



LE VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

**RAPPORT
À L'ASSEMBLÉE NATIONALE
POUR L'ANNÉE 2000-2001
TOME I**

Chapitre

Services d'imagerie médicale

***Vérification menée auprès
du ministère de la Santé et des Services sociaux,
du Laboratoire de santé publique du Québec,
de régies régionales et d'établissements***



TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	5.1
VUE D'ENSEMBLE	5.15
OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION	5.33
RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION	
Organisation des services	5.40
Orientations et objectifs	5.43
Développement du secteur privé	5.50
Gestion des équipements	5.60
Planification	5.63
Parc d'équipements	5.71
Processus d'acquisition	5.88
Accessibilité aux services	5.93
Gestion des délais	5.95
Répartition des radiologistes	5.103
Gestion de la qualité des services	5.110
Normes de qualité	5.113
Contrôle des permis de radiologie	5.128
Détenion obligatoire du permis et conformité avec la loi	5.131
Information de gestion et reddition de comptes	5.140
Annexe – Objectifs de vérification et critères d'évaluation	

Les commentaires des entités apparaissent à la fin de ce chapitre.

Vérification menée par

Laurent Lapointe
Directeur de vérification

Michel Lambert
 Nafy Ngom Keita
 Francine Roy
 Sylvie Ste-Croix
 Jean Villeneuve

Sigles utilisés dans ce chapitre

ACR	Association canadienne des radiologistes	LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
ARQ	Association des radiologistes du Québec	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
CLSC	Centre local de services communautaires	PREM	Plan régional des effectifs médicaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
		SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec



FAITS SAILLANTS

- 5.1** L'imagerie médicale s'enrichit sans cesse d'innovations technologiques. Ces progrès, en plus d'avoir entraîné une augmentation du nombre d'actes médicaux au cours des dernières années, influencent tant la pratique que l'organisation des services. Au Québec, 146 établissements publics, principalement des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dispensent des services d'imagerie médicale. En parallèle, quelque 105 cliniques privées de radiologie diagnostique offrent également de tels services. Les coûts se rapportant aux services assurés par le gouvernement ont été de 358 millions de dollars en 1999-2000. Le lecteur notera que, dans le présent rapport, l'appellation « clinique privée » englobe celle de « cabinet ».
- 5.2** Nos travaux de vérification ont été menés auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), de quatre régies régionales et de huit établissements publics. L'organisation des services d'imagerie médicale, la gestion des équipements, l'accessibilité ainsi que la gestion de la qualité des services sont les principaux points qui ont retenu notre attention. Ces travaux se sont déroulés de septembre 2000 à février 2001 ; toutefois, certains commentaires portent sur des situations antérieures à cette période.
- 5.3** Nous avons noté que le ministère n'a pas de stratégie globale ni d'orientations qui lui permettent de coordonner les différents aspects des services d'imagerie médicale, notamment la gestion des équipements, l'accessibilité aux services, la répartition des effectifs médicaux, le développement du secteur privé ainsi que la gestion de la qualité.
- 5.4** Du côté des régies régionales, seules quelques-unes ont investi des efforts en ce qui a trait à l'organisation des services d'imagerie médicale de leur région, même si cette action figure dans la liste de leurs responsabilités.
- 5.5** Par ailleurs, le ministère tarde à statuer sur le rôle des cliniques privées et il ne tient pas compte de leurs activités dans l'organisation des services d'imagerie médicale, bien que plusieurs radiologistes travaillent dans ce type d'établissements et que plus du quart des examens assurés y sont effectués.
- 5.6** Le ministère n'a pas élaboré de planification relative à l'acquisition de tous les équipements d'imagerie médicale nécessaires en fonction des besoins. De plus, à l'instar de plusieurs régies régionales, il ne dispose pas d'un portrait complet du parc d'équipements pour orienter ses décisions en matière d'investissements. À défaut de projections à plus long terme fondées sur une analyse rigoureuse, le ministère en est réduit à s'appuyer principalement sur les résultats d'un exercice annuel mené par chacune des régies régionales pour arrêter la liste des équipements à acquérir. Rien ne garantit que les bonnes décisions sont prises et qu'elles le sont en temps opportun puisque les façons de faire actuelles ne correspondent pas à une démarche proactive.



- 5.7** Considérant les sommes investies annuellement pour l'acquisition d'équipements d'imagerie médicale, il faudrait compter plus de 30 ans pour renouveler le parc actuel, estimé à environ 600 millions de dollars. Or, le ministère évalue, selon le type d'équipements, que leurs durées de vie utile respectives oscillent entre 9 et 18 ans alors que l'Association canadienne des radiologistes (ACR) juge plutôt qu'elles sont de 6 à 10 ans. Ces données font ressortir que le risque de vétusté matérielle et technologique augmente. Dans le but de rétablir en partie la situation, un investissement ponctuel de 98 millions de dollars a été attribué par le MSSS au secteur de l'imagerie médicale au cours de l'année financière 2000-2001. Compte tenu des besoins du réseau, il est primordial que la répartition de ces investissements soit faite de façon judicieuse et qu'elle découle d'une planification bien établie.
- 5.8** D'autre part, nous avons constaté que les délais d'attente, pour un même examen, varient parfois de façon marquée d'une région à l'autre, allant d'un minimum de quelques jours à plusieurs mois. Nous avons également observé qu'il y a à l'occasion des écarts appréciables concernant les délais recensés dans les établissements publics d'une même région, voire dans les pavillons d'un établissement.
- 5.9** L'effectif total des radiologistes en poste dans les établissements publics est de 416 équivalents temps complet alors que les besoins identifiés sont de 506. Ainsi, certains radiologistes doivent travailler de manière parallèle dans plusieurs établissements publics, et même dans plusieurs régions, pour assurer la disponibilité des services.
- 5.10** Sans nous prononcer sur la qualité des examens diagnostiques d'imagerie médicale effectués au Québec, force est de constater que, selon les établissements, des appareils similaires ne sont pas assujettis aux mêmes normes de qualité. Tandis que le LSPQ est tenu de s'assurer que les entités du secteur privé respectent la réglementation, ni le ministère ni un organisme qu'il aurait mandaté pour ce faire ne veillent à ce que les établissements publics appliquent des normes de qualité et de sécurité.
- 5.11** Dans les établissements publics, des équipements non conformes aux normes de qualité reconnues sont susceptibles d'être utilisés sans qu'on détecte ni corrige rapidement leurs anomalies sur le plan de la radioprotection, d'où le risque que la production d'images ne reflète pas adéquatement la réalité ou que des personnes soient exposées à des doses de rayons X indues.
- 5.12** En outre, même s'il en a le mandat, le LSPQ n'effectue pas de visites d'inspection des cliniques privées: il se contente d'examiner les rapports d'inspection des médecins qu'on veut bien lui transmettre et de demander par la suite des preuves écrites démontrant que les problèmes ont été résolus. En agissant de la sorte, le LSPQ n'a pas l'assurance que tous les rapports produits lui sont acheminés ni que tous les équipements visés sont inspectés.



- 5.13** Les mesures mises en place par le ministère et le LSPQ pour vérifier que toutes les cliniques privées de radiologie possèdent un permis et qu'elles respectent la loi et le règlement en vigueur s'avèrent tantôt insuffisantes, tantôt inadéquates. Malgré les gestes successifs pour rappeler à l'ordre les cliniques récalcitrantes, certaines ne cessent pas de dispenser des services de radiologie pour autant.
- 5.14** Enfin, les exigences actuelles concernant la reddition de comptes ne sont pas assez élevées, ce qui ne favorise pas une gestion judicieuse, notamment en ce qui concerne la prise de décision. En l'absence d'une information suffisamment étoffée, le ministère et les régies peuvent difficilement mettre en place les mesures appropriées pour améliorer la performance des établissements publics.

VUE D'ENSEMBLE

Services d'imagerie médicale

- 5.15** La médecine moderne repose de plus en plus sur l'utilisation de critères objectifs pour évaluer l'état de santé d'un individu ou l'évolution de sa maladie. L'efficacité du dépistage, du diagnostic, du traitement et du suivi dépendent notamment de l'accessibilité et de la qualité des services diagnostiques et thérapeutiques offerts à la population.
- 5.16** L'imagerie médicale, qui recouvre l'ensemble des procédés physiques employés pour produire l'image d'une région anatomique ou d'un organe, influence la pratique médicale, l'organisation des services ainsi que le fonctionnement des établissements.
- 5.17** Alors qu'à l'origine elle n'était utilisée qu'à des fins diagnostiques, l'imagerie médicale s'étend maintenant à des activités relevant de la chirurgie (imagerie d'intervention) et de la physiologie (imagerie fonctionnelle). L'imagerie d'intervention concerne les actes médicaux pratiqués sous le contrôle de l'imagerie médicale, dans un but diagnostique ou thérapeutique. Elle représente, dans certains cas, une alternative à des approches plus invasives, qui impliquent une anesthésie générale, une chirurgie, une hospitalisation ainsi qu'une convalescence plus longue. L'imagerie fonctionnelle, quant à elle, réfère aux techniques qui servent à visualiser le fonctionnement d'un organe.
- 5.18** Le tableau 1 présente les procédés physiques qui permettent d'obtenir l'image ainsi que les principales techniques exploitées.



TABLEAU 1

PROCÉDÉS PHYSIQUES ET PRINCIPALES TECHNIQUES D'IMAGERIE MÉDICALE

Procédés physiques	Techniques
Rayons X	Radiographie, radioscopie, mammographie, angiographie, tomodensitométrie
Ultrasons	Échographie
Électromagnétisme	Imagerie par résonance magnétique
Substance radioactive	Scintigraphie (médecine nucléaire)

- 5.19** L'imagerie médicale s'enrichit sans cesse d'innovations technologiques. Les progrès en ce domaine ont entraîné une augmentation du nombre total d'actes médicaux pratiqués aux fins d'investigation et d'intervention durant les 10 dernières années.
- 5.20** Au Québec, la plupart des 146 services publics d'imagerie médicale se trouvent dans des CHSGS, les autres unités étant situées dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres de soins psychiatriques ou des centres locaux de services communautaires (CLSC). En parallèle, quelque 105 cliniques privées, principalement sises dans la région de Montréal et ses environs, détiennent des permis de radiologie générale et offrent des services variés en la matière. Le tableau 2 montre l'évolution sur une décennie (1989-1999) des actes médicaux assurés se rapportant à l'imagerie médicale.

TABLEAU 2

ÉVOLUTION DES ACTES MÉDICAUX ASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT

Actes médicaux	Nombre		Variation (pourcentage)
	1989	1999	
Imagerie diagnostique – usages traditionnels	6 632 387	6 387 000	- 4
Imagerie diagnostique – nouvelles technologies	877 000	1 444 000	+ 65
Imagerie d'intervention	180 000	300 000	+ 67
Médecine nucléaire	n.d.	420 000	s.o.

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et Association des radiologistes du Québec (ARQ).

- 5.21** Bien que le volume d'examen traditionnels soit resté relativement stable, les actes médicaux faisant appel aux nouvelles possibilités technologiques – tomodensitométrie, échographie et imagerie par résonance magnétique – se sont considérablement accrus au cours de cette même période. La plus grande disponibilité des équipements et leur répartition plus étendue expliquent en partie cette hausse substantielle.



- 5.22** Les données figurant dans ce tableau révèlent par ailleurs que la pratique des radiologistes se transforme : les échographies et les activités reliées à l'imagerie d'intervention, notamment, consomment beaucoup plus de temps que la simple interprétation des films radiographiques, car elles requièrent généralement la présence du radiologiste.
- 5.23** Qui plus est, des technologies mises au point depuis peu et déjà adoptées par certains établissements viendront à leur tour modifier l'imagerie médicale telle qu'on la connaît présentement. En effet, la télémédecine permet la transmission d'images du lieu d'examen à un autre point de service, où elles sont analysées. Signalons aussi la numérisation, un procédé de conversion nécessaire au traitement des informations par ordinateur (système PACS); cette technologie contribue à faire diminuer progressivement l'emploi des films radiographiques tout en facilitant la transmission et l'archivage des images.
- 5.24** Indéniablement, ces développements influenceront sur l'organisation des services. Il faut toutefois garder à l'esprit que les coûts d'implantation associés à ces nouvelles technologies sont très importants; ils peuvent atteindre 4 millions de dollars par centre hospitalier.

Rôles et responsabilités

- 5.25** Les actes médicaux liés à l'imagerie médicale sont des services hospitaliers selon la *Loi canadienne sur la santé* (C-6). Ils font partie des services assurés pour les malades hospitalisés ou externes et sont assujettis à certaines conditions, notamment l'universalité et l'accessibilité.
- 5.26** Au Québec, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) et la *Loi sur la protection de la santé publique* (L.R.Q., c. P-35) encadrent le fonctionnement des services visés, dont l'imagerie médicale. Elles définissent, entre autres, les rôles et les responsabilités des différents paliers du réseau de la santé et des services sociaux et prévoient des mécanismes qui assurent la protection de la santé publique.
- 5.27** Ainsi, le rôle du MSSS est de déterminer les priorités, les objectifs et les orientations du secteur de la santé et de veiller à leur application. De plus, il doit mettre en place un plan d'action qui s'arrime à ses orientations et en assurer le suivi.
- 5.28** Quant aux régies régionales, elles ont pour mission de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les programmes élaborés par le ministre. Elles ont aussi pour objet d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition. Elles ont notamment la responsabilité d'établir des plans régionaux d'organisation des services et d'évaluer l'efficacité; l'élaboration d'un plan régional des effectifs médicaux (PREM) est également de leur ressort.



- 5.29** Par ailleurs, les établissements publics qui dispensent des services d'imagerie médicale doivent veiller à ce qu'ils correspondent à la mission et aux orientations de l'établissement ainsi qu'aux besoins des usagers. Ils ont la responsabilité de s'assurer de la qualité des services offerts et de l'efficience dans l'utilisation des ressources.
- 5.30** Les cliniques privées qui proposent des services variés d'imagerie médicale sont pour leur part tenues de se conformer aux dispositions de la *Loi sur la protection de la santé publique* et à son règlement d'application.
- 5.31** De son côté, le LSPQ, qui relève de l'Institut national de santé publique du Québec, participe à la délivrance et au renouvellement des permis demandés par les cliniques privées et s'assure qu'elles respectent les normes de qualité et de sécurité prévues dans la réglementation.
- 5.32** Enfin, un comité conjoint réunissant la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le MSSS a été créé en 1987 en ayant le mandat de se prononcer sur l'opportunité d'ouvrir de nouvelles cliniques privées ou de déménager celles qui sont en activité, eu égard aux ressources déjà disponibles pour répondre aux besoins d'une région donnée.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION

- 5.33** Notre vérification avait pour but d'obtenir l'assurance que la gestion du ministère, des régions régionales, des établissements publics et du LSPQ concourt à l'utilisation optimale des ressources destinées aux services d'imagerie médicale.
- 5.34** La stratégie du ministère et le mode d'organisation de ces services, aussi bien dans les régions qu'au sein même des établissements publics, ont été analysés afin de nous assurer de l'accessibilité aux services et de l'utilisation économique et efficiente des ressources. Nous avons aussi examiné l'information de gestion et la reddition de comptes, et ce, relativement aux différents paliers du réseau. De plus, nous avons voulu nous assurer que les moyens mis en place favorisent la qualité des actes médicaux propres à l'imagerie médicale.
- 5.35** Nous avons mené notre analyse auprès de quatre régions régionales qui reflètent la situation des régions universitaires, périphériques et éloignées et représentent 56 p. cent des dépenses annuelles de fonctionnement en imagerie médicale. Dans chacune de ces quatre régions, les activités d'au moins un CHSGS ont été scrutées en fonction de nos objectifs de vérification. Au total, nous avons évalué les pratiques de six CHSGS et de deux CLSC qui, ensemble, engagent 13 p. cent des dépenses de fonctionnement supportées par le ministère à ce chapitre.
- 5.36** Un sondage nous a aussi permis de recueillir de l'information auprès de toutes les régions régionales, notamment sur les délais rattachés aux principaux examens d'imagerie médicale, et ce, pour la quasi-totalité des établissements publics.



- 5.37** En ce qui a trait aux activités liées à la médecine nucléaire, nous n'avons pas analysé la répartition des effectifs médicaux: d'emblée, la situation apparaissait moins problématique. Nous avons également exclu la gestion de la qualité des services et la délivrance des permis, deux aspects qui sont régis par le gouvernement fédéral, en l'occurrence la Commission canadienne de sûreté nucléaire.
- 5.38** Pour ce qui est des services d'imagerie médicale offerts en clinique privée, nos travaux ont porté sur les interventions du LSPQ à leur égard.
- 5.39** Nos travaux se sont déroulés de septembre 2000 à février 2001, mais certains commentaires se rapportent à des situations antérieures à cette période. Nous avons utilisé les données disponibles, soit celles de l'année financière terminée le 31 mars 2000.

RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION

Organisation des services

- 5.40** Les services d'imagerie médicale sont dispensés par des cliniques privées ou des établissements publics. Lorsque les actes médicaux ont lieu dans ces derniers, ils sont accessibles gratuitement. Les dépenses de fonctionnement et celles en immobilisations sont supportées par l'entité concernée tandis que les radiologistes sont rémunérés par la RAMQ sous forme d'honoraires professionnels.
- 5.41** Pour ce qui est des cliniques privées, la plupart des examens sont aussi offerts gratuitement. La RAMQ verse alors au radiologiste, outre les honoraires professionnels, une somme additionnelle couvrant les dépenses de fonctionnement de la clinique (composante technique). Cependant, la réglementation en vigueur prévoit que trois examens (tomodensitométrie, échographie et imagerie par résonance magnétique) ne sont pas assurés par la RAMQ lorsqu'ils sont réalisés dans les cliniques privées. Les frais sont, dans ce cas, pris en charge par les patients eux-mêmes, par leur compagnie d'assurances ou par des organismes publics, tels que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), en réponse aux besoins de leur clientèle respective.
- 5.42** Le tableau 3 ventile les dépenses relatives à l'imagerie médicale pour l'année financière terminée le 31 mars 2000 à l'égard des services assurés par le gouvernement.

**TABLEAU 3**
**DÉPENSES RELATIVES AUX SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE
ASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT (en millions de dollars)**

	1999-2000
Établissements publics – dépenses de fonctionnement	194,6
MSSS et régies régionales – subventions pour les équipements	9,6
RAMQ – composantes professionnelle et technique (incluant les cliniques privées)	154,1*
Total	358,3

* Selon les dernières données disponibles (1997-1998), les cliniques privées recevaient 40 p. cent des sommes versées par la RAMQ.

Sources : MSSS, régies régionales et RAMQ.

Orientations et objectifs

- 5.43** Grâce aux récents développements technologiques, particulièrement la télémédecine, il devient possible de dispenser en tout temps certains services à l'échelle du Québec, indépendamment du lieu de travail des effectifs médicaux. Les équipements qui offrent pareille souplesse étant très coûteux, leur répartition stratégique est cruciale. Aussi est-il essentiel d'avoir une vision régionale quant au déploiement de ces ressources, vision venant elle-même s'arrimer à une stratégie globale, et ce, pour favoriser le fonctionnement optimal des services d'imagerie médicale disséminés sur l'ensemble du territoire.
- 5.44** Rappelons que le rôle du ministère est de déterminer les priorités, les objectifs et les orientations du secteur de la santé et de veiller à leur application. Dans cette optique, il lui appartient de produire une planification afin de coordonner les activités ciblées, de fixer des objectifs de gestion axés sur les résultats, de mettre en place un plan d'action pour atteindre ces objectifs, de mesurer les résultats à l'aide d'indicateurs de performance fiables et d'exercer un suivi adéquat.
- 5.45** Or, le ministère n'a pas de stratégie globale qui lui permette de prendre en charge les différents aspects de l'imagerie médicale, notamment la gestion des équipements, l'accessibilité aux services, la répartition des radiologistes, le développement du secteur privé ainsi que la gestion de la qualité. De plus, il n'a formulé aucune orientation relativement à chacun des aspects qu'il lui faut considérer. Conséquemment, aucun plan d'action n'a été élaboré.
- 5.46** Un tel exercice est pourtant réalisable, puisqu'il a été effectué dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Sans nous prononcer sur les résultats du programme comme tel, soulignons qu'on a mis à contribution les intervenants concernés pour définir des orientations, fixer des objectifs et planifier la répartition des services avec les établissements publics comme les cliniques privées. Ils ont également coordonné la reddition de comptes et surtout établi des normes de qualité uniformes pour l'ensemble des services désignés, peu importe le lieu où ils sont dispensés.

Le ministère n'a pas de stratégie globale pour coordonner l'imagerie médicale.



- 5.47** Comme le ministère ne dispose d'aucune vision globale concernant les services d'imagerie médicale et qu'il n'a pas énoncé d'orientations à ce propos, il importe que les régies régionales se dotent d'un plan servant à organiser les services de leur région. Or, seules quelques-unes ont investi des efforts en ce sens, notamment à l'égard de la gestion des équipements et de l'accessibilité aux services, même si cette action figure dans la liste des responsabilités dévolues à toutes. Ce manque de planification est d'autant plus inquiétant que les régies régionales ont justement le mandat d'allouer les ressources aux établissements publics de leur territoire.
- 5.48** **Nous avons recommandé au ministère**
- **d'établir une stratégie couvrant les différents aspects de l'imagerie médicale afin de coordonner les services;**
 - **de préciser et de divulguer ses orientations en ce qui concerne les services d'imagerie médicale;**
 - **de définir et de mettre en place un plan d'action arrimé à ses orientations et d'en assurer le suivi.**
- 5.49** **Nous avons recommandé aux régies régionales concernées d'établir un plan d'organisation des services d'imagerie médicale de leur région et d'en évaluer l'efficacité.**

Développement du secteur privé

- 5.50** Les cliniques privées offrant des services de radiologie diagnostique font partie du système de santé depuis au-delà de 30 ans. En plus de dispenser des services assurés en complémentarité des établissements publics, elles proposent aussi des services non assurés (tomodensitométrie, échographie et imagerie par résonance magnétique), donc facturés aux utilisateurs. De l'avis de plusieurs intervenants, les examens effectués dans ces cliniques se réfèrent généralement à des cas légers, les plus lourds étant pris en charge par les établissements publics. Plusieurs cliniques sont d'ailleurs situées à proximité de ces derniers, ce qui facilite semblable répartition.
- 5.51** À la suite du virage ambulatoire dans le réseau de la santé, le rôle des cliniques privées s'est sensiblement modifié. Ainsi, elles ont été appelées à accroître leurs activités, parfois même à la demande d'un établissement public voisin, qui voyait là un moyen de contrôler ses coûts. Pareil transfert n'a pas d'incidence pécuniaire pour le patient puisque le coût des examens assurés, peu importe le dispensateur, est pris en charge par la RAMQ. Bien que plusieurs radiologistes travaillent dans ces cliniques et que plus du quart des examens assurés y sont effectués, le ministère n'a pas statué sur le rôle des cliniques privées et il ne tient pas compte de leurs activités dans l'organisation des services d'imagerie médicale.



Pour les examens non assurés, des personnes acceptent de payer afin d'obtenir un service plus rapidement.

- 5.52** En ce qui concerne les trois examens non assurés lorsqu'ils sont dispensés par le secteur privé, les établissements publics (où ces examens sont assurés) éprouvent parfois de la difficulté à suffire à la demande, ce qui entraîne des délais importants. Conscientes de cette lacune, plusieurs cliniques privées se sont dotées, au cours des dernières années, de l'équipement nécessaire pour offrir ces services dans de courts délais, à la faveur d'une grille de rendez-vous étendue.
- 5.53** On a peu d'information permettant de quantifier la progression des examens non assurés effectués en clinique privée puisqu'ils sont payés par des sources qui échappent à notre champ de vérification. Toutefois, des données obtenues de la SAAQ et de la CSST nous apprennent que, de 1997 à 1999, ces organismes ont versé à six cliniques privées des sommes totalisant plus de 6,2 millions de dollars pour les services en question. Il faut voir également que la facture globale des examens qui empruntent cette filière gonfle de plus de 40 p. cent par année.
- 5.54** Le développement accéléré de la gamme des services offerts par le secteur privé s'observe principalement dans les régions à fort volume, où les délais constituent un problème. De toute évidence, au regard des examens non assurés, les personnes qui nécessitent ce type d'investigation acceptent de payer pour obtenir plus rapidement un service en s'adressant à une clinique privée. Cette situation tend à démontrer, pour ce qui est de ces examens, que les listes d'attente entravent l'accès aux services.
- 5.55** Déjà en 1995, les membres du Forum national sur la santé, qui se penchait sur le financement public et privé du système de santé du Canada, se posaient la question suivante : « Comment le système public pourra-t-il résister à la tentation de se décharger de plus en plus des services sur le système privé, mettant ainsi à l'épreuve la volonté de la population de payer à la fois de sa poche et de ses impôts pour des services de plus en plus restreints dans le système public? » Cette question est toujours d'actualité, à tout le moins en ce qui a trait aux services d'imagerie médicale.
- 5.56** D'ailleurs, diverses études ont par la suite analysé cette problématique. Par exemple, en 1999, un rapport sur la complémentarité du secteur privé (rapport Arpin) abordait le phénomène de l'évolution des services médicaux, que plusieurs considèrent comme un système à deux vitesses, en le qualifiant de « privatisation passive ». Ce rapport suggérait également certaines pistes à explorer quant au rôle à confier aux cliniques privées. Les auteurs évoquaient notamment la possibilité de partenariat entre les secteurs public et privé, la pertinence de réviser la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au sujet des actes non assurés en clinique privée de même que la nécessité de bien encadrer ces changements afin d'éviter qu'ils ne favorisent le développement de pratiques indésirables.



- 5.57** Plus récemment, le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair) proposait de son côté que des cabinets de spécialistes puissent s'affilier à un centre hospitalier et en devenir un prolongement fonctionnel. La solution envisagée permettrait entre autres choses d'améliorer l'accès aux services; elle se fait l'écho du principe qui veut « qu'une intervention diagnostique ou thérapeutique, jugée nécessaire sur le plan médical, doit être assurée indépendamment du lieu de prestation, que ce soit à l'hôpital ou en cabinet ».
- 5.58** Malgré le fait que le développement des services non assurés soit connu de tous les acteurs, dénoncé par d'aucuns ou vu comme une solution par d'autres, un certain laxisme demeure. Ainsi, de plus en plus de patients choisissent de régler personnellement la facture ou de la faire suivre à leur assureur pour subir un examen qu'ils pourraient obtenir gratuitement dans un établissement public, mais beaucoup plus tard.
- 5.59** **Nous avons recommandé au ministère**
- **de statuer sur le rôle des cliniques privées au regard des services d'imagerie médicale et d'en tenir compte dans l'organisation des services;**
 - **de faire le point sur la structure actuelle de l'offre au regard des trois examens non assurés (la tomodensitométrie, l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique), dispensés en parallèle par les établissements publics et les cliniques privées.**

Gestion des équipements

- 5.60** Contribuant à repousser les limites de la médecine, l'imagerie médicale exploite des nouvelles technologies qui reposent sur l'utilisation d'équipements de haute précision. Cette sophistication a un prix : à titre d'illustration, il faudra déboursier plus de 2 millions de dollars pour acheter un appareil d'imagerie par résonance magnétique, sans compter les dépenses considérables liées à son fonctionnement; annuellement, elles représentent jusqu'à 25 p. cent du coût d'acquisition.
- 5.61** De surcroît, ces équipements ont une durée de vie utile relativement restreinte. Elle est déterminée en tenant compte à la fois de la vétusté matérielle et de la vétusté technologique. La première est associée à l'usure physique des composants de l'appareil alors que la seconde fait référence à la capacité de satisfaire aux nouvelles normes de pratique découlant d'un progrès technologique, nonobstant le fait que l'appareil soit toujours fonctionnel.
- 5.62** Actuellement, le parc d'équipements d'imagerie médicale du réseau de la santé et des services sociaux a une valeur de remplacement avoisinant les 600 millions de dollars.



Planification

Le ministère n'a pas de planification relative à l'acquisition ni de portrait complet du parc d'équipements.

- 5.63** Lorsqu'on gère un parc d'équipements de cette importance, quelques principes fondamentaux sont incontournables. D'abord, il est impératif de définir les besoins de la population, de déterminer la localisation optimale des points de service et de concevoir, en dressant le bilan respectif des effectifs médicaux et des équipements, une stratégie qui permette de répondre à la demande tout en tirant le meilleur profit des progrès technologiques. Une planification globale vient par la suite chapeauter les actions à entreprendre. Sa réalisation n'est possible qu'à la lumière de certaines données, notamment l'inventaire des équipements et l'état de chaque appareil. Enfin, il convient d'établir les ressources nécessaires pour maintenir un parc adéquat et le développer suivant l'évolution des besoins.
- 5.64** Or, nous avons constaté que le ministère utilise différentes approches pour évaluer les besoins et planifier l'acquisition de certains équipements. Cette façon de faire ne saurait se substituer à l'élaboration d'une planification relative à l'acquisition de tous les équipements nécessaires en fonction des besoins. D'ailleurs, il ne dispose même pas, à l'instar de plusieurs régies régionales, d'un portrait complet du parc pour orienter ses décisions en matière d'investissements.
- 5.65** En effet, le ministère ne possède pas d'inventaire détaillé du parc. Il connaît approximativement sa valeur, mais il n'est pas en mesure d'en évaluer la vétusté. Au mieux, l'inventaire connu couvre environ 20 p. cent des équipements (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, médecine nucléaire) et représente près de 40 p. cent de la valeur du parc. Pour ce qui est des régies régionales, alors que certaines détiennent une information satisfaisante, d'autres n'ont pas un inventaire complet et ne connaissent généralement pas l'âge ni l'état des appareils listés. À ce sujet, nous sommes en accord avec le rapport de la commission Clair qui suggère qu'avant de procéder à des investissements en matière d'équipements de haute technologie, « [il] faudra, en premier lieu, établir l'inventaire du parc existant de même qu'un plan national d'acquisition. »
- 5.66** Le fait que le ministère n'a pas su implanter des pratiques assurant la collecte et la consignation d'une information de qualité, et ce, à tous les paliers du réseau, le prive de connaissances utiles à la gestion du parc d'équipements.
- 5.67** Les exigences du ministère se limitent souvent à demander aux régies régionales de préparer un document l'informant de leurs besoins les plus urgents en équipements pour la prochaine année. À défaut de projections à plus long terme fondées sur une analyse rigoureuse, le ministère en est réduit à s'appuyer principalement sur les résultats de l'exercice annuel mené par chacune des régies régionales pour arrêter la liste des équipements à acquérir. Rien ne garantit que les bonnes décisions sont prises et qu'elles le sont en temps opportun puisque les façons de faire actuelles ne correspondent pas à une démarche proactive.



- 5.68** À preuve, une injection ponctuelle de fonds provenant du gouvernement fédéral, durant l'année financière 2000-2001, a fait ressortir une incidence négative du manque de planification. Ainsi, en l'absence d'une planification quant à l'acquisition des équipements et d'une connaissance suffisante des besoins, le ministère a dû faire appel de nouveau à l'ensemble du réseau pour recenser les priorités, et ce, dans un court laps de temps.
- 5.69** **Nous avons recommandé au ministère de définir les besoins et d'élaborer une planification quant à l'acquisition des équipements d'imagerie médicale nécessaires en fonction des besoins.**
- 5.70** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales concernées de dresser et de tenir à jour un inventaire complet et détaillé du parc d'équipements sous leur responsabilité. Cet inventaire devrait comprendre une liste des appareils avec leurs caractéristiques (emplacement, modèle, âge, etc.) et des données quant à leur utilisation et à leur état de fonctionnalité.**

Parc d'équipements

- 5.71** Le ministère, par l'entremise des régies régionales, accorde annuellement aux établissements publics un budget de 67 millions de dollars, fixe depuis 5 ans, pour le renouvellement des actifs. Un second budget de 15 millions de dollars, fixe depuis 10 ans, est géré par le ministère, qui le réserve aux équipements de haute technologie. Ces deux enveloppes sont destinées non seulement aux dépenses liées au parc d'équipements d'imagerie médicale, mais à celles qui concernent l'ensemble du mobilier et des équipements médicaux du réseau. À même ces sommes, de 10 à 20 millions de dollars par exercice financier ont été consacrés à l'imagerie médicale au cours des dernières années.
- 5.72** Les fondations constituent par ailleurs une autre source de financement pour les établissements. Bien qu'on ne puisse évaluer pécuniairement leur participation à l'échelle provinciale, nos travaux indiquent qu'elles sont régulièrement mises à contribution. En venant s'ajouter aux sommes dégagées par le gouvernement, leur apport a certes contribué au renouvellement et au développement du parc d'équipements actuel.
- 5.73** Le tableau 4 présente les sommes utilisées pour acquérir des équipements d'imagerie médicale au cours des trois dernières années; notons que ces totaux excluent les montants provenant des fondations.

**TABLEAU 4**

ACQUISITION D'ÉQUIPEMENTS D'IMAGERIE MÉDICALE (en millions de dollars)

Enveloppe budgétaire	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Renouvellement des actifs	10,1	13,2	6,5
Haute technologie	8,9	4,5	3,1
Total	19,0	17,7	9,6

Sources : MSSS et régies régionales.

*Durée de vie utile :
deux affirmations
disparates.*

- 5.74** On voit que, au regard de chaque année financière, moins de 20 millions de dollars ont été affectés au secteur de l'imagerie médicale. À supposer que les sommes touchées soient entièrement consacrées à la mise à jour du parc, il faudrait compter plus de 30 ans pour le renouveler, eu égard à sa valeur actuelle. Or, selon le type d'équipements, le ministère estime que leurs durées de vie utile respectives oscillent entre 9 et 18 ans alors que l'Association canadienne des radiologistes (ACR) évalue que ces mêmes équipements durent plutôt de 6 à 10 ans. Ces données font ressortir que le risque de vétusté matérielle et technologique des équipements augmente.
- 5.75** Des études récentes abondent d'ailleurs en ce sens. C'est notamment le cas du rapport de la commission Clair, qui contenait l'observation suivante : « Le réseau de la santé et des services sociaux est en train de prendre un retard considérable en matière de technologies de l'information et des communications, d'équipements médicaux, d'équipements de support et de maintien des actifs immobiliers. » L'ACR affirmait également, dans une étude réalisée en 2000, que plus de la moitié des appareils de radiologie utilisés au Canada sont désuets et doivent être remplacés immédiatement.
- 5.76** Une compilation que nous avons effectuée à partir des informations recueillies et représentant un échantillon d'environ 50 p. cent du parc d'équipements démontre que, de façon générale, les appareils ont dépassé leur durée de vie utile dans une proportion plus ou moins importante. Le tableau 5 en détaille les résultats.



TABLEAU 5

ANALYSE DE LA DURÉE DE VIE UTILE DES ÉQUIPEMENTS ÉCHANTILLONNÉS

Type d'équipement	Estimation de la durée de vie utile (années)		Équipements exploités au-delà de leur durée de vie utile	
	MSSS	ACR	MSSS	ACR
Mammographe	15	7	5 %	61 %
Appareil d'imagerie par résonance magnétique	13	6	7 %	50 %
Tomodensitomètre	9	8	14 %	14 %
Angiographe	16	7	20 %	73 %
Échographe	10	6	22 %	48 %
Caméra gamma (médecine nucléaire)	12	10	27 %	41 %
Appareil de radiographie et de radioscopie	18	10	32 %	61 %

Sources : MSSS, régions régionales, centres hospitaliers et ACR.

L'âge des appareils peut nuire au bon déroulement des activités.

- 5.77** En fonction de la source, il existe des différences importantes entre les durées de vie utile d'un même appareil, qui peuvent aller du simple au double, comme c'est le cas pour un mammographe et un angiographe. Dans ces circonstances, il est difficile de faire l'adéquation entre les besoins recensés par le ministère et les besoins exprimés par les radiologistes.
- 5.78** Il importe également de mentionner que ce sont les appareils de radiographie de base (radiographie et radioscopie), avec lesquels la plupart des examens diagnostiques sont réalisés, qui affichent la vétusté la plus prononcée. Ainsi, une quarantaine des appareils inclus dans notre échantillon sont âgés de 25 ans et plus. Bien qu'ils soient encore fonctionnels, l'utilisation de vieux appareils est néanmoins limitée; ils sont sujets à des bris fréquents et la disponibilité des pièces de rechange n'est pas garantie par les fournisseurs, ce qui occasionne des coûts d'entretien plus élevés et, en cas de panne, allonge les délais d'accès aux examens.
- 5.79** Aux prises avec des problèmes semblables, des établissements publics ont dû faire un usage moins intensif de certains équipements ou même cesser de les utiliser avant d'avoir obtenu un nouvel appareil capable de prendre la relève. C'est notamment le cas d'un centre hospitalier qui s'est résolu à débrancher un angiographe en raison de difficultés majeures : son usage n'était plus sécuritaire pour le patient.
- 5.80** Dans un autre centre hospitalier, un mammographe a été mis au rancart à la suite d'une visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des technologues en radiologie du Québec. Le rapport mentionnait entre autres que « conformément au code de déontologie, les technologues doivent s'abstenir d'exercer leur profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité de leurs services ou la dignité de leur profession ». Devant l'impossibilité de produire les examens, les patientes



ont été dirigées vers d'autres établissements publics. De surcroît, cette solution de rechange imposait aux personnes concernées un déplacement de plus de 100 kilomètres.

- 5.81** Pour pallier les besoins grandissants des établissements à l'égard du renouvellement des appareils d'imagerie médicale, le ministère a choisi de puiser dans l'enveloppe de haute technologie, réservée originalement au développement d'innovations en ce domaine.
- 5.82** La difficulté du Québec à suivre l'évolution de la technologie est perceptible lorsqu'on compare son parc d'équipements à celui des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), comme le démontre le tableau 6.

TABLEAU 6

NOMBRE D'APPAREILS PAR MILLION D'HABITANTS

	Type d'appareils	
	Tomodensitomètre	Imagerie par résonance magnétique
Québec	10,8	2,4
Moyenne: pays membres de l'OCDE	14,2	4,5

Sources : MSSS, Statistique Canada et OCDE.

- 5.83** Il est à noter que les données du Québec concernent l'année 2000 alors que celles qui se rapportent aux pays membres de l'OCDE datent, selon les pays, de 1990 à 1999. Toutefois, plusieurs projets d'investissements ont récemment été annoncés par le MSSS, ce qui devrait porter le nombre de ces deux appareils par million d'habitants à 11,5 et 3,6 respectivement lorsqu'ils seront tous opérationnels.
- 5.84** La nécessité de se procurer des équipements mieux adaptés à leurs besoins amènent parfois les établissements à recourir à des stratégies imaginatives pour en financer l'achat : ils font appel à leur fondation ou procèdent à une location plutôt qu'à un achat. Citons le cas d'un établissement dont la fondation a dû engager plus d'un million de dollars pour supporter une partie du coût d'acquisition d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique. Ce même établissement a par ailleurs utilisé son budget d'exploitation pour financer les coûts de location de deux tomodensitomètres.
- 5.85** Cependant, les actions entreprises récemment par les autorités gouvernementales démontrent que ces dernières sont conscientes du fait que la modernisation du parc affiche un retard important. Dans le but de rétablir en partie la situation, le ministre des Finances a annoncé en mars 2000, dans le discours sur le budget, un investissement ponctuel de 200 millions de dollars pour l'acquisition d'équipements médicaux. De cette somme, 98 millions ont été alloués au secteur



de l'imagerie médicale, dont 75 p. cent au remplacement ou au rehaussement des équipements existants. Dans la même foulée, le gouvernement fédéral, dans le cadre des transferts relatifs à la santé, versera au Québec un montant de 239 millions de dollars; réparti sur les deux prochaines années, ce transfert est destiné à la modernisation (renouvellement et développement) du parc d'équipements médicaux, incluant l'imagerie médicale.

- 5.86** Compte tenu des besoins du réseau, il est primordial que la répartition de ces investissements soit faite de façon judicieuse et qu'elle découle, comme nous l'avons mentionné précédemment, d'une planification bien établie.
- 5.87** **Nous avons recommandé au ministère de s'assurer que le parc d'équipements d'imagerie médicale permet l'accès aux technologies de pointe et la prestation de services de qualité.**

Processus d'acquisition

- 5.88** Pour acquérir de l'équipement, les établissements publics sont tenus d'observer la réglementation relative aux appels d'offres tout en obtenant les autorisations nécessaires.
- 5.89** Nos travaux confirment que, de façon générale, les diverses étapes du processus en cause se déroulent conformément à ce qui est prescrit, sauf dans le cas d'un centre hospitalier qui présentait des faiblesses à cet égard.
- 5.90** Dans cet établissement, contrairement à ce que prévoit la réglementation, des équipements ont été acquis sans qu'il y ait appel d'offres et sans que le conseil d'administration en ait été informé. Les sommes engagées pour deux appareils en usant d'une telle pratique avoisinent les 350 000 dollars. De plus, relativement à deux autres appareils valant ensemble plus de 250 000 dollars, l'entité n'a pas été en mesure de nous fournir une documentation suffisante pour appuyer leur acquisition en 1998.
- 5.91** Le fait de procéder autrement que par appel d'offres n'assure pas que la façon dont le matériel a été acquis est la plus économique.
- 5.92** **Nous avons recommandé au centre hospitalier concerné de respecter la réglementation relative à l'acquisition des équipements.**

Accessibilité aux services

- 5.93** La *Loi canadienne sur la santé* (C-6) spécifie que le versement d'une subvention à une province est assujéti à l'obligation de satisfaire à certaines conditions d'octroi dont l'accessibilité. Une des conditions se rapportant à l'accessibilité est que « le régime provincial d'assurance-santé offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services ».



5.94 Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la problématique de l'accès, soit, en termes concrets, le temps d'attente pour obtenir un service, est un sujet très médiatisé. Du côté de l'imagerie médicale, les longs délais ne sont pas la règle; ils concernent surtout les examens exploitant les nouvelles technologies, comme la tomodensitométrie, l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique. Toutefois, il est plutôt rare que des cas urgents soient reportés puisque ceux-ci sont traités en priorité. Parmi les facteurs influant sur le temps d'attente se trouvent notamment la gestion des délais et la répartition des radiologistes.

Gestion des délais

5.95 Nous avons effectué un sondage auprès des régies régionales afin de recueillir des données objectives quant aux délais d'attente associés aux examens d'imagerie médicale. Cet exercice s'est déroulé, pour une bonne part, du 20 au 24 novembre 2000. Le tableau 7 présente de façon sommaire les délais propres aux différentes régions du Québec au regard de deux examens, soit une échographie abdominale et un examen tomodensitométrique de la tête avec infusion. À noter que « minimum » renvoie au délai rapporté par l'établissement de la région où le service peut être obtenu le plus rapidement tandis que « maximum » équivaut au temps d'attente le plus long que nous y avons recensé.

TABEAU 7

DÉLAIS D'ATTENTE PAR RÉGION POUR DEUX EXAMENS (en jours)

Régions	Échographie abdominale		Tomodensitométrie de la tête avec infusion	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Bas-Saint-Laurent (01)	1	42	14	28
Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	5	105	10	30
Québec (03)	14	60	14	56
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	5	62	10	54
Estrie (05)	7	49	56	56
Montréal-Centre (06)	14	193	10	222
Outaouais (07)	6	63	21	60
Abitibi-Témiscamingue (08)	30	120	5	30
Côte-Nord (09)	7	30	30	45
Baie-James (Nord-du-Québec) (10)	30	30	s.o.	s.o.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)	7	21	14	30
Chaudière-Appalaches (12)	0	30	7	45
Laval (13)	117	117	60	60
Lanaudière (14)	28	180	77	150
Laurentides (15)	5	33	27	91
Montérégie (16)	3	210	7	90
Nunavik (17)	n.d.	n.d.	s.o.	s.o.

Sources : Régies régionales et établissements publics.



Pour un même examen, l'attente est de quelques jours à plusieurs mois.

5.96 Nous observons que les délais d'attente, pour un même examen, varient parfois de façon marquée d'une région à l'autre, allant d'un minimum de quelques jours à plusieurs mois. Nos travaux montrent également qu'il y a à l'occasion des écarts appréciables concernant les délais recensés dans les établissements publics d'une même région, voire dans les pavillons d'un établissement. C'est ainsi que, au regard d'un établissement vérifié, il faut compter deux semaines ou cinq mois, selon le pavillon, avant de passer une échographie de la prostate. Dans la même perspective, le tableau 8 met en évidence les écarts quant aux délais pour obtenir un examen d'échographie abdominale dans des établissements publics de deux régions.

TABLEAU 8

DÉLAIS D'ATTENTE À L'INTÉRIEUR
D'UNE MÊME RÉGION (en jours)

Établissement	Montréal-Centre	Montérégie
1 ^{er}	14	3
2 ^e	17	5
3 ^e	154	75
4 ^e	193	210

Sources : Régies régionales et établissements publics.

- 5.97** Malgré cette situation, le ministère et la plupart des régies régionales n'ont pas établi d'objectifs à atteindre en matière d'accessibilité aux services d'imagerie médicale et ne font pas de suivi systématique au regard des délais d'attente associés aux examens dispensés par les établissements publics. Peu d'information est recueillie et analysée en vue de déceler les situations problématiques et surtout, d'apporter les correctifs nécessaires. Le suivi exercé par quelques régies se limite à demander de l'information une ou deux fois par année ou lorsqu'une difficulté plus sérieuse est portée à leur attention.
- 5.98** De l'avis de diverses personnes que nous avons rencontrées au fil de cette vérification, un ensemble de raisons expliquent les délais d'attente relatifs aux services dispensés dans les établissements publics. Notons entre autres un manque de radiologistes et de technologues et, dans certains cas, le fait que des équipements ne fonctionnent pas plus de huit heures par jour et jamais le samedi ni le dimanche.
- 5.99** Nous avons également constaté que l'existence de longs délais d'attente incite des médecins à faire hospitaliser leurs patients qui subissent dès lors leur examen plus promptement.
- 5.100** Faute d'une gestion mieux orchestrée et faute aussi d'information adéquate sur l'accessibilité des services, il arrive que des personnes patientent fort longtemps avant de subir un examen alors qu'un centre hospitalier voisin pourrait le leur offrir plus rapidement, au bout de quelques jours ou de quelques semaines.



- 5.101 Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales**
- de fixer des objectifs en matière d'accessibilité aux services d'imagerie médicale et d'en exercer le suivi;
 - de recueillir suffisamment d'information pour déceler en temps opportun les situations problématiques à cet égard;
 - de s'assurer d'une accessibilité équitable aux services.
- 5.102 Nous avons recommandé aux établissements publics d'améliorer l'accessibilité aux services d'imagerie médicale en fonction des ressources disponibles.**

Répartition des radiologistes

- 5.103** Le nombre et la répartition des effectifs médicaux influent directement sur l'offre de services. Alors que la tâche des radiologistes s'est sensiblement modifiée et que le volume d'examen n'a cessé de croître – pensons à l'essor des nouvelles technologies et de l'imagerie d'intervention –, le nombre de médecins pratiquant cette spécialité est demeuré relativement stable au cours des dernières années. Le tableau 9 permet de comparer l'évolution de cet effectif médical avec celle des actes qui exigent plus de temps de la part du radiologiste.

TABLEAU 9

ÉVOLUTION DE L'FFECTIF ET DE CERTAINS ACTES MÉDICAUX EN RADIOLOGIE

	1993	1999	Variation (en pourcentage)
Nombre de radiologistes*	473	476	+ 0,6
Nombre d'actes médicaux (nouvelles technologies et imagerie d'intervention)	1 350 000	1 744 000	+ 29,2

* Selon les données fournies par le ministère, il y aurait, en septembre 2000, 480 radiologistes en poste au Québec alors que celles qui émanent de l'ARQ font plutôt état de 467 membres en activité; des absences pour congé ou formation expliqueraient cet écart.

Sources: MSSS et ARQ.

- 5.104** Voulant affecter judicieusement les ressources aux établissements du réseau, les responsables gouvernementaux planifient les besoins en matière d'effectif et la répartition interrégionale des médecins, une mesure qui vise à rendre accessibles les services médicaux dans tout le Québec.
- 5.105** Pour atteindre leurs objectifs à cet égard, le ministère et les régies régionales se sont dotés d'un outil de gestion, en l'occurrence le plan régional des effectifs médicaux (PREM), élaboré par chaque régie. Depuis 1987, ce plan détermine, pour une période de trois ans, le nombre d'omnipraticiens ainsi que le nombre et le type de spécialistes – incluant les radiologistes – autorisés à s'installer dans



une région, et ce, en vue de privilégier la présence et la permanence des médecins là où ils sont requis. Toutefois, les PREM ne tiennent pas compte des médecins exerçant dans les cliniques privées.

À une exception près, les régions sont en déficit de radiologistes.

5.106 Nos travaux indiquent que, à une exception près, les régions ne disposent pas des ressources souhaitables, telles que définies dans leur PREM respectif. Le tableau 10 met en relation, par région, les besoins en radiologistes et ceux effectivement en poste en décembre 2000 dans les établissements publics.

TABLEAU 10

RÉPARTITION RÉGIONALE DES RADIOLOGISTES (en équivalents temps complet)

Régions	PREM (effectif visé)	Effectif en poste	Surplus (déficit)
Bas-Saint-Laurent (01)	15	12	- 3
Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	18	16	- 2
Québec (03)	58	62	4
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	30	20	- 10
Estrie (05)	20	19	- 1
Montréal-Centre (06)	197	163	- 34
Outaouais (07)	16	9	- 7
Abitibi-Témiscamingue (08)	10	4	- 6
Côte-Nord (09)	6	4	- 2
Baie-James (Nord-du-Québec) (10)	0	0	0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)	6	5	- 1
Chaudière-Appalaches (12)	18	16	- 2
Laval (13)	15	11	- 4
Lanaudière (14)	16	13	- 3
Laurentides (15)	21	12	- 9
Montérégie (16)	60	50	- 10
Nunavik (17)	0	0	0
Total	506*	416*	- 90

* Ces totaux n'englobent pas les radiologistes exerçant dans les cliniques privées, soit un effectif représentant 51 équivalents temps complet.

Sources : MSSS et ARQ.

5.107 La situation actuelle fait en sorte que certains radiologistes doivent travailler de manière parallèle dans plusieurs établissements publics, voire dans plusieurs régions, pour assurer la disponibilité des services. L'exemple qui suit est éloquent : depuis près de trois ans, n'ayant réussi à pourvoir aucun poste de cette nature, un centre hospitalier est contraint de s'en remettre à des radiologistes dits itinérants ; au cours de la dernière année, 20 radiologistes ont travaillé dans cet établissement.



- 5.108** Forcés de s’adapter tant bien que mal aux problèmes découlant de la pénurie d’effectif, certains établissements publics éprouvent plus de difficulté à gérer les services offerts à leurs patients et l’utilisation de certains équipements puisqu’ils dépendent en cela de la présence d’un radiologiste.
- 5.109** **Nous avons recommandé au ministère de s’assurer que les radiologistes en poste permettent de répondre efficacement et équitablement aux besoins de la population à desservir.**

Gestion de la qualité des services

- 5.110** Dans *Une réforme axée sur le citoyen* (1990), le ministère affirmait que toute personne qui se soumet à des examens diagnostiques est en droit de s’attendre à ce que les résultats soient fiables et à ce que les services d’imagerie médicale répondent à des normes de qualité reconnues. Pour ce faire, les rôles et les responsabilités des différents acteurs ainsi que leur champ d’intervention doivent être clairement définis.
- 5.111** De surcroît, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* attribue à chaque établissement la responsabilité d’offrir des services de qualité. Quant aux cliniques privées, la *Loi sur la protection de la santé publique* les oblige à détenir un permis délivré par le ministère, sur recommandation du LSPQ, et à se soumettre aux inspections de ce dernier.
- 5.112** Pour leur part, les différents ordres professionnels du Québec, notamment ceux qui regroupent les médecins, les technologues en radiologie et les dentistes, doivent protéger le public et garantir, au moyen d’inspections professionnelles, la qualité des actes posés par leurs membres.

Normes de qualité

Selon les établissements, des appareils similaires ne sont pas assujettis aux mêmes normes de qualité.

- 5.113** Sans nous prononcer sur la qualité des examens diagnostiques d’imagerie médicale effectués au Québec, force est de constater que, selon les établissements, des appareils similaires ne sont pas assujettis aux mêmes normes de qualité. Du reste, nous avons déjà soulevé une problématique analogue dans le second chapitre du *Rapport du Vérificateur général à l’Assemblée nationale pour l’année 1998-1999* (tome II), qui se penchait sur les laboratoires de biologie médicale.
- 5.114** Pour ce qui est des établissements publics, l’article 11 du Règlement sur l’organisation et l’administration des établissements mentionne ceci : « Un établissement qui utilise des appareils émettant des radiations doit adopter des modes de contrôle de l’utilisation de ces appareils, comme ceux prévus au Règlement d’application de la Loi sur la protection de la santé publique [...] »
- 5.115** En ce qui a trait aux cliniques privées, elles doivent se conformer aux normes de qualité et de sécurité énoncées dans le Règlement d’application de la Loi sur la protection de la santé publique.



- 5.116** Tandis que le LSPQ est tenu de s'assurer que les entités du secteur privé respectent la réglementation, ni le ministère ni un organisme qu'il aurait mandaté pour ce faire ne veillent à ce que les établissements publics appliquent des normes de qualité et de sécurité.
- 5.117** Pourtant, si l'on se reporte aux responsabilités qui lui ont été confiées par un mandat du ministère en 1993, le LSPQ devait « prévoir l'expansion aux établissements de ses activités en matière de radioprotection ». Cependant, le ministère n'a pas fait de suivi auprès du LSPQ concernant le respect de cette facette de son mandat. Et de son côté, le LSPQ n'a encore rien prévu relativement à ses activités en radioprotection auprès des établissements publics, à l'exception du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Dans le cadre de ce programme, le rôle du LSPQ se limite aux services de dépistage et d'investigation et ne couvre que les appareils de mammographie visés.
- 5.118** Le principal contrôle exigé par le Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique est la vérification bisannuelle de tous les appareils émettant des rayons X. Il est demandé à chaque clinique privée de faire inspecter ses équipements par un physicien spécialisé en radioprotection. Ce dernier produit un rapport consignnant ses constatations et le transmet au responsable du laboratoire de radiologie qui, de son côté, doit apporter immédiatement les correctifs nécessaires, le cas échéant. Pour ce qui est des établissements publics, ils doivent adopter des modes de contrôle comme ceux prévus au règlement.
- 5.119** Or, nos travaux révèlent des lacunes au regard du processus de contrôle mis en œuvre par les établissements publics. D'une part, ces derniers ne font pas tous inspecter leurs appareils par un physicien à la fréquence suggérée par la réglementation. Ainsi, nous avons été à même d'identifier, parmi les huit établissements vérifiés, trois CHSGS qui ne soumettaient pas à ce type de contrôle la totalité des équipements visés. De surcroît, pour deux de ces centres, des rapports d'inspection étaient espacés de plusieurs années (jusqu'à sept ans), ce qui est pour le moins préoccupant.
- 5.120** D'autre part, même lorsqu'un rapport d'inspection est produit, le suivi des correctifs demandés n'est pas exercé de façon systématique : hormis une entité, les établissements publics vérifiés ne pouvaient fournir l'assurance que tous les problèmes soulevés étaient corrigés.
- 5.121** Tout compte fait, des équipements non conformes aux normes de qualité et de sécurité reconnues sont susceptibles d'être utilisés sans qu'on détecte ni corrige rapidement leurs anomalies sur le plan de la radioprotection, d'où le risque que la production d'images ne reflète pas adéquatement la réalité ou encore que des personnes soient exposées à des doses indues de rayons X.
- 5.122** En ce qui concerne les cliniques privées, le scénario est différent. En effet, elles doivent fournir la preuve que leur parc d'équipements est régulièrement inspecté et qu'elles ont remédié aux lacunes rapportées par le physicien avant de voir leur permis renouvelé.

**Des contrôles insuffisants
accroissent le risque
d'images inadéquates
ou de doses indues
de rayons X.**



- 5.123** Pour s’assurer que les cliniques privées se conforment à la réglementation, on a conféré au LSPQ la charge d’effectuer de façon ponctuelle des visites d’inspection des laboratoires d’imagerie médicale. Néanmoins, le LSPQ ne remplit pas ses obligations à ce propos : il se contente d’examiner les rapports d’inspection des médecins qu’on veut bien lui transmettre et de demander par la suite des preuves écrites démontrant que les problèmes ont été résolus.
- 5.124** En agissant de la sorte, le LSPQ n’a pas l’assurance que tous les rapports produits lui sont acheminés ni que tous les équipements visés sont inspectés. Des cliniques privées utilisent des appareils émettant des radiations alors que le LSPQ n’a aucune information concernant leur état. Il ignore donc s’ils satisfont aux normes de sécurité et de qualité afférentes.
- 5.125** **Nous avons recommandé au ministère de s’assurer que le Laboratoire de santé publique du Québec remplit tous les volets du mandat qu’il lui a confié, notamment en ce qui concerne l’expansion aux établissements publics de ses activités en matière de radioprotection.**
- 5.126** **Nous avons recommandé aux établissements publics concernés d’adopter des modes de contrôle de l’utilisation des appareils émettant des radiations, conformément à la réglementation.**
- 5.127** **Nous avons recommandé au Laboratoire de santé publique du Québec de remplir le mandat que lui a confié le ministère relativement au contrôle de la qualité des laboratoires d’imagerie médicale; pour ce faire, il devrait notamment :**
- **prévoir l’expansion aux établissements publics de ses activités en radioprotection;**
 - **vérifier que les cliniques privées respectent les dispositions de la *Loi sur la protection de la santé publique* et de son règlement d’application, en y effectuant, entres autres, des visites d’inspection.**

Contrôle des permis de radiologie

- 5.128** Il est connu depuis longtemps que les appareils de laboratoire qui produisent des rayons X présentent des risques pour la santé des patients et des personnes qui les manipulent au quotidien. Par ailleurs, l’article 31 de la *Loi sur la protection de la santé publique* précise que « [...] nul ne peut exploiter un laboratoire [...] s’il n’est titulaire d’un permis délivré à cette fin par le ministre ».
- 5.129** Ainsi, toute clinique privée doit détenir un permis approprié et valide pour effectuer des examens radiologiques. Les principales cliniques touchées par cette mesure sont, notamment, celles qui offrent des services de radiologie diagnostique générale (105), de médecine dentaire (2091), de chiropratique (419) et de podiatrie (8). Pour obtenir, conserver et renouveler annuellement leur permis, elles ont à respecter plusieurs critères de qualité et de sécurité.



5.130 Le LSPQ est le mandataire du ministère quant au traitement des dossiers. Par conséquent, il lui revient de recommander aux autorités ministérielles l'attribution, le renouvellement ou le retrait des permis. Afin de permettre au LSPQ de mener à bien cette tâche, le ministère a intégré dans le libellé de son mandat des actions à entreprendre.

Détention obligatoire du permis et conformité avec la loi

5.131 Outre ses obligations au regard des visites d'inspection, le LSPQ doit fournir périodiquement au ministère la liste des personnes ou des organismes qui continuent d'exploiter une clinique sans permis en dépit de ses efforts pour corriger la situation.

5.132 Nos travaux font ressortir que les mesures mises en place par le ministère et le LSPQ pour vérifier que toutes les cliniques privées de radiologie possèdent un permis et qu'elles respectent la loi et le règlement en vigueur s'avèrent tantôt insuffisantes, tantôt inadéquates.

5.133 En effet, lorsque le LSPQ constate qu'une clinique privée n'a pas le permis exigé par la loi, il communique avec son propriétaire afin de lui rappeler ses obligations. S'il refuse d'obtempérer, le LSPQ en avise le ministère, qui envoie au fauteur une mise en demeure. Malgré les gestes successifs posés par ces instances administratives pour rappeler à l'ordre les cliniques récalcitrantes, certaines ne cessent pas de dispenser des services de radiologie pour autant.

5.134 Auparavant, les cliniques privées qui offraient des services assurés d'imagerie médicale étaient remboursées par la RAMQ à condition de détenir un permis en bonne et due forme. Pour corroborer ce fait, le LSPQ transmettait à la RAMQ une liste des cliniques dont les pièces étaient en règle. Ce contrôle incitait les propriétaires concernés à détenir un permis et à se conformer à la loi pour le conserver. Toutefois, depuis environ un an et demi, le LSPQ a négligé ce procédé de contrôle.

5.135 En l'absence de mesures coercitives efficaces, certains propriétaires ne se conforment pas à l'obligation de détenir un permis de radiologie valide. Nous avons relevé une dizaine de cliniques privées en situation d'illégalité, dont une qui fonctionne sans permis depuis 1994.

5.136 Une autre de nos préoccupations concerne la procédure liée au renouvellement. C'est que le LSPQ base sa recommandation de renouveler ou non un permis en se fondant sur le dernier rapport d'inspection de physicien disponible à cette date. Quand le LSPQ reçoit le rapport d'inspection subséquent et que des déficiences y sont notées, il fait bien un suivi pour vérifier qu'on apporte les correctifs demandés, mais ne prend aucune mesure pour que la clinique prise en défaut se conforme à la réglementation. Concrètement, il n'y a aucune sanction avant le prochain renouvellement du permis. Le seul geste posé par le LSPQ se résume à transmettre chaque année au ministère, en mars, la liste des propriétaires qui

***Mesures coercitives
inefficaces
pour les cliniques privées
prises en défaut.***



n'ont pas obtempéré. En janvier 2001, des données du LSPQ montraient qu'une centaine de cliniques ne s'étaient pas conformées aux exigences du dernier rapport d'inspection ou n'avaient pas encore transmis leur rapport au LSPQ. Une clinique privée peut donc continuer, durant plusieurs mois, d'effectuer des examens de radiologie alors que le LSPQ sait pertinemment que certains appareils ne sont pas conformes à ses exigences.

- 5.137** Par ailleurs, un vide juridique fait en sorte qu'une clinique privée n'est pas tenue de posséder un permis pour produire des examens à l'aide d'un échographe ou d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique puisque la loi ne couvre que les unités émettant des radiations. Ces deux types d'appareils échappent dès lors à tout contrôle de la part du ministère. Nos travaux nous ont effectivement confirmé l'existence d'une clinique offrant uniquement des services d'imagerie par résonance magnétique; elle mène ses affaires en toute légalité, sans permis. De plus, étant donné que ces cliniques ne sont contrôlées d'aucune façon, elles pourraient même être détenues par des gens n'ayant aucune formation médicale.
- 5.138 Nous avons recommandé au ministère et au Laboratoire de santé publique du Québec**
- de s'assurer que les cliniques privées offrant des services de radiologie détiennent un permis valide;
 - de veiller à ce que les cliniques privées se conforment aux dispositions légales en corrigeant promptement les lacunes décelées lors de l'inspection obligatoire des appareils.
- 5.139 Nous avons recommandé au ministère de s'assurer que l'exploitation de tous les appareils d'imagerie médicale est réglementée.**

Information de gestion et reddition de comptes

- 5.140** Les établissements publics sont responsables de gérer efficacement leurs services d'imagerie médicale. Afin de dresser un bilan objectif à cet égard, le ministère et les régies régionales doivent, en détenant une information de gestion pertinente, être en mesure d'apprécier la performance des entités au moyen d'indicateurs fiables et de comparer les résultats de façon à appliquer les mécanismes les plus appropriés.
- 5.141** Nous avons vu que la gestion judicieuse d'activités de cette nature nécessite la collecte, l'analyse et le suivi de données primordiales: un inventaire détaillé des équipements et des données sur leur utilisation, les délais d'attente associés aux différents types d'examens ainsi que la répartition des radiologistes. Or, comme nous l'avons déjà souligné, cette information n'est pas toujours disponible ni complète.
- 5.142** Par ailleurs, le coût par unité technique est un autre outil de gestion fort utile. L'unité technique correspond généralement au temps moyen pris par un technologue pour effectuer un examen donné. On constate néanmoins qu'aucun



suiwi satisfaisant n'est exercé relativement à la fiabilité des données recueillies, même si le coût par unité technique pourrait fournir une base de comparaison intéressante. Faute d'indicateurs de performance appropriés, ni le ministère ni les régies régionales ne sont en mesure de comparer les résultats des établissements publics en ce qui a trait aux services d'imagerie médicale.

5.143 De plus, les exigences actuelles concernant la reddition de comptes ne sont pas assez élevées, ce qui ne favorise pas une gestion judicieuse, notamment en ce qui concerne la prise de décision. À titre d'exemple, le manque de renseignements sur les délais d'attente empêche le ministère et les régies régionales d'analyser cette problématique sous tous les angles souhaitables et d'apporter les correctifs nécessaires en temps voulu.

*Pas d'information étoffée,
pas d'amélioration
de la performance.*

5.144 Somme toute, le ministère n'est pas en mesure de dire si les services d'imagerie médicale sont gérés d'une façon efficiente. Son rapport annuel est d'ailleurs muet à ce sujet. En l'absence d'une information suffisamment étoffée, le ministère et les régies peuvent difficilement mettre en place les mesures appropriées pour améliorer la performance des établissements publics.

5.145 **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales**

- **de déterminer des indicateurs appropriés pour évaluer la performance des établissements publics en matière de services d'imagerie médicale et de les divulguer aux intéressés;**
- **de mettre en place des mesures pour favoriser la fiabilité de l'information servant à évaluer la performance des établissements publics;**
- **d'améliorer le processus de reddition de comptes afin de détenir toute l'information nécessaire pour gérer judicieusement les services d'imagerie médicale.**

5.146 Commentaires du ministère

« **Orientations et objectifs.** Les services d'imagerie médicale constituent un soutien indispensable au diagnostic médical et assurent du choix de la meilleure thérapeutique possible. Le MSSS doit s'assurer que chaque établissement dispose des équipements appropriés afin de remplir adéquatement sa mission, compte tenu des ressources disponibles.

« **Développement du secteur privé.** La question des examens offerts par les cliniques privées a déjà été mentionnée à quelques reprises et fait partie de la problématique plus globale de l'intégration des services, soulevée d'ailleurs dans le rapport de la Commission Clair et faisant partie du suivi à donner à ce rapport.

« **Planification de l'acquisition des équipements.** Le MSSS utilise différentes approches pour l'évaluation des besoins et la planification de l'acquisition d'équipements, selon les types d'équipements et les catégories, soit le développement ou le remplacement.



« Ainsi, plusieurs technologies sont directement reliées à divers programmes nationaux élaborés à partir de problématiques de santé importantes. C'est le cas, par exemple, des équipements de mammographie reliés au Programme québécois du dépistage du cancer du sein et des appareils d'angiographie cardiaque reliés au plan d'action en cardiologie tertiaire.

« Pour d'autres technologies pouvant servir à plusieurs spécialités ou ultraspécialités, l'évaluation des besoins se fait à partir de différentes études portant sur leurs applications cliniques. Mentionnons, par exemple, la résonance magnétique. Poursuivant son plan de diffusion en trois phases, soit les centres hospitaliers du réseau universitaire, ceux à vocation régionale et ceux à vocation sous-régionale, le MSSS a autorisé l'implantation de sept nouveaux appareils, en 2000-2001.

« Pour l'évaluation des technologies en émergence, le MSSS peut compter sur l'expertise de différents groupes ou organismes. Rappelons l'étude, actuellement en cours, sur la tomographie par émission de positrons, effectuée en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et différents spécialistes du réseau.

« Lorsqu'il s'agit du remplacement des équipements, le MSSS s'appuie sur la collaboration des régies régionales, lesquelles sont bien placées pour évaluer les priorités de leurs établissements. En effet, les régies régionales jouent un rôle important dans le remplacement des équipements, étant responsables des enveloppes budgétaires décentralisées dites de « maintien d'actifs ». Rappelons, également, la vaste étude des besoins des centres hospitaliers universitaires effectuée au début de l'année 1999.

« Mentionnons, également, qu'en collaboration avec ses partenaires du réseau, le MSSS cherche continuellement à améliorer son processus de planification de l'acquisition des équipements, notamment à long terme.

« **Inventaire des équipements.** À ce chapitre, mentionnons que le MSSS possède un inventaire à jour des équipements des secteurs de pointe, comme la tomographie par émission de positrons, la résonance magnétique et la médecine nucléaire.

« **Durée de vie utile des équipements.** À ce sujet, il faudrait préciser que les estimations du MSSS s'appuient sur des études effectuées périodiquement par un groupe d'experts en génie biomédical et en biophysique qui œuvrent dans le réseau.

« **Effectifs médicaux.** Le MSSS, en collaboration avec ses partenaires qui siègent à la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, révisé annuellement les politiques gouvernementales relatives aux admissions en médecine et à la répartition des postes de formation postdoctorale en résidence entre les programmes de médecine familiale et les programmes spécialisés.

« À cet égard, soulignons que le niveau des admissions en médecine a été augmenté de 23 p. cent au cours des deux dernières années et que les programmes de formation postdoctorale en radiologie diagnostique sont considérés depuis déjà quelques années dans les politiques gouvernementales parmi les programmes où le recrutement de résidents est prioritaire.



« Dans le cadre de la révision des plans d'effectifs médicaux en cours, un travail conjoint entre le MSSS, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et l'Association des radiologistes du Québec, a permis d'identifier les besoins prioritaires de recrutement. Ceux-ci feront l'objet d'une validation auprès des régies régionales dans le but d'établir les objectifs ministériels de croissance par établissement en radiologie diagnostique et dans les autres spécialités de base.

« Enfin, dans le cadre des négociations avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'affiliation aux établissements de santé des médecins spécialistes exerçant en cabinet est une voie qui sera explorée au cours de la prochaine année. Une telle affiliation à l'intérieur de balises à être déterminées pourrait contribuer à l'amélioration de l'accès aux services.

« **Gestion des délais.** Pour faire face aux problèmes d'accessibilité aux services médicaux et chirurgicaux, le MSSS a mis sur pied, depuis l'automne 2000, un projet visant à :

- S'assurer que les patients reçoivent les services dans des délais acceptables selon leur condition clinique ;
- Fournir aux médecins spécialistes un outil qui leur facilite une gestion efficace de l'accès aux services pour leurs patients ;
- Permettre aux gestionnaires des établissements de mieux supporter la gestion de l'accès aux services ;
- Connaître la situation réelle de l'accessibilité aux services.

« Ce projet, intitulé SGAS (Système de Gestion de l'Accès aux Services) couvre, actuellement, les soins de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie.

« Une fois l'implantation du système SGAS terminée dans les établissements concernés, une évaluation indépendante du système sera réalisée afin de décider de l'opportunité d'étendre le projet aux autres disciplines chirurgicales et éventuellement à tous les services médicaux. Il faut souligner que le progiciel qui sera implanté est totalement paramétrable et pourra s'appliquer à d'autres secteurs potentiellement problématiques tels que la chirurgie oncologique et les tests diagnostiques dont l'imagerie médicale.

« **Normes de qualité.** De façon générale, il revient à chaque établissement de s'assurer que les équipements qu'il utilise fonctionnent adéquatement et de façon sécuritaire. En ce qui concerne les appareils émettant des radiations, le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements prévoit des mesures spécifiques, telles que vous le mentionnez dans votre rapport.

« En collaboration avec l'Institut national de santé publique et le LSPQ, de même qu'avec ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, le MSSS verra à prendre les moyens requis pour s'assurer d'un contrôle efficace des appareils émettant des radiations, utilisés dans les établissements et les laboratoires privés.



« **Contrôle des permis de radiologie.** Le MSSS prend bonne note des constatations du Vérificateur général en rapport avec le fonctionnement dans l'illégalité de certaines cliniques privées. Il s'assurera, avec l'Institut national de santé publique et le LSPQ, que les cliniques privées offrant des services de radiologie détiennent un permis valide, en remettant notamment en marche le mécanisme d'avis à la RAMQ.

« De plus, le MSSS verra à mettre en place des mécanismes efficaces pour que les situations déficientes soient corrigées rapidement.

« Il n'apparaît pas pertinent, à ce moment-ci, de regrouper sous une même réglementation les appareils n'émettant pas de radiations ionisantes (échographie, résonance magnétique) et les appareils émettant des radiations ionisantes (radiologie, radiothérapie, médecine nucléaire).

« **Information de gestion et reddition de comptes.** La publication récente du rapport Bédard et les gestes récents posés par le MSSS dans l'appréciation monétaire de la performance des établissements témoignent de l'importance qu'il entend accorder à la reddition de comptes basée sur une information de gestion appropriée. »

5.147 Commentaires du Laboratoire de santé publique du Québec

« Ce portrait brossé par le Vérificateur général correspond, dans une grande mesure, au point de vue du LSPQ. Il nous semble toutefois utile d'apporter certaines précisions.

« L'expansion des services de radioprotection aux établissements serait possible. Il faudrait cependant que le MSSS accorde au LSPQ les ressources humaines et financières nécessaires. C'est aussi à cette condition que le LSPQ pourrait augmenter la fréquence des visites d'inspection, comme le propose le rapport.

« Le Vérificateur général recommande au LSPQ de s'assurer que les cliniques disposent d'un permis valide. Or, dans les faits, le LSPQ vérifie systématiquement les bottins des ordres professionnels afin d'identifier les cliniques sans permis et de leur rappeler leurs obligations.

« Le LSPQ doit entreprendre des démarches auprès des cliniques qui ne respectent pas la loi ou ses règlements, puis signaler au MSSS celles qui refusent de corriger leur situation – ce qu'il fait périodiquement. Il transmettra dorénavant plus fréquemment des avis de non-conformité. Toutefois, le suivi reste la responsabilité du MSSS, le seul habilité à révoquer les permis.

« Enfin, il convient de souligner que moins de 3 p. cent des 2800 cliniques détentrices de permis présentent des irrégularités et que la majorité d'entre elles (65 p. cent) corrigent rapidement leur situation. »

5.148 Résumé des commentaires des régions régionales

À la suite de la lecture du rapport, les régions régionales ayant fait l'objet de nos travaux de vérification considèrent que, de façon générale, il traduit bien la situation actuelle à l'égard des services d'imagerie médicale. Elles ont cependant tenu à apporter des commentaires particuliers sur certains sujets.



Ainsi, une régie souligne ceci : « Pour les régies régionales, certaines des recommandations proposées seront réalisables en autant que des actions auront été prises au niveau du MSSS, surtout en termes de financement et d'acquisition des équipements technologiques et des systèmes d'information ainsi que de planification des effectifs médicaux et techniques. »

Concernant l'établissement d'un plan d'organisation des services d'imagerie médicale, les régies régionales souscrivent à nos commentaires. Une régie nous informe que « [...] l'élaboration d'un plan d'organisation des services médicaux spécialisés en radiologie est imminente puisque cette spécialité fait partie d'une des six pour lesquelles un plan d'organisation doit être élaboré en priorité ».

En ce qui a trait à la gestion des équipements, les régies sont d'accord avec la pertinence de dresser un inventaire complet et détaillé du parc d'équipements sous leur responsabilité, à l'exception de l'une d'entre elles qui « [...] se questionne sur l'utilité d'en mettre un [inventaire] en place et de le maintenir à jour au sein de la régie régionale ». Elle ajoute que « [...] dans les discussions qui ont eu lieu récemment au niveau provincial, il a été établi que la responsabilité de veiller au maintien du parc d'équipements devrait relever de l'établissement en autant qu'on lui donne les moyens d'assumer cette responsabilité. Le rôle de la régie régionale serait de s'assurer que l'établissement tient à jour un inventaire et un plan de remplacement de son parc d'équipements. »

Par contre, une autre des régies concernées nous a informés qu'elle « [...] a entrepris une démarche afin d'établir un portrait complet du parc d'équipements dont l'échéancier est prévu pour la fin de septembre 2001 », alors qu'une autre dispose déjà d'un inventaire complet et détaillé qui lui permet notamment de connaître l'âge et l'état des appareils.

Au regard de l'accessibilité aux services, les régies adhèrent à nos recommandations. Une des régies précise que des travaux, à ce propos, sont en cours depuis novembre 2000 : « Suite aux constats dégagés, des pistes de solutions ont été identifiées et seront précisées avec la collaboration des différents partenaires en tenant compte des nombreux enjeux. Notre plan d'action prévoit, entre autres, l'optimisation de l'accessibilité aux plateaux techniques hospitaliers à court terme ainsi que la mise à jour et le suivi des données. » Une autre régie ajoute ceci : « Actuellement, nous sommes à réviser la pertinence des informations en vue d'établir un "monitoring" des listes d'attente afin d'assurer une accessibilité aux services d'imagerie médicale. »

5.149 Résumé des commentaires des établissements publics

En ce qui concerne les établissements publics, trois sujets les touchaient plus particulièrement, soit l'acquisition des équipements, l'accessibilité aux services et la gestion de la qualité.

Les établissements publics vérifiés considèrent que, de façon générale, le rapport décrit bien la situation des services d'imagerie médicale. Ils sont d'accord avec nos recommandations et ont, dans l'ensemble, formulé très peu de commentaires sur chacun des sujets.



L'un des établissements a toutefois tenu à apporter, en ce qui concerne les normes de qualité, la précision suivante : « Bien qu'au niveau de la radioprotection, nous n'ayons pas, en tant qu'établissement public, à nous conformer au Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique, nous essayons néanmoins d'appliquer cette norme de qualité. »



ANNEXE – OBJECTIFS DE VÉRIFICATION ET CRITÈRES D'ÉVALUATION

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion au sujet des éléments abordés au cours de ce mandat de vérification, en fonction des objectifs présentés. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et adéquats pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau d'assurance élevé. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Les critères d'évaluation émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. De plus, ils répondent aux exigences de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA). Nos travaux sont conformes à la *Loi sur le vérificateur général* et aux méthodes de travail en vigueur, lesquelles respectent les normes des missions de certification émises par l'ICCA.

Objectif

S'assurer que le ministère s'est doté d'une stratégie qui favorise le fonctionnement optimal des services d'imagerie médicale.

Critères

- Le ministère doit préciser et divulguer ses orientations en ce qui concerne l'accessibilité aux services assurés, l'efficacité des services, le développement du secteur privé et la répartition des effectifs médicaux.
- Le ministère doit fixer des objectifs précis et mesurables en accord avec ses orientations. Ces objectifs doivent tenir compte des ressources disponibles et être communiqués aux différents paliers du réseau.
- Le ministère doit définir et mettre en place un plan d'action pour atteindre ses objectifs et en faire le suivi.

Objectif

Évaluer dans quelle mesure le mode d'organisation des services d'imagerie médicale favorise l'atteinte des objectifs en matière d'accessibilité et d'utilisation économique et efficiente des ressources.

Critères

- Les régies régionales doivent tenir compte des orientations, des objectifs et des directives ministériels dans l'organisation des services dispensés dans leur région.
- Les régies régionales doivent élaborer leur plan d'organisation, qui vise l'atteinte des objectifs en matière d'accessibilité et d'utilisation économique et efficiente des ressources.
- Les régies régionales doivent inciter les établissements publics à assurer l'accessibilité et à utiliser leurs ressources de façon économique et efficiente, notamment en fixant des objectifs et en mesurant l'atteinte de ces derniers.

- Les établissements publics doivent tenir compte des orientations, des objectifs et des recommandations de leur régie régionale et du ministère au regard de leurs activités.
- Les mesures mises en place par les établissements publics doivent favoriser l'économie et l'efficacité des services d'imagerie médicale et en assurer l'accessibilité.

Objectif

Évaluer dans quelle mesure les moyens mis en place par le ministère, le Laboratoire de santé publique du Québec, les régies régionales et les établissements publics favorisent la qualité des examens.

Critères

- Le ministère doit définir clairement les rôles et les responsabilités des différents acteurs ainsi que l'étendue de leur champ d'intervention en matière de contrôle de la qualité des examens.
- Les mécanismes mis en place par le ministère et le Laboratoire de santé publique du Québec doivent permettre de contrôler adéquatement la qualité des examens.
- Les établissements publics doivent mettre en place des mesures favorisant la qualité des examens qu'ils effectuent. Ils doivent s'assurer que ces mesures sont appliquées et évaluer les résultats.

Objectif

Déterminer si l'information de gestion et la reddition de comptes émanant des différents paliers du réseau permettent d'avoir une information continue concernant l'efficacité des services d'imagerie médicale.

Critères

- L'information de gestion détenue par les trois paliers du réseau doit permettre de connaître de façon continue:
 - l'organisation des services;
 - l'état de l'équipement;
 - l'accessibilité aux services;
 - les contrôles relatifs à la qualité des services.
- La reddition de comptes émanant des différents paliers du réseau doit permettre de suivre l'atteinte des objectifs, de comparer les performances et de mettre en place les correctifs nécessaires, qu'il s'agisse des activités chapeautées:
 - par le ministère;
 - par les régies régionales;
 - par les établissements publics;
 - par le Laboratoire de santé publique du Québec.

