et le type de travail.

RECOMMANDATION 13

Afin de limiter la hausse des coûts de l'assurance responsabilité professionnelle, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit examiner, en collaboration avec l'Association canadienne de protection médicale et l'Ontario Medical Association, les recommandations du rapport du consultant tiers dès son dépôt au début de 2017, et prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire le fardeau des coûts pour les contribuables.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille cette recommandation favorablement et est impatient de prendre connaissance du rapport du consultant tiers et de ses recommandations sur les moyens de réduire le coût de l'assurance responsabilité professionnelle en Ontario. En collaboration avec l'Association canadienne de protection médicale, l'OMA et d'autres intervenants, le Ministère examinera les recommandations du rapport et prendra les mesures nécessaires pour réduire le coût de l'assurance responsabilité professionnelle tout en s'assurant que les patients reçoivent des indemnisations appropriées en temps opportun et que les processus à l'endroit des établissements et fournisseurs de soins de santé sont justes.

4.8.3 Le règlement par le Ministère des frais juridiques des médecins lors d'enquêtes sur les pratiques de facturation pourrait créer des conflits d'intérêts

Lorsque le Ministère examine la facturation des médecins et les prie de fournir les dossiers médicaux à l'appui de leurs demandes de paiement, il arrive que les médecins demandent à l'Association canadienne de protection médicale de les aider à justifier leurs pratiques de facturation et, dans les cas plus graves, de leur fournir un soutien juridique. Étant donné que la majeure partie des coûts

Figure 21: Frais d'adhésion annuels à l'Association canadienne de protection médicale selon la région et le type de travail, 2016

Source des données : Association canadienne de protection médicale

Type de travail ¹	Ontario (\$)	Colombie-Britannique et Alberta (\$)	Québec (\$)	Autres provinces et territoires (\$)
Médecine gériatrique	2 300	2 100	1 800	1 700
Oncologie médicale	3 000	2 100	2 300	1 800
Médecine familiale, excluant certains types de travail ²	4 400	3 600	1 900	2 100
Cardiologie	5 000	4 200	2 800	2 300
Pneumologie	5 000	4 200	2 800	2 300
Pathologie générale	7 700	5 300	5 100	4 200
Anesthésiologie	12 300	10 800	6 100	4 700
Médecine d'urgence	12 300	10 800	6 100	4 700
Chirurgie pédiatrique	19 500	18 400	12 300	8 900
Chirurgie vasculaire	19 500	18 400	12 300	8 900
Obstétrique	72 500	55 100	34 200	27 700

1. Cette liste n'est pas exhaustive. L'association canadienne de protection médicale assure plus de 60 types de travail.

2. Sont exclus l'anesthésie, l'obstétrique, le travail dans les services d'urgence et la chirurgie.

de l'assurance responsabilité professionnelle est assumée par le Ministère, nous estimons que cette pratique peut donner lieu à un conflit d'intérêts, car la perspective d'avoir à régler une partie des frais juridiques des médecins pourrait dissuader le Ministère d'enquêter. Le Ministère ne sait pas à quelle fréquence les médecins font appel aux avocats de l'Association canadienne de protection médicale lors des enquêtes sur les pratiques de facturation, ni ne connaît le montant de frais juridiques engagés.

Par exemple, pendant notre examen du processus de révision des pratiques de facturation des médecins, nous avons pris connaissance de lettres dans lesquelles les avocats de médecins répondaient directement au Ministère au nom de leurs clients. Nous n'avons pas été en mesure d'établir laquelle des deux parties avait réglé le coût de ces services juridiques, car le Ministère ne sait pas s'il s'agit d'avocats engagés par l'Association canadienne de protection médicale ou d'avocats engagés par les médecins, à leur frais. Il y a donc un risque qu'il s'agisse d'avocats engagés par l'Asso-

ciation canadienne de protection médicale, auquel cas leurs honoraires sont réglés à même les fonds publics.

RECOMMANDATION 14

Afin d'éviter de se retrouver en situation de conflit d'intérêts lorsqu'il enquête sur les pratiques de facturation des médecins, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec l'Association canadienne de protection médicale et l'Ontario Medical Association afin de s'assurer que les fonds publics ne servent pas à rembourser aux médecins les frais d'adhésion à verser à l'Association canadienne de protection médicale au titre des honoraires d'avocats que celle-ci engage pour aider les médecins à justifier leurs pratiques de facturation.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Il rembourse aux médecins une partie des frais

d'adhésion qu'ils versent à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), et les protocoles d'entente tripartites entre le Ministère, l'ACPM et l'OMA (y compris le plus récent) prévoient que toute augmentation de la part des frais assumée par le Ministère exclut les sommes liées aux procédures de défense dans le contexte d'un différend en matière de facturation entre un médecin ontarien et la province, ou d'une affaire criminelle mettant en cause un médecin ontarien. Compte tenu des recommandations du rapport du consultant tiers à venir en 2017, le Ministère examinera la question de savoir si les fonds publics servent à rembourser aux médecins les frais d'adhésion à l'ACPM liés à l'assistance que celle-ci offre dans le contexte d'une enquête sur les pratiques de facturation.

Annexe 1 : Résumé des changements de tarif découlant des ententes sur les services de médecin de 2004, 2008 et 2012, et autres réductions du 1^{er} avril 2014 jusqu'à ce jour

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

Entente de 2004 sur les services de médecin (en vigueur du 1 ^{er} avril 2004 au 31 mars 2008)			
2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Date	Du 1 ^{er} avril 2004 au 31 mars 2008 ¹	Du 1 ^{er} avril 2005 au 31 mars 2008 ¹	s.o.
Changement d'application	Aucun changement		
Changement	Aucun changement		
	Hausse de 2,5 % des honoraires des médecins de famille		
	Hausse de 1 % des frais techniques		
	Hausse de 2 % des honoraires des spécialistes		
	Hausse ciblée de plus de 600 codes d'acte du barème des prestations		
	Aucun changement		
Entente de 2008 sur les services de médecin (en vigueur du 1 ^{er} avril 2008 au 31 mars 2012)			
2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Date	Du 1 ^{er} octobre 2008 et 30 septembre 2009 ¹	1 ^{er} octobre 2009	1 ^{er} octobre 2010
Changement d'application	Aucun changement		
Changement	Aucun changement		
	Hausse globale de 3 % des honoraires de tous les médecins		
	Hausse ciblée de 5 % ²		
	Hausse ciblée de 3 % ²		
	Hausse ciblée de 4,25 % ²		
Entente de 2012 sur les services de médecin (en vigueur du 1 ^{er} octobre 2012 au 31 mars 2014)			
2012-2013	2013-2014	Aucune entente entre le 1 ^{er} avril 2012 et le 30 septembre 2012	
Date	1 ^{er} avril 2013	Aucune entente entre le 1 ^{er} avril 2012 et le 30 septembre 2012	
Changement d'application	Aucun changement		
Changement	Aucun changement		
	Baisse globale de 0,5 % des honoraires de tous les médecins		
	Baisse globale de 2,65 % des honoraires de tous les médecins		
	Baisse ciblée de plus de 200 codes d'acte du barème des prestations		
	Baisse de 1 % de la part des honoraires professionnels facturés excédant un million de dollars		
Réductions de tarif par le Ministère — du 1 ^{er} avril 2014 jusqu'à ce jour			
2014-2015	2015-2016	2016-2017	
Date	1 ^{er} février 2015 et 1 ^{er} juin 2015	1 ^{er} octobre 2015	À déterminer ³
Changement d'application	Aucun changement		
Changement	Aucun changement		
	Baisse globale de 2,65 % des honoraires de tous les médecins		
	Baisse globale de 1,3 % des paiements à l'acte		
	Baisse ciblée de plus de 200 codes d'acte du barème des prestations		
	Baisse de 1 % de la part des honoraires professionnels facturés excédant un million de dollars		

1. Ce changement ne s'est appliqué qu'à la période indiquée. À la fin de la période, les tarifs sont revenus au niveau initial.

2. La « hausse ciblée » ne visait que certains codes d'acte du barème des prestations pour les services de médecin, conformément à la recommandation du Comité de paiement des services médicaux. Les sommes attribuées à chaque section clinique figurent à la section 3 de l'Entente de 2008 sur les services de médecin.

3. Ce changement n'avait pas été mis en oeuvre au moment de notre audit.

Annexe 2 : Modes de rémunération des médecins dans diverses administrations

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Avantages	Inconvénients	Exemples et prévalence
<p>Paiement à l'acte : Le médecin est rémunéré selon le type et le nombre de services qu'il fournit aux patients (p. ex. examen physique, consultation, chirurgie). Des honoraires précis s'appliquent à chaque service.</p>		
<p>Point de vue du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient n'a pas à s'inscrire auprès d'un médecin en particulier 	<ul style="list-style-type: none"> Peut accroître la probabilité que des tests soient prescrits inutilement aux patients Incite à augmenter le volume de services, ce qui peut réduire la qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisé partout au monde, y compris dans l'ensemble des provinces canadiennes et aux États-Unis
<p>Point de vue du fournisseur de services</p> <ul style="list-style-type: none"> Permet au médecin de gérer sa facturation et de prévoir son revenu, ce qui favorise l'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun incitatif monétaire pour encourager le médecin à poursuivre une formation médicale continue ou à améliorer la qualité des soins 	
<p>Point de vue de l'administrateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Fournit à l'administrateur des données importantes concernant les taux d'utilisation des services, ce qui facilite la planification et la prise de décisions 	<ul style="list-style-type: none"> Peut accroître la probabilité que des tests soient prescrits inutilement, ce qui mène au surtraitement et à des coûts plus élevés Ne permet pas d'établir un budget prévisible 	
<p>Paiement par capitation (médecins de famille) : Le médecin est rémunéré en fonction du nombre de patients inscrits pour la prestation d'un éventail de services. Il reçoit pour chaque patient inscrit un paiement annuel déterminé en fonction de facteurs tels que l'âge et le sexe.</p>		
<p>Point de vue du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le médecin se concentre sur les résultats pour les patients plutôt que sur le volume de services 	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin pourrait ne pas inscrire des patients ayant de grands besoins, notamment dans le cas où les paiements ne sont pas ajustés en fonction de la complexité des besoins des patients et du nombre de problèmes de santé qu'ils présentent 	<ul style="list-style-type: none"> Les modèles de soins primaires en vigueur en Ontario, au Québec, en Colombie-Britannique et en Alberta permettent de rémunérer les médecins de famille selon le mode de paiement par capitation Aux États-Unis, le régime d'assurance-santé repose principalement sur le paiement à l'acte, mais passe graduellement à un système fondé sur le paiement par capitation
<p>Point de vue du fournisseur de services</p> <ul style="list-style-type: none"> Le médecin peut consacrer plus de temps aux cas complexes 	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin doit respecter les modalités de son contrat avec l'administrateur 	
<p>Point de vue de l'administrateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Incite le médecin à contrôler les services fournis, ce qui réduit au minimum les tests inutiles et le surtraitement Permet de mieux prévoir le budget 	<ul style="list-style-type: none"> Les données sur les types de services fournis pourraient être incomplètes si le médecin ne déclare pas tous les services qu'il fournit 	

Avantages	Inconvénients	Exemples et prévalence
Autres modes de paiement : Le médecin signe un contrat avec le Ministère, selon lequel il s'engage à fournir un ensemble de services. Ces plans de paiement sont tous différents les uns des autres et peuvent prévoir à la fois des paiements à l'acte, un salaire, des primes et d'autres incitatifs.		
<p>Point de vue du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Les patients dans les régions insuffisamment desservies profitent de meilleurs taux de recrutement et de maintien en poste des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun inconvénient direct constaté 	<ul style="list-style-type: none"> En Ontario, ces plans de paiement visent à encourager les médecins à offrir certains services, comme des services d'enseignement (y compris la formation de nouveaux médecins et la recherche), et à travailler dans les services d'urgence et les régions éloignées
<p>Point de vue du fournisseur de services</p> <ul style="list-style-type: none"> Accroît la prévisibilité du revenu et favorise la stabilité des médecins Le médecin reçoit une rémunération pour assurer la formation des nouveaux médecins par suite d'une réduction des heures cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin doit respecter les modalités de son contrat avec l'administrateur 	<ul style="list-style-type: none"> L'Alberta et la Colombie-Britannique offrent des plans de paiement semblables
<p>Point de vue de l'administrateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Les plans peuvent être conçus de façon à tenir compte des besoins changeants en matière de soins de santé Peut permettre d'accroître le taux de recrutement et de maintien en poste des médecins dans les régions insuffisamment desservies ou dans les sous-spécialisations requises (p. ex. la pédiatrie et la gériatrie) 	<ul style="list-style-type: none"> Les données sur les types de services fournis pourraient être incomplètes si le médecin ne déclare pas tous les services qu'il fournit 	
Médecin salarié : Le médecin reçoit un salaire d'une organisation dont il est un employé.		
<p>Point de vue du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faible risque de prescription de procédures inutiles, car le médecin n'a pas d'incitation à augmenter le volume des services 	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins ontariens qui pratiquent dans les centres de santé communautaire sont salariés, étant des employés de l'organisation
<p>Point de vue du fournisseur de services</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucun frais généraux Le médecin est en mesure de participer à des activités de perfectionnement professionnel continu 	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin doit respecter les modalités de son contrat d'emploi avec l'administrateur 	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins au service de Kaiser Permanente aux États-Unis La majorité des médecins de famille en Suède
<p>Point de vue de l'administrateur</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bailleur de fonds est en mesure de gérer le budget Favorise les gains d'efficacité grâce à la présence d'autres professionnels de la santé dans un milieu de travail multidisciplinaire Les médecins qui demeurent en poste sont récompensés par des hausses salariales 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable des frais généraux, de la dotation des postes, du régime de retraite, des congés annuels et d'autres avantages sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> Les spécialistes au Royaume-Uni

Avantages

Inconvénients

Exemples et prévalence

Rémunération au rendement : Le médecin reçoit des paiements pour avoir atteint certains objectifs de rendement.

Point de vue du patient	<ul style="list-style-type: none"> Améliore les résultats pour les patients, tant que la rémunération des médecins est liée à des mesures favorisant la qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin peut choisir de traiter les médecins dont l'état de santé est susceptible de s'améliorer 	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins de famille au Royaume-Uni La Californie offre le programme de rémunération au rendement le plus important des États-Unis
Point de vue du fournisseur de services	<ul style="list-style-type: none"> La rémunération des médecins repose sur un système de points, pouvant prévoir des critères tels que les résultats pour les patients, l'accès aux soins, le temps consacré aux patients, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut miner les efforts du médecin pour se soucier du patient d'abord si les points ne sont pas fondés sur des résultats appropriés pour les patients Des facteurs incontrôlables, tels que la manque de volonté du patient d'améliorer son état de santé, peuvent pénaliser le médecin 	<ul style="list-style-type: none"> Le régime d'assurance-santé aux États-Unis
Point de vue de l'administrateur	<ul style="list-style-type: none"> Le bailleur de fonds optimise les paiements qu'il fait aux médecins 	<ul style="list-style-type: none"> Le système de points repose sur les données déclarées par les médecins La collecte de données sur les résultats pourrait s'avérer onéreuse 	

Annexe 3

Lettre ouverte de l'Ontario Association of Cardiologists :



An Open Letter to the Auditor General of Ontario

Re: Ministry of Health and Long-Term Care Misuse of Public Resources

Bonnie Lysyk

CPA, CA, LPA, MBA
Auditor General of Ontario
20 Dundas Street West
Suite 1530
Toronto, ON M5G 2C2

June 7, 2016

Dear Ms. Lysyk,

The Ontario Association of Cardiologists (OAC) is calling on you, as the chief observer of provincial government fiscal accountability, to immediately undertake a review of the Wynne government's cardiac care spending, through the Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry), and to report on what we consider to be the serious misuse of public resources.

As physicians and taxpayers, we are turning to you as a measure of last resort, having exhausted all avenues of reasonable discourse with Ministry officials. Our message to these officials has been clear and consistent. The Ontario government's unilateral actions of 2012 and 2015 have resulted in a lower quality of care at higher cost and increased utilization. These actions threaten the long-term viability of the health care system.

We are asking you to examine two issues involving cardiac tests. These are the most glaring examples of poor management, having been left completely unregulated for decades, despite persistent calls by cardiologists to regulate them.

1. We believe that certain ambulatory cardiac rhythm monitoring tests were, and are being, inappropriately over-billed to OHIP. They have been paid for without question for a number of years, costing the system millions of dollars. This continues despite cardiologists' urging the Ministry in July 2015 to put a stop to this practice. The government's inactions have encouraged the proliferation of these inappropriate billings, wastefully increasing the cost of cardiac care while eroding its quality.
2. In October 2015, the Ministry unilaterally decided to waive the longstanding requirement for a qualified physician to be present during the performance of cardiac ultrasound services. Quite predictably, this action has boosted the profits of commercial labs almost overnight. These labs provide services without a physician being present, and without regard to the appropriateness of these tests. Worse still, this Ministry decision has unleashed a flurry of new commercial interests whose sole goal is to drive-up utilization and maximize profits, further burdening the limited provincial health care budget.

The people of Ontario need to be concerned that the Wynne government's mismanagement of health care is resulting in higher costs and lower quality care. We therefore request that you review these ill-conceived decisions that endanger lives and the sustainability of cardiac care in Ontario.

Respectfully,

James Swan, MD, F.R.C.P.(C) F.A.C.C.
President, Ontario Association of Cardiologists

c.c. Hon. Kathleen Wynne, Premier of Ontario
Mr. Patrick Brown, Leader, Official Opposition
Ms. Andrea Horwath, Leader, New Democratic Party of Ontario

Ontario Association of Cardiologists

34 Eglinton Ave. West, Suite 410
Toronto, ON M4R 2H6

Tel: 416-487-0054
Fax: 866-554-4347
Toll-Free: 877-504-1239

The Ontario Association of Cardiologists is a voluntary professional organization representing Ontario cardiologists. Our board and members work each day with the provincial government, the Ontario Medical Association and the Ministry of Health and Long-Term Care to advocate for the specialty of Cardiology, to maintain and improve the quality of cardiac care in Ontario.



ontarioheartdoctors.ca

Annexe 4 : Résultats du sondage sur la satisfaction des patients sélectionnés, octobre 2014–septembre 2015

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

Questions sélectionnées	Réponses des patients	
	Toujours/souvent (%)	Parfois/rarement/jamais (%)
Lorsque vous consultez votre fournisseur de soins ou une autre personne de son cabinet, est-il au fait de renseignements importants concernant vos antécédents médicaux?	84	16
Lorsque vous consultez votre fournisseur de soins ou une autre personne de son cabinet, vous offre-t-il l'occasion de poser des questions au sujet du traitement recommandé?	85	15
Lorsque vous consultez votre fournisseur de soins ou une autre personne de son cabinet, vous accorde-t-il suffisamment de temps?	82	18
Lorsque vous consultez votre fournisseur de soins ou une autre personne de son cabinet, vous fait-il participer aux décisions concernant vos soins?	86	14
Lorsque vous consultez votre fournisseur de soins ou une autre personne de son cabinet, vous explique-t-il les choses d'une façon qui soit facile à comprendre?	92	8

Note : Les renseignements recueillis au moyen du Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé aident le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à mieux comprendre les interactions des Ontariens avec le système de soins de santé. Ce sondage téléphonique est réalisé auprès d'un échantillon d'Ontariens âgés de 16 ans et plus. Les questions qu'on leur pose portent notamment sur leur expérience des soins primaires et l'intégration des spécialistes et des soins primaires. La présente annexe reproduit certaines questions concernant l'expérience des patients en matière de soins primaires.

Annexe 5 : Comparaison de certains résultats de sondage entre l'Ontario, les autres provinces canadiennes et d'autres pays développés, 2014

Source des données : Enquête internationale de 2014 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé

Questions sélectionnées	Comparaison canadienne		Comparaison internationale		
	Moyenne en Ontario (%)	Moyenne au Canada d'autres provinces canadiennes (%)	Moyenne du Fonds du Commonwealth* (%)	Le Canada par rapport à la moyenne du Fonds du Commonwealth du Commonwealth	L'Ontario par rapport à la moyenne du Fonds du Commonwealth
% des patients qui ont vu leur médecin de même jour ou le lendemain	44	41	62	11 ^e sur 11	Pire
% des patients qui sont d'avis qu'il est très difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux les soirs et les fins de semaine ou les jours fériés sans avoir à se rendre aux services d'urgence	47	51	29	11 ^e sur 11	Pire
% des patients qui se sont rendus aux services d'urgence pour un trouble qui aurait pu être traité par leur médecin habituel	39	37	28	10 ^e sur 11	Pire

* Le Fonds du Commonwealth a sondé 11 pays : l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis.