



VÉRIFICATEUR  
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

**RAPPORT  
À L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
POUR L'ANNÉE 2004-2005  
TOME I**

**Chapitre**

***Suivi de vérifications  
de l'optimisation des ressources***



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	6.1.1
<b>ÉTHIQUE AU SEIN DE L'ADMINISTRATION GOUVERNEMENTALE QUÉBÉCOISE</b>	6.2.1
Conclusions générales	6.2.5
Valeurs fondamentales et règles minimales	6.2.11
Information, formation et conseils en matière d'éthique	6.2.18
Mesures incitatives à un comportement éthique	6.2.37
Reddition de comptes et contrôle	6.2.43
<b>SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE</b>	6.3.1
Conclusions générales	6.3.4
Organisation des services	6.3.9
Gestion des équipements	6.3.26
Accessibilité aux services	6.3.39
Gestion de la qualité des services	6.3.52
Contrôle des permis de radiologie	6.3.56
Information de gestion et reddition de comptes	6.3.62

*Les commentaires des entités apparaissent après chacun des sujets traités.*

### **Sigles utilisés dans ce chapitre**

<b>CHSGS</b>	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire	<b>PREM</b>	Plan régional des effectifs médicaux
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires	<b>RAMQ</b>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux	<b>RLSSS</b>	Réseau local de services de santé et de services sociaux
<b>CSST</b>	Commission de la santé et de la sécurité du travail	<b>SAAQ</b>	Société de l'assurance automobile du Québec
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille	<b>SCT</b>	Secrétariat du Conseil du trésor
<b>LSPQ</b>	Laboratoire de santé publique du Québec	<b>SIGARSSS</b>	Système d'information de gestion des actifs du réseau de la santé et des services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux		



## INTRODUCTION

- 6.1.1** Après un intervalle de quelques années, nos travaux de vérification donnent lieu à un suivi. Nous poursuivons alors l'objectif de voir si les recommandations formulées à l'époque ont été prises en compte et si les entités vérifiées ont remédié aux déficiences que nous avons relevées.
- 6.1.2** Cet exercice, qui vient compléter la vérification initiale, permet d'informer les parlementaires quant aux actions qui ont été entreprises pour pallier les difficultés dont nous faisons état. Lorsque des problèmes perdurent, nous en rappelons brièvement les causes et les conséquences.
- 6.1.3** Le tableau 1 présente les suivis dont traite le présent tome, avec la référence aux vérifications initiales.

**TABLEAU 1**

### SUIVIS DONT TRAITE LE PRÉSENT TOME

Vérification d'origine	Rapport pour l'année concernée
Éthique au sein de l'administration gouvernementale québécoise	2000-2001, tome I, chapitre 3
Services d'imagerie médicale	2000-2001, tome I, chapitre 5

- 6.1.4** À la faveur de ces travaux, nous avons donc effectué le suivi de 38 recommandations. Le tableau 2 informe le lecteur sur leur application par suivi. Nous sommes satisfaits des progrès réalisés, c'est-à-dire qu'elles ont été appliquées ou que des progrès satisfaisants dans cette voie ont été enregistrés, dans 86 et 53 p. cent des cas respectivement. De plus amples détails sont fournis dans les autres sections du chapitre.
- 6.1.5** Le premier de ces taux est satisfaisant, tandis que l'autre est en deçà de nos attentes. Toutefois, nos travaux concernant le suivi pour lequel le taux est moindre nous ont permis de constater que 93 p. cent de nos recommandations ont suscité des gestes concrets susceptibles d'améliorer la gestion des activités que nous avons examinées.

**TABLEAU 2**

### APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

	Nombre*	Appliquées %	Recommandations		Non appliquées %
			Partiellement appliquées		
			Progrès satisfaisants %	Progrès insatisfaisants %	
Éthique au sein de l'administration gouvernementale québécoise	8	–	86	14	–
Services d'imagerie médicale	30	16	37	40	7

\* Une des recommandations, qui était sans objet, n'est pas considérée à des fins statistiques.



## ÉTHIQUE AU SEIN DE L'ADMINISTRATION GOUVERNEMENTALE QUÉBÉCOISE

### *Travaux effectués auprès du ministère du Conseil exécutif, du Secrétariat du Conseil du trésor et de certains autres ministères, organismes et entreprises du gouvernement*

#### *Suivi mené par*

Alain Fortin

Directeur de vérification

Stéphanie Joncas

Lorraine Paradis

- 6.2.1** Nous avons procédé au suivi de la vérification de l'optimisation des ressources effectuée en 2000-2001 notamment auprès du ministère du Conseil exécutif, du Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) et du Secrétariat à la modernisation de la gestion publique, dont les activités ont depuis été regroupées avec celles du SCT. Nos travaux ont pris fin en décembre 2004.
- 6.2.2** La vérification initiale, dont les résultats ont été publiés dans le chapitre 3 du tome I du *Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 2000-2001*, avait pour but d'évaluer dans quelle mesure l'administration gouvernementale québécoise était dotée d'une infrastructure adéquate de l'éthique, tant pour les personnes œuvrant dans le service public que pour les organismes qu'elle subventionne ou qui traitent avec elle. Notre mandat ne consistait pas à rechercher des manquements à l'éthique, mais bien à nous assurer que les structures nécessaires étaient en place pour minimiser les risques que ceux-ci se produisent. Pour ce faire, nous avons entre autres demandé à 50 entités de l'administration gouvernementale québécoise de remplir un questionnaire. Ce dernier portait sur nos critères d'évaluation, qui étaient basés sur les grands principes énoncés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) relativement à l'éthique dans le service public. Pour nos récents travaux, nous avons expédié un nouveau questionnaire à 20<sup>1</sup> de ces entités. La sélection dans les divers groupes – ministères, organismes ou entreprises – des entités à interroger s'est faite en fonction de leurs caractéristiques et des lacunes que nous avons décelées à l'époque. Le nombre d'entités, combiné avec la sélection effectuée, est suffisant pour nous permettre de déterminer si la situation s'est améliorée.
- 6.2.3** Pour les fins de notre rapport, l'administration gouvernementale québécoise est essentiellement composée du gouvernement ainsi que de ses ministères, ses organismes et ses entreprises, à l'exception de leurs filiales.
- 6.2.4** Les détenteurs d'une charge publique comprennent le personnel<sup>2</sup>, c'est-à-dire les gestionnaires et les employés, de l'administration gouvernementale québécoise ainsi que toute personne nommée par le gouvernement ou un ministre, notamment à titre de membre<sup>3</sup> du conseil d'administration d'un organisme ou

1. Tout comme en 2001, les réponses reçues des entités ont fait l'objet de procédés de vérification afin que nous puissions nous assurer de leur vraisemblance.

2. Une partie de ce personnel est nommé en vertu de la *Loi sur la fonction publique*, soit principalement celui des ministères et de certains organismes du gouvernement.

3. La *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* désigne par l'appellation « administrateurs publics » les membres des conseils d'administration, certains titulaires de charges administratives ainsi que d'autres personnes nommées ou désignées par le gouvernement ou un ministre dans les entreprises ou les organismes du gouvernement.



d'une entreprise. Ils incluent également les membres<sup>4</sup> des conseils d'administration, ou de ce qui en tient lieu, des établissements du réseau de l'éducation et de celui de la santé et des services sociaux.

## Conclusions générales

- 6.2.5** Notre suivi révèle que des actions concrètes ont été accomplies afin de consolider l'infrastructure de l'éthique au sein de l'administration gouvernementale québécoise. Mentionnons à titre d'exemple le dépôt, à l'Assemblée nationale, de la *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise*. C'est toutefois sur le plan du personnel assujetti à la *Loi sur la fonction publique* qu'ont été apportées les améliorations les plus importantes. Outre la diffusion à l'ensemble de ce personnel du contenu de la déclaration de valeurs, un règlement le concernant a été révisé afin d'y inclure un certain nombre de règles comparables à celles destinées aux administrateurs publics. Des séances d'accueil à l'intention du nouveau personnel, abordant parmi plusieurs thèmes ceux de l'éthique et de la déontologie, ont aussi été mises en place. Enfin, presque tout le personnel régi par cette loi peut désormais bénéficier des avis de répondants en éthique désignés notamment pour exercer un rôle conseil.
- 6.2.6** Pour ce qui est des autres détenteurs d'une charge publique, nous avons aussi relevé des améliorations, notamment l'adoption d'un plus grand nombre de codes pour les informer de leurs devoirs et de leurs obligations. De plus, des journées d'accueil auxquelles sont conviés les nouveaux administrateurs publics qui occupent un poste de dirigeant à temps plein dans les entités ont été organisées récemment.
- 6.2.7** Nos travaux ont également mis en évidence des progrès satisfaisants en matière de formation et de mesures incitatives à un comportement éthique dans les 20 entités avec lesquelles nous avons communiqué à la fois en 2001 et en 2004.
- 6.2.8** Il reste cependant des efforts à déployer afin de joindre un plus grand nombre de détenteurs d'une charge publique, soit par l'intermédiaire des moyens déjà en place ou par l'instauration de nouvelles mesures, entre autres à l'intention du personnel qui n'est pas assujetti à la *Loi sur la fonction publique*. Par exemple, ce dernier devrait être avisé que la *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise* le concerne, lui aussi.
- 6.2.9** En ce qui a trait à la reddition de comptes, on trouve maintenant plus d'information en matière d'éthique dans les rapports annuels examinés, mais des améliorations sont toujours possibles pour certains d'entre eux.
- 6.2.10** Globalement, toutes nos recommandations ont suscité des gestes concrets et nous estimons que les progrès réalisés sont satisfaisants dans 86 p. cent des cas. Le tableau 1 fait le point sur l'état de chacune des recommandations.

4. Bien que la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* s'applique aussi à ces personnes, elle ne les désigne pas comme faisant partie de la catégorie des administrateurs publics.

**TABLEAU 1**
**ÉTAT DES RECOMMANDATIONS**

	Recommandation				
	Appliquée	Partiellement appliquée		Non appliquée	Sans objet*
		Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants		
<b>Nous avons recommandé au ministère du Conseil exécutif et au Secrétariat du Conseil du trésor de</b>					
Consolider ensemble l'infrastructure de l'éthique au sein de l'administration gouvernementale québécoise					
<b>Valeurs fondamentales et règles minimales</b>					
en énonçant et en diffusant un corps commun					
– de valeurs fondamentales		X			
– et de règles minimales applicables à l'ensemble des détenteurs d'une charge publique;			X		
<b>Cadre d'enquête et d'imposition de sanctions</b>					
en complétant la définition du cadre pour la tenue d'enquêtes et l'imposition de sanctions lorsqu'il y a manquement à l'éthique;					X
<b>Information, formation et conseils en matière d'éthique</b>					
en améliorant					
– l'information		X			
– la formation		X			
– et l'impartialité des conseils		X			
en matière d'éthique fournis aux détenteurs d'une charge publique, notamment en prenant les moyens nécessaires pour s'assurer que les entités assujetties à la <i>Loi sur le ministère du Conseil exécutif</i> et au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics en respectent les dispositions;					
<b>Mesures incitatives à un comportement éthique</b>					
en améliorant [...] les mesures incitatives à un comportement éthique;		X			
<b>Reddition de comptes et contrôle</b>					
en poursuivant les efforts entrepris en vue d'améliorer la reddition de comptes des entités qui la [l'administration gouvernementale québécoise] composent.		X			
<b>Nombre de recommandations</b>	–	6	1	–	1*
<b>Répartition</b>	–	86%	14%	–	
<b>Gestes concrets</b>	100%				
<b>Application complète ou progrès satisfaisants</b>	86%				

\* La recommandation sans objet n'est pas considérée à des fins statistiques puisqu'elle n'avait pas à être appliquée. En effet, lors de notre suivi, le ministère du Conseil exécutif a mentionné de nouveaux éléments qui nous ont conduits à revoir la conclusion que nous avons formulée lors de la vérification initiale.



## Valeurs fondamentales et règles minimales

- 6.2.11** L'éthique se définit notamment comme la science de la morale ou l'art de diriger la conduite. Elle a pour objet de nous aider à juger de la justesse de nos comportements. Il existe essentiellement deux sources qui influencent nos attitudes, nos choix, nos décisions et nos actions. La première est basée sur des valeurs, c'est-à-dire des croyances profondément ancrées, telles que l'honnêteté, le respect et l'équité, auxquelles un individu décide d'adhérer, sous l'influence entre autres de sa famille, de ses amis, de sa religion, de ses enseignants ou de son employeur. La seconde se fonde sur des règles quant à la conduite précise attendue et compose un volet de l'éthique que l'on nomme communément « déontologie ».
- 6.2.12** Le modèle de l'OCDE privilégie une infrastructure de l'éthique dans le service public basée à la fois sur des valeurs fondamentales et des règles minimales servant à guider la conduite. En effet, une infrastructure basée uniquement sur des règles exige la production de codes de déontologie qui, si volumineux soient-ils, ne peuvent prévoir la totalité des situations auxquelles une personne peut faire face. Par contre, s'il n'y a pas un minimum de règles à suivre, il peut devenir plus difficile d'atteindre l'objectif fixé. L'OCDE indique également que ces valeurs et règles doivent être claires, diffusées et, idéalement, inscrites dans le cadre juridique.
- 6.2.13** Or, au moment de notre vérification initiale, nous avons constaté, à la lecture des lois et des règlements qui s'appliquent exclusivement aux détenteurs d'une charge publique, que ces derniers n'étaient pas soumis à des valeurs ni à des règles communes pour guider leur conduite. L'examen des divers codes d'éthique et de déontologie obtenus des 50 entités répondantes conduisait à la même constatation.
- 6.2.14** Le 21 novembre 2002, le ministre d'État à l'Administration et à la Fonction publique a déposé à l'Assemblée nationale la *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise*. Cette dernière énonce les cinq valeurs – compétence, impartialité, intégrité, loyauté et respect – devant servir d'assise aux dirigeants, aux fonctionnaires ou aux autres employés de cette administration.
- 6.2.15** Ces valeurs ont été diffusées dans les entités dont le personnel est nommé en vertu de la *Loi sur la fonction publique*. Toutefois, cela n'a pas été le cas dans celles dont le personnel n'est pas assujéti à cette loi. Ainsi, aucune des neuf entités dont le personnel appartient à cette catégorie et qui ont répondu à notre questionnaire en 2004 n'a communiqué ces valeurs à son effectif. Six de ces entités ont mentionné ne pas l'avoir fait parce que, selon elles, seul le personnel assujéti à la *Loi sur la fonction publique* est concerné par ces valeurs. D'ailleurs, on ne précise pas clairement dans la déclaration de valeurs à qui elle s'applique. En outre, nous avons noté que peu d'administrateurs publics ont été dûment avisés que cette déclaration les vise, eux aussi.



**Corps commun de valeurs  
pour guider la conduite:  
progrès satisfaisants.**

- 6.2.16** En somme, des progrès satisfaisants ont été réalisés quant à l'adoption d'un corps commun de valeurs fondamentales pour guider la conduite des détenteurs d'une charge publique. Il reste cependant des efforts à fournir afin que l'on puisse considérer que ces valeurs ont été diffusées à l'ensemble des détenteurs.
- 6.2.17** Pour ce qui est de l'adoption de règles communes, un règlement révisé pour le personnel assujéti à la *Loi sur la fonction publique*, soit le Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique, est aussi entré en vigueur le 21 novembre 2002. Celui-ci comporte certaines règles analogues à celles du règlement visant les administrateurs publics, par exemple quant à l'acceptation de cadeaux et à l'après-mandat (c'est-à-dire les règles à respecter après la fin de l'emploi), ce qui n'était pas le cas lors de notre vérification initiale. Toutefois, ce corps commun de règles ne vise pas pour l'instant le personnel qui n'est pas assujéti à la *Loi sur la fonction publique*. En conséquence, nous estimons que les progrès accomplis en matière d'adoption d'un corps commun de règles minimales sont insatisfaisants.

## Information, formation et conseils en matière d'éthique

### Information en matière d'éthique

- 6.2.18** Le cadre juridique constitue le point de départ de la communication des valeurs fondamentales et des règles minimales servant à guider la conduite de tous les détenteurs d'une charge publique. Puisqu'elles constituent un minimum, il faut accompagner ces valeurs et ces règles d'autres informations, sous la forme d'exigences additionnelles ou d'explications, notamment pour tenir compte des risques plus élevés de manquements à l'éthique dans certaines organisations ou pour compenser un manque de clarté ou d'uniformité des valeurs et des règles énoncées dans le cadre juridique.

**Amélioration notable  
quant à l'adoption  
de codes pour le personnel  
ou les administrateurs.**

- 6.2.19** En 2000-2001, nous avons recommandé aux entités vérifiées d'améliorer l'information en matière d'éthique fournie aux détenteurs d'une charge publique. À cet égard, les progrès enregistrés sont satisfaisants. Une amélioration notable a été constatée quant à l'adoption de codes à l'intention du personnel ou des administrateurs et à la publication des codes destinés à ces derniers dans les rapports annuels des entités concernées. Des efforts sont cependant requis en ce qui a trait à l'information contenue dans les codes, car elle n'est pas plus claire ou complète qu'à l'époque. Enfin, nous avons noté des progrès relativement aux politiques et aux directives afférentes à l'utilisation d'Internet et aux lignes directrices guidant les relations entre les secteurs public et privé.

### Adoption de codes et publication de ceux destinés aux administrateurs

- 6.2.20** Notre rapport initial mentionnait que le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exigeait, pour le 1<sup>er</sup> septembre 1999, que les





membres du conseil d'administration de chaque organisme et entreprise du gouvernement se dotent d'un code d'éthique et de déontologie. En février 2001, 2 des 40 entités répondantes visées n'avaient toujours pas un tel code. Nous remarquons que ce n'est plus le cas aujourd'hui.

- 6.2.21** D'autre part, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* ordonnait, qu'en plus de le rendre accessible au public, ce code soit publié dans le rapport annuel de l'organisme ou de l'entreprise. Notre examen des rapports annuels les plus récents produits par les mêmes entités répondantes qu'en 2001 montre que seulement 10 d'entre elles n'ont toujours pas inséré ce code dans leur rapport, comparativement aux 22 de l'époque.
- 6.2.22** De semblables obligations – adoption d'un code et publication de celui-ci – touchaient également les membres des conseils d'administration, ou de ce qui en tient lieu, des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, y compris ceux des régions régionales. Ces dernières sont devenues depuis les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- 6.2.23** Lors de notre vérification initiale, au moins cinq agences n'avaient pas adopté un tel code et aucune de celles qui en possédaient un ne l'avait fait paraître dans son rapport annuel. À la fin de nos travaux de suivi, seuls les administrateurs d'une agence n'étaient pas dotés de ce document; toutefois, un projet de code venait d'être déposé et il était soumis à leur approbation. En outre, toutes les autres agences avaient publié leur code dans le rapport annuel de l'exercice 2003-2004.
- 6.2.24** Par ailleurs, une agence d'une importante région comptant plus d'une centaine d'établissements nous avait informés en 2001 que plus de 15 p. cent d'entre eux n'avaient pas encore de code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres de leurs conseils d'administration. Notre suivi révèle que cette proportion est dorénavant de moins de 5 p. cent et qu'il y a eu des améliorations dans plusieurs autres régions.
- 6.2.25** Enfin, en 2000-2001, nous avons constaté l'existence de plusieurs documents produits à l'intention du personnel des entités répondantes afin de l'informer du comportement attendu de sa part en matière d'éthique, même si la *Loi sur la fonction publique* et la quasi-totalité des lois constitutives de ces entités ne l'exigeaient pas. Pour le personnel assujéti à la *Loi sur la fonction publique*, nous avons mentionné la présence de la brochure intitulée *L'éthique dans la fonction publique québécoise*; en outre, des entités avaient élaboré leur propre code. Nous avons par contre relevé que 6 des 22 entreprises ou organismes répondants dont le personnel n'était pas assujéti à cette loi n'avaient pas, à l'époque, adopté de code pour celui-ci. Les réponses au questionnaire expédié en 2004 à 3 de ces 6 entités montrent qu'il y a eu une amélioration puisque 2 d'entre elles l'ont fait depuis.



### *Contenu de documents*

- 6.2.26** Notre examen, en 2001, du contenu des codes s'adressant au personnel, dont la brochure *L'éthique dans la fonction publique québécoise*, et de ceux destinés aux administrateurs publics des entités répondantes nous avait amenés à rapporter que l'information qu'ils contenaient n'était pas toujours claire ou complète et qu'elle était parfois discordante. C'était le cas, entre autres, de la notion de conflit d'intérêts que plusieurs codes n'explicitaient pas et n'illustraient pas clairement. Les lacunes soulevées portaient sur la définition de la notion, l'apparence de conflit, le conflit indirect et les liens familiaux. Comme autre exemple, signalons que plusieurs codes destinés aux administrateurs publics ne facilitaient pas la prise de connaissance de l'ensemble de leurs devoirs et de leurs obligations.
- 6.2.27** Lors de nos travaux de suivi, nous avons examiné le contenu des codes destinés, d'une part, au personnel et, d'autre part, aux administrateurs publics des entités répondantes en 2004. Or, le résultat est identique à celui de 2000-2001 : l'information comprise dans les codes n'est toujours pas claire ou complète à l'égard des mêmes éléments que ceux cités ci-dessus. Cependant, le cas de discordance noté dans notre rapport de 2001, selon lequel une entité œuvrant dans le secteur financier permettait à ses administrateurs et à son personnel d'effectuer certaines transactions qu'une autre entité du même secteur interdisait, a été réglé.
- 6.2.28** Enfin, nous avons aussi remarqué, au moment de la vérification initiale, que l'information contenue dans certaines politiques et directives circulant dans les entités répondantes était incomplète ou manquait de clarté. Ainsi, au sujet de l'utilisation d'Internet, plusieurs documents énonçant des règles en la matière n'en traitaient pas toutes les facettes importantes, notamment l'interdiction de consulter certains sites ou des aspects rattachés à la sécurité des échanges d'information. Pour les 20 entités répondantes en 2004, notre analyse montre que la situation a évolué favorablement à cause, principalement, de l'entrée en vigueur en octobre 2002 d'une directive visant l'ensemble du personnel assujéti à la *Loi sur la fonction publique*. Cette directive aborde des facettes importantes au sujet desquelles nous avons constaté des lacunes en 2001.

### *Lignes directrices pour guider les relations entre les secteurs public et privé*

- 6.2.29** Notre rapport de 2000-2001 soulignait que l'OCDE préconise des lignes directrices claires pour guider les relations entre les secteurs public et privé. Ce critère suppose que les partenaires extérieurs sont tenus de s'engager à respecter les valeurs de l'État. Or, un peu plus de la moitié des entités répondantes n'imposaient pas de ligne de conduite à leurs mandataires, à leurs fournisseurs ou à leurs consultants lorsque ces derniers transigeaient avec elles. Dans le cadre de notre suivi auprès de neuf d'entre elles, nous avons relevé que huit en fixent une désormais.



### **Formation en matière d'éthique**

- 6.2.30** L'information en matière d'éthique a beau être disponible, encore faut-il la transmettre au détenteur d'une charge publique ou lui dire à quel endroit il peut la consulter. En outre, il est aussi important de s'assurer que celui à qui elle est destinée en a bel et bien pris connaissance et qu'il en comprend le contenu.
- 6.2.31** Nous avons constaté à l'époque que seulement 17 des 50 entités répondantes faisaient signer une déclaration aux personnes nouvellement embauchées par laquelle elles attestaient avoir bien lu la documentation qui leur avait été remise et qu'elles s'engageaient à en respecter le contenu. Qui plus est, 5 entités avaient mentionné qu'elles ne remettaient aucun document sur l'éthique lors de l'entrée en fonction d'un nouvel employé. Parmi les 20 entités auxquelles nous avons envoyé un questionnaire dans le cadre de notre suivi, nous avons noté une amélioration significative. En effet, 4 des 13 entités qui ne faisaient pas signer de déclaration en 2000-2001 le demandent désormais. De plus, nos communications récentes avec 3 des 5 entités qui ne remettaient aucun document révèlent qu'elles en distribuent maintenant.
- 6.2.32** Dans notre rapport de 2000-2001, nous avons insisté sur l'importance de la formation et des activités de rappel pour aider le détenteur d'une charge publique à maîtriser les concepts qu'il doit appliquer dans l'exercice de ses fonctions. Or, seulement 5 des 50 entités répondantes avaient fait suivre à des membres de leur personnel une formation portant sur l'éthique en général durant la dernière année; par contre, un cours sur la protection des renseignements personnels avait été donné dans 68 p. cent des entités. Nous avons soulevé, en outre, que les membres du personnel n'avaient pas tous bénéficié de ces activités de formation.
- 6.2.33** Nos travaux de suivi montrent entre autres que des séances d'accueil d'une journée, destinées au nouveau personnel régulier assujetti à la *Loi sur la fonction publique*, ont lieu depuis janvier 2002. L'éthique et la déontologie font partie des thèmes abordés. Toutefois, les nouveaux employés concernés n'y ont pas tous assisté, mais le taux de participation est passé de 41 p. cent en 2002-2003 à 64 p. cent en 2003-2004. Outre ces séances d'accueil, 6 des 20 entités répondantes en 2004 nous ont indiqué que leur personnel ou une partie de celui-ci a participé à d'autres activités de formation ayant pour objet l'éthique en général; en 2001, une seule de ces 6 entités nous l'avait précisé. Des cours sur la protection des renseignements personnels ont également été dispensés dans une proportion d'entités comparable à celle de l'époque, sans encore là rejoindre nécessairement la totalité des employés. De plus, on a commencé à offrir en janvier 2004 aux gestionnaires de la fonction publique québécoise un nouveau programme de formation d'une journée portant exclusivement sur l'éthique; quelque 300 d'entre eux l'avaient suivi lorsque nos travaux ont pris fin. Enfin, depuis l'automne 2004, le ministère du Conseil exécutif offre lui aussi, mais à une clientèle différente, des journées d'accueil où il est entre autres question d'éthique et de déontologie. Cependant, peu de nouveaux administrateurs publics y ont



assisté; parmi ceux-ci, les seuls membres de conseils d'administration présents étaient ceux qui occupaient également un poste de dirigeant à temps plein dans l'entité.

**Formation en  
matière d'éthique:  
progrès satisfaisants.**

**6.2.34** Les progrès accomplis sont donc jugés satisfaisants pour ce qui est de notre recommandation d'améliorer la formation en matière d'éthique. Il reste par contre à joindre, avec les moyens déjà mis en place, un plus grand nombre de détenteurs d'une charge publique.

### **Conseils en matière d'éthique**

**6.2.35** Le détenteur d'une charge publique doit pouvoir bénéficier de conseils, préférablement impartiaux, lorsqu'il est devant un dilemme éthique et que toutes ses lectures et sa formation sont insuffisantes pour l'aider à le résoudre. Selon l'OCDE, un avis impartial peut contribuer à créer un environnement dans lequel les détenteurs d'une charge publique sont plus disposés à affronter et à résoudre les tensions d'ordre éthique.

**6.2.36** En 2001, la plupart des ressources mentionnées par les entités répondantes pour offrir des conseils aux administrateurs publics et au personnel aux prises avec un dilemme éthique pouvaient manquer d'impartialité pour exercer ce rôle. Depuis, pour donner suite à une demande adressée aux entités dont le personnel est assujéti à la *Loi sur la fonction publique* de la part de la secrétaire du Conseil du trésor, presque tout le personnel de ces entités peut maintenant recourir à un répondant en éthique pour obtenir des conseils. La participation de ces répondants à une activité de formation de quatre jours et l'utilisation d'outils mis à leur disposition en tant que membres d'un regroupement créé pour eux contribuent à un exercice plus impartial de leur rôle de conseiller. En outre, un poste de secrétaire adjoint à l'éthique et à la législation a été créé au ministère du Conseil exécutif dans les mois qui ont suivi la publication de notre rapport initial. Entre autres fonctions, il peut donner des conseils aux administrateurs publics. Nous sommes d'avis que de telles actions favorisent l'impartialité des conseils en matière d'éthique. Nous estimons donc que les progrès réalisés sont satisfaisants, même si les actions accomplies ne visaient pas le personnel non assujéti à la *Loi sur la fonction publique*.

### **Mesures incitatives à un comportement éthique**

**6.2.37** Plusieurs éléments peuvent occasionner un comportement non éthique, notamment des mécanismes de détection et de divulgation manquants ainsi que le traitement réservé aux actes répréhensibles.



**Plus d'entités ont des mécanismes internes pour détecter les actes répréhensibles.**

- 6.2.38** La potentialité d'actes répréhensibles implique la mise en place de moyens de détection et de divulgation pour découvrir ces actes, et d'outils d'enquête. Si l'acte reproché est confirmé, la sanction imposée au contrevenant doit avoir non seulement un but punitif, mais aussi dissuasif à son endroit et à l'égard d'autres détenteurs d'une charge publique qui voudraient l'imiter.
- 6.2.39** Les réponses des 20 entités avec lesquelles nous avons communiqué lors de notre suivi indiquent qu'un plus grand nombre d'entités qu'en 2001 disposent de mécanismes internes pour détecter les actes répréhensibles commis par des membres de leur personnel ou par des partenaires extérieurs, notamment des systèmes pour recueillir les plaintes en provenance de l'extérieur. Ainsi, des 10 entités répondantes de 2004 qui n'avaient pas à l'époque de tels mécanismes concernant leur personnel, 8 en possèdent maintenant. Relativement aux partenaires extérieurs, l'amélioration est moins marquée puisqu'elle touche seulement 4 entités sur les 17 qui montraient cette déficience antérieurement.
- 6.2.40** La vérification initiale avait aussi révélé que peu de codes, à savoir quatre à l'intention du personnel et cinq destinés aux administrateurs de nos entités répondantes, incitaient à la dénonciation soit de façon générale, soit sur un sujet particulier. Seulement quatre d'entre eux garantissaient l'anonymat au dénonciateur. De plus, les codes examinés qui s'adressaient au personnel décrivaient rarement le processus d'enquête et les droits de ceux à qui l'on reprochait des manquements. Enfin, deux entités répondantes avaient établi une procédure s'il advenait une divulgation, mais dans aucun des cas elle n'était complète. Par exemple, l'une d'elles ne visait que les cas de harcèlement.
- 6.2.41** Nos récents travaux font ressortir qu'il y a eu de rares ajouts relativement à ces sujets dans les codes examinés. Ainsi, la version la plus récente de la brochure destinée au personnel assujetti à la *Loi sur la fonction publique* reproduit une nouvelle exigence réglementaire de dénonciation; cette obligation ne se rapporte toutefois qu'au non-respect de règles d'après-mandat par un ancien membre du personnel. En outre, seulement une de nos 20 entités répondantes en 2004 a ajouté une exigence similaire dans le code de ses administrateurs publics. Enfin, au moins 4 entités de plus qu'en 2001 se sont dotées de procédures, bien qu'incomplètes, en cas de divulgation.
- 6.2.42** La forte augmentation du nombre d'entités disposant de mécanismes internes pour détecter les actes répréhensibles commis par des membres de leur personnel nous amène à considérer que les progrès réalisés sont satisfaisants relativement à notre recommandation d'améliorer les mesures incitatives à un comportement éthique. Il n'en demeure pas moins que d'autres gestes devront être faits, notamment afin de joindre une plus grande proportion de ceux qui étaient visés par cette recommandation.



## Reddition de comptes et contrôle

- 6.2.43** La reddition de comptes d'une entité doit entre autres porter sur la réalisation d'activités reliées à l'éthique et sur son respect des normes en la matière.
- 6.2.44** En 2000-2001, notre examen des rapports annuels les plus récents des 50 entités répondantes révélait que plus des deux tiers d'entre elles y avaient discuté d'activités réalisées en matière d'éthique. Pour la majorité toutefois, celles-ci avaient pour objet la protection des renseignements personnels. Par ailleurs, seulement 5 y dévoilaient des plaintes formulées à leur endroit ou des manquements de la part de leur personnel. Nous avons scruté le contenu du dernier rapport annuel de gestion de ces entités. Cet exercice montre que près de 90 p. cent des rapports traitent maintenant d'activités réalisées en matière d'éthique. Cependant, cela se limite encore à la protection des renseignements personnels pour un peu plus du quart d'entre eux. Enfin, beaucoup plus d'entités qu'avant, soit 29, abordent le sujet des plaintes ou celui des manquements du personnel.
- 6.2.45** À l'époque, nous avons également noté que, si le rapport d'activité du ministère du Conseil exécutif pour l'année terminée le 31 mars 2000 indiquait que les membres des conseils d'administration de chaque organisme et entreprise du gouvernement devaient se doter d'un code de déontologie au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 1999, il ne mentionnait pas si tous les codes avaient été adoptés à cette date. Le rapport de 2003-2004 énonce, quant à lui, que « la quasi-totalité des quelque 225 organismes et entreprises du gouvernement visés par l'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie avait satisfait à cette obligation ou était sur le point d'y donner suite ». Cette information mériterait toutefois d'être précisée: il faudrait y ajouter que ces codes s'adressent aux administrateurs publics, et ce, afin que l'on ne donne pas l'impression qu'ils peuvent aussi concerner le personnel. En outre, même si le rapport de 1999-2000 de ce ministère signalait que le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs était l'autorité compétente pour agir en cas de manquement aux règles d'éthique et de déontologie des administrateurs publics, il ne faisait nullement mention si des sanctions avaient dû être appliquées au cours de l'année. Nos travaux révèlent qu'à cet égard, l'information contenue dans le dernier rapport s'est améliorée.
- 6.2.46** Il y a quatre ans, le rapport d'activité de ce ministère et ceux des ministères de l'Éducation<sup>5</sup>, et de la Santé et des Services sociaux étaient muets quant à l'adoption, par les membres des conseils d'administration des établissements des réseaux de ces deux derniers ministères, des codes exigés par la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*. Les rapports de ces trois ministères, pour leur exercice financier 2003-2004, ne spécifient toujours pas si les exigences de cette loi ont été remplies.

5. Depuis le 18 février 2005, le nom de l'entité est « ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ».



**Plusieurs pas ont été franchis pour améliorer la reddition de comptes en matière d'éthique.**

- 6.2.47** Nous rappelions enfin dans notre rapport initial que le nombre de cas traités et les manquements commis par un membre assujéti à cette même loi doivent être publiés dans le rapport annuel de l'entité, ainsi que la sanction qui lui a été imposée. Les 40 entités répondantes concernées à l'époque avaient toutes affirmé qu'il n'y avait eu aucun manquement de la part de leurs administrateurs au cours de l'exercice. Nous avons alors conclu que cela expliquait probablement que 31 d'entre elles s'étaient cruées justifiées de ne pas publier le nombre de cas traités. Les 16 entités visées par cette loi auxquelles nous avons envoyé un questionnaire en 2004 ont de nouveau confirmé l'absence de manquement concernant leurs administrateurs. Cette fois-ci cependant, un peu plus de la moitié d'entre elles ainsi que 13 entités qui avaient rempli le questionnaire uniquement en 2001 ont indiqué qu'il n'y avait pas eu de manquement dans leur plus récent rapport annuel. Il s'agit là d'un autre pas de franchi pour donner suite à notre recommandation de poursuivre les efforts entrepris en vue d'améliorer la reddition de comptes des entités qui composent l'administration gouvernementale québécoise.
- 6.2.48** Nous évaluons que les progrès accomplis à ce sujet sont satisfaisants. Nous encourageons toutefois les entités à présenter dans leurs rapports annuels de gestion une information plus complète en matière d'éthique.

**6.2.49 Commentaires du ministère du Conseil exécutif**

« Le ministère prend acte des constats du Vérificateur général et partage ses conclusions générales. Il se réjouit que le Vérificateur général souligne que " des actions concrètes ont été accomplies afin de consolider l'infrastructure de l'éthique au sein de l'administration gouvernementale québécoise " et que des progrès jugés " satisfaisants " ont été accomplis à l'égard de la plupart des recommandations qu'il avait formulées dans son rapport 2000-2001.

« Le ministère est, bien sûr, conscient que, malgré ce bilan positif, il reste encore des gestes à poser afin de mieux répondre aux questionnements que soulève l'éthique dans l'administration publique québécoise et de consolider les acquis. Le développement et le maintien d'une culture éthique au sein de l'administration publique québécoise constituent, en effet, un défi permanent.

« À cet égard, si la priorité a été accordée jusqu'ici aux ministères et organismes dont le personnel est régi par la *Loi sur la fonction publique*, le ministère compte, dans une seconde phase, accentuer son intervention auprès des organismes dont le personnel n'est pas régi par cette loi.

« Le ministère, en collaboration avec le Secrétariat du Conseil du trésor, entend donc continuer à exercer un leadership en matière d'éthique. Cependant, comme il l'a toujours affirmé, c'est avant tout à chaque ministère et à chaque organisme qu'il revient de prendre en premier lieu les mesures appropriées en cette matière. »



#### 6.2.50 Commentaires du Secrétariat du Conseil du trésor

« Le Secrétariat du Conseil du trésor prend acte des constats du Vérificateur général et partage ses conclusions générales. Le Secrétariat entend poursuivre ses efforts de consolidation de l'infrastructure de l'éthique au sein de l'administration publique québécoise notamment par son soutien aux sous-ministres et dirigeants d'organisme au regard de leurs responsabilités en matière d'éthique. L'éthique étant une assise fondamentale de la gestion publique, le souci de bien faire doit être constant et le Secrétariat est conscient que la sensibilisation de tout le personnel doit être faite de façon continue. »

#### 6.2.51 Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux verra à rappeler aux agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux l'obligation, pour les établissements publics ou privés conventionnés, d'établir un code d'éthique et de déontologie et d'en rendre compte dans leur rapport annuel pour respecter la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, section éthique et déontologie, article 3.0.4. »

#### 6.2.52 Commentaires du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

« Compte tenu des devoirs et obligations légales qui incombent aux administrateurs publics du réseau de l'éducation concernant l'établissement d'un code d'éthique et de déontologie, son accessibilité au public et la reddition de comptes en la matière dans leur rapport annuel, il n'est pas requis que le rapport annuel de gestion du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport en fasse état. Le ministère n'a d'ailleurs aucune obligation légale à cet effet.

« Cependant, le ministère reconnaît la nécessité de poursuivre les efforts en matière d'éthique et entend continuer à assurer son leadership. Il est prévu de rappeler à l'ensemble des établissements du réseau scolaire leurs obligations au regard de l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* et de l'article 175.1 de la *Loi sur l'instruction publique*. »





## SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE

### **Travaux effectués auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Laboratoire de santé publique du Québec, d'agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux<sup>1</sup> ainsi que d'établissements**

#### *Suivi mené par*

Jean Villeneuve  
*Directeur de vérification*

Irène Bourg  
Annick Boutin  
Nancy Chalifour  
Guy Lavallée  
Gaston Riverin

- 6.3.1** Nous avons procédé au suivi de la vérification de l'optimisation des ressources effectuée en 2000-2001 auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), de quatre agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (appelées régies régionales à l'époque), de six centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et de deux centres locaux de services communautaires (CLSC). Nous avons effectué nos travaux de suivi auprès de toutes ces entités, à l'exception des deux CLSC pour lesquels nous n'avons formulé aucune recommandation. Nos travaux ont pris fin en novembre 2004.
- 6.3.2** La vérification initiale, dont les résultats ont été publiés dans le chapitre 5 du tome I du *Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 2000-2001*, avait pour but d'obtenir l'assurance que la gestion des entités nommées ci-dessus concourait à l'utilisation optimale des ressources destinées aux services d'imagerie médicale. Pour ce faire, nous avons analysé la stratégie du ministère et le mode d'organisation de ces services, aussi bien dans les régions qu'au sein même des établissements publics, afin de nous assurer de leur accessibilité et de l'utilisation économique et efficiente des ressources. Nous avons également examiné l'information de gestion et la reddition de comptes relativement aux différents paliers du réseau. De plus, nous avons voulu nous assurer que les moyens mis en place favorisaient la qualité des actes médicaux propres à l'imagerie médicale.
- 6.3.3** Tout comme en 2000-2001, un sondage nous a permis de recueillir de l'information auprès de toutes les agences, notamment sur les délais rattachés aux principaux examens d'imagerie médicale, et ce, pour la quasi-totalité des établissements publics. Quant aux activités liées à la médecine nucléaire, la répartition des effectifs médicaux, la gestion de la qualité des services et la délivrance des permis n'ont pas été analysées; ces aspects ne l'avaient pas été non plus lors de la vérification initiale.

### **Conclusions générales**

#### **Gestes concrets pour 93 p. cent des recommandations.**

- 6.3.4** Notre suivi révèle que, depuis 2001, plusieurs modifications ont été apportées à la gestion des services d'imagerie médicale. En effet, 93 p. cent de nos 30 recommandations ont suscité des gestes concrets. Par exemple, le ministère a investi 350 millions de dollars pour renouveler les appareils du réseau public et il a récemment instauré un nouveau mode d'organisation des services.
- 6.3.5** Nous avons également constaté des progrès à l'égard de la détermination et de la divulgation d'orientations, de la connaissance du parc d'équipements, de la planification des effectifs, de la gestion de la qualité des services et du contrôle des permis de radiologie.

1. Les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux remplacent, depuis le 30 janvier 2004, les régies régionales de la santé et des services sociaux.



- 6.3.6 Il reste toutefois des actions à entreprendre pour corriger des lacunes soulevées à l'époque, car 2 de nos recommandations n'ont pas été appliquées et 12 ont donné lieu à des progrès insatisfaisants.
- 6.3.7 Ainsi, le ministère n'a toujours pas élaboré de plan d'action structuré arrimé à ses orientations et des progrès restent à accomplir relativement à la planification de l'acquisition des équipements. Quant aux agences, elles n'ont pas toutes planifié de manière adéquate l'organisation des services de leur région. Enfin, l'accessibilité aux services de même que la reddition de comptes comportent toujours des faiblesses.
- 6.3.8 Le tableau 1 dresse le bilan relatif à l'application de chacune des recommandations en fonction des entités visées.

**TABLEAU 1**

ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Recommandation			
	Appliquée	Partiellement appliquée		Non appliquée
		Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
<b>Organisation des services</b>				
<b>Orientations et objectifs</b>				
Établir une stratégie couvrant les différents aspects de l'imagerie médicale afin de coordonner les services.		MSSS		
Préciser et divulguer ses orientations en ce qui concerne les services d'imagerie médicale.		MSSS		
Définir et mettre en place un plan d'action arrimé à ses orientations et en assurer le suivi.			MSSS	
Établir un plan d'organisation des services d'imagerie médicale de leur région et en évaluer l'efficacité.			Agences	
<b>Développement du secteur privé</b>				
Statuer sur le rôle des cliniques privées au regard des services d'imagerie médicale et en tenir compte dans l'organisation des services.		MSSS		
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.				MSSS
<b>Gestion des équipements</b>				
<b>Planification</b>				
Définir les besoins et élaborer une planification quant à l'acquisition des équipements d'imagerie médicale nécessaires en fonction des besoins.			MSSS	



TABLEAU 1 (SUITE)

## ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Recommandation			Non appliquée
	Appliquée	Partiellement appliquée		
		Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
Dresser et 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.		MSSS Agences		
<b>Parc d'équipements</b> S'assurer que le parc d'équipements d'imagerie médicale permet l'accès aux technologies de pointe et la prestation de services de qualité.		MSSS		
<b>Processus d'acquisition</b> Respecter la réglementation relative à l'acquisition des équipements.	Établissements			
<b>Accessibilité aux services</b> <b>Gestion des délais</b> Fixer des objectifs en matière d'accessibilité aux services d'imagerie médicale et en exercer le suivi.			Agences	MSSS
Recueillir suffisamment d'information pour déceler en temps opportun les situations problématiques à cet égard.			MSSS Agences	
S'assurer d'une accessibilité équitable aux services.			MSSS Agences	
Améliorer l'accessibilité aux services d'imagerie médicale en fonction des ressources disponibles.		Établissements		
<b>Répartition des radiologistes</b> S'assurer que les radiologistes en poste permettent de répondre efficacement et équitablement aux besoins de la population à desservir.		MSSS		
<b>Gestion de la qualité des services</b> <b>Normes de qualité</b> S'assurer que le Laboratoire de santé publique du Québec remplit tous les volets du mandat qu'il [le ministère] lui a confié, notamment en ce qui concerne l'expansion aux établissements publics de ses activités en matière de radioprotection.			MSSS	
Adopter des modes de contrôle de l'utilisation des appareils émettant des radiations, conformément à la réglementation.	Établissements			
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;	LSPQ			
– vérifier que les cliniques privées respectent les dispositions de la <i>Loi sur la protection de la santé publique</i> et de son règlement d'application, en y effectuant, entre autres, des visites d'inspection.		LSPQ		



**TABLEAU 1 (SUITE)**

ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Recommandation			Non appliquée
	Appliquée	Partiellement appliquée		
		Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
<b>Contrôle des permis de radiologie</b>				
<b>Détention obligatoire du permis et conformité avec la loi</b> S'assurer que les cliniques privées offrant des services de radiologie détiennent un permis valide.		MSSS LSPQ		
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.	MSSS LSPQ			
S'assurer que l'exploitation de tous les appareils d'imagerie médicale est réglementée.			MSSS	
<b>Information de gestion et reddition de comptes</b>				
Déterminer des indicateurs appropriés pour évaluer la performance des établissements publics en matière de services d'imagerie médicale et les divulguer aux intéressés.				
Mettre en place des mesures pour favoriser la fiabilité de l'information servant à évaluer la performance des établissements publics.			MSSS Agences	
Améliorer le processus de reddition de comptes afin de détenir toute l'information nécessaire pour gérer judicieusement les services d'imagerie médicale.				
<b>Nombre de recommandations</b>				
<b>Ministère</b>	1	7	7	2
<b>Agences</b>	–	1	5	–
<b>Établissements</b>	2	1	–	–
<b>LSPQ</b>	2	2	–	–
<b>Total</b>	5	11	12	2
<b>Répartition</b>	16%	37%	40%	7%
<b>Gestes concrets</b>	93%			
<b>Application complète ou progrès satisfaisants</b>	53%			

**Organisation des services**

6.3.9 L'imagerie médicale recouvre l'ensemble des procédés physiques employés pour produire l'image d'une région anatomique ou d'un organe. Le tableau 2 présente les procédés physiques qui permettent d'obtenir cette image ainsi que les principales techniques exploitées.

**TABLEAU 2**

## 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), tomographie par émission de positrons

**6.3.10** Au Québec, 141<sup>2</sup> établissements publics, principalement des CHSGS, dispensent des services d'imagerie médicale. En parallèle, quelque 110<sup>3</sup> cliniques privées, principalement situées dans la région de Montréal et ses environs, détiennent un permis de radiologie générale et offrent des services variés en la matière. Le tableau 3 ventile les dépenses relatives à l'imagerie médicale pour les années financières terminées les 31 mars 2000 et 2004 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	2003-2004
Établissements publics – dépenses de fonctionnement	194,6	270,3
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) – composantes professionnelle et technique (incluant les cliniques privées)**	154,1	197,2
<b>Total</b>	<b>348,7</b>	<b>467,5</b>

\* Les subventions pour les équipements sont présentées dans le tableau 4.

\*\* Selon les dernières données disponibles (2003-2004), les cliniques privées recevaient 37 p. cent des sommes versées par la RAMQ (40 p. cent en 1999-2000).

Sources : MSSS, RAMQ.

**Orientations et objectifs**

**6.3.11** Le rôle du ministère est de déterminer les priorités, les objectifs et les orientations du secteur de la santé et des services sociaux et de veiller à leur application. Or, lors de notre vérification initiale, le ministère n'avait pas de stratégie globale qui lui aurait permis 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 des équipements. De plus, il n'avait formulé aucune orientation relativement à chacun des aspects qu'il lui fallait considérer. Conséquemment, aucun plan d'action n'avait été élaboré.

2. D'après le MSSS.

3. D'après le LSPQ.



- 6.3.12** Pour leur part, même si les agences devaient se doter d'un plan servant à organiser les services d'imagerie médicale de leur région, seules quelques-unes avaient investi des efforts en ce sens, surtout en matière de gestion des équipements et d'accessibilité aux services.
- Le ministère a retenu des orientations...**
- 6.3.13** Nos présents travaux font ressortir que le ministère a retenu des orientations en ce qui concerne notamment la continuité des services et la hiérarchisation des soins. Il les a diffusées par le moyen de conférences et de documents de référence.
- 6.3.14** La continuité des services suppose que les usagers peuvent passer, sans interruption des soins, d'un service à l'autre et d'un organisme à l'autre. La création en juin 2004 de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) constitue une démarche en ce sens. Les CSSS sont nés de la fusion d'établissements offrant les services d'un CLSC, ceux d'un centre hospitalier ainsi que ceux d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Chaque CSSS assure la coordination des activités des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSS). Ce type de réseau réunit, outre un CSSS, les acteurs ayant un impact dans le domaine – centres de réadaptation, groupes de médecine de famille (GMF), pharmacies communautaires, entreprises d'économie sociale, etc. –, et ce, sur un territoire donné. Le rôle des RLSSS consiste notamment à faciliter l'accès, par des mécanismes d'orientation et de suivi des personnes, aux services de deuxième et de troisième lignes, incluant les services d'imagerie médicale.
- 6.3.15** Pour sa part, la hiérarchisation des soins repose sur l'idée que ceux-ci doivent être offerts par l'organisme qui, dans le réseau, est le plus apte à le faire. Ainsi, les nouvelles technologies d'imagerie médicale doivent préalablement être offertes dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), en raison de leurs fonctions de recherche et de spécialisation. À titre d'exemple, le ministère a approuvé l'acquisition d'un appareil de tomographie par émission de positrons pour chaque CHU et il évaluera la pertinence d'étendre la diffusion de cette technologie de pointe aux autres types d'établissements.
- 6.3.16** Les orientations relatives à la continuité des services et à la hiérarchisation des soins ne sont pas particulières à l'imagerie médicale. Toutefois, ces deux éléments font partie intégrante d'une stratégie qui aura des impacts entre autres sur l'organisation des services, la gestion des équipements et la répartition des effectifs. Nous considérons donc que le ministère a enregistré des progrès satisfaisants à l'égard de la divulgation d'orientations et de l'élaboration d'une stratégie.
- 6.3.17** Par ailleurs, le ministère a accompli récemment de nombreuses actions reliées à l'imagerie médicale. Il a effectué des analyses à propos des nouvelles technologies, il a dressé un inventaire des équipements et il a utilisé une nouvelle approche pour acquérir le matériel: le regroupement d'achats. De plus, en matière



d'organisation des services, il tient davantage compte de ceux offerts par les cliniques privées dans l'organisation de ses activités, notamment pour la planification et la répartition des effectifs.

- ... mais n'a pas de plan d'action structuré.*
- 6.3.18** Toutefois, ces démarches ne sont toujours pas incluses dans un plan d'action structuré, qui intégrerait tous les aspects se rapportant à l'imagerie médicale et permettrait d'en faire le suivi.
- 6.3.19** Par ailleurs, les agences n'ont réalisé que peu de progrès pour se doter d'un plan servant à organiser les services d'imagerie médicale de leur région. Sur les 18 agences, 5 ont élaboré de tels plans, comparativement à 2 en 2000-2001. En outre, 2 autres ont investi des efforts en ce sens, notamment au sujet de la planification concernant l'acquisition d'équipements, sans toutefois élaborer un plan d'organisation complet. Nous estimons donc que les progrès enregistrés par les agences sont globalement insatisfaisants.

### ***Développement du secteur privé***

- 6.3.20** Les cliniques privées offrant des services de radiologie diagnostique font partie du système de santé depuis au-delà de 30 ans et y occupent une place importante. En effet, selon les données obtenues de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en novembre 2004, plus de la moitié des radiologistes travaillent dans ces cliniques, à temps plein ou partiel, et près du quart des examens assurés y sont effectués. Par examens assurés, nous entendons ceux dont le coût est pris en charge par la RAMQ, peu importe le dispensateur.
- 6.3.21** En 2000-2001, le ministère n'avait pas statué sur le rôle de ces cliniques et ne prenait pas en considération leurs activités dans l'organisation des services. Depuis, la situation a évolué : différentes actions montrent que le ministère tient maintenant de plus en plus compte du secteur privé.
- Le ministère tient davantage compte du secteur privé.*
- 6.3.22** Par exemple, dans le cadre de la mise en œuvre des RLSSS, le ministère a précisé le rôle des cliniques privées. Il a également instauré la formule des GMF; ceux-ci ont entre autres pour objectif d'améliorer le suivi médical des patients et la continuité des soins, en renforçant le lien avec les autres professionnels du réseau de la santé. Pour ce faire, ils peuvent notamment conclure des ententes avec les établissements ou avec des cliniques privées pour obtenir des services d'imagerie médicale. En outre, le ministère dispose d'une meilleure connaissance de la contribution réelle des radiologistes, qu'ils soient du secteur privé ou du secteur public, et en tient compte dans sa planification des effectifs médicaux pour les établissements publics. Ces actions favoriseront l'intégration des cliniques privées dans l'organisation des services. Nous considérons donc que le ministère a réalisé des progrès satisfaisants à cet égard.



- 6.3.23** D'autre part, en plus de dispenser des services assurés en complémentarité des établissements publics, les cliniques privées proposent aussi des services non assurés (tomodensitométrie, échographie et imagerie par résonance magnétique), donc facturés aux utilisateurs. À l'époque, les établissements publics éprouvaient parfois de la difficulté à suffire à la demande pour ces trois examens, ce qui entraînait des délais importants. Par conséquent, plusieurs cliniques privées s'étaient dotées de l'équipement requis pour offrir ces services dans de courts délais. Ainsi, de plus en plus de patients choisissaient de régler personnellement la facture ou de la faire suivre à leur assureur plutôt que d'attendre pour subir gratuitement un examen dans un établissement public. Nous avons alors recommandé au ministère de faire le point sur la structure de l'offre au regard des examens non assurés.
- 6.3.24** Nos récents travaux font ressortir que, dans le secteur public, les délais d'attente pour ces examens n'ont pas raccourci, alors que le développement des services non assurés dans les cliniques privées s'est poursuivi. On a peu d'information pour quantifier la progression de ces trois examens puisqu'ils sont payés en majeure partie par des sources qui échappent à notre champ de compétence. Toutefois, des organismes publics, telles la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), prennent en charge les dépenses reliées aux besoins de leur clientèle respective. Les données obtenues de la SAAQ et de la CSST montrent que, depuis 1999, il y a eu une progression annuelle des coûts qui avoisine les 20 p. cent. Pour la seule année 2003, ces entités ont versé 7,4 millions de dollars à des cliniques privées pour des services de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique.
- 6.3.25** Or, malgré ces constats, le ministère n'a pas encore fait le point sur la structure actuelle de l'offre au regard des trois examens non assurés.

### **Gestion des équipements**

- 6.3.26** L'imagerie médicale exploite de nouvelles technologies qui reposent sur l'utilisation d'équipements de haute précision, dont le coût est important et la durée de vie utile relativement restreinte. À l'automne 2004, le parc d'équipements d'imagerie médicale appartenant au réseau de la santé et des services sociaux avait une valeur de remplacement qui approchait les 720 millions de dollars.

#### **Planification**

- 6.3.27** À l'époque, le ministère ne disposait pas d'une planification relative à l'acquisition de tous les équipements nécessaires en fonction des besoins. Il utilisait plutôt différentes approches pour évaluer les besoins et prévoir l'achat de certains équipements. Faute d'une planification à long terme et d'une connaissance





suffisante des besoins, les exigences du ministère se limitaient souvent à demander aux agences de préparer un document l'informant des équipements qu'il était, selon elles, le plus urgent d'acquérir pour la prochaine année. D'ailleurs, à l'instar de plusieurs agences, il ne possédait pas d'inventaire complet du parc d'équipements pour orienter ses décisions en matière d'investissements.

### *Acquisition d'équipements*

- 6.3.28** Notre suivi révèle que, concernant la planification de l'achat d'équipements, particulièrement le développement du parc, certaines démarches ont été entreprises. Par exemple, le ministère étudie actuellement la numérisation et le traitement des informations par ordinateur, qui sont considérés comme des facteurs importants d'amélioration de la productivité et qui auront un impact sur l'organisation des services dans l'avenir.
- 6.3.29** Cependant, le ministère utilise toujours différentes approches de planification. De plus, il n'a pas déterminé les besoins quant au développement et au maintien d'actifs ni les sommes qu'il sera nécessaire d'investir au cours des prochains exercices. Comme en 2000-2001, il s'appuie principalement sur les résultats de l'exercice annuel mené par chacune des agences pour arrêter la liste des équipements à acquérir. Enfin, les données disponibles sur le parc d'équipements sont peu utilisées. En définitive, nous considérons que les progrès sont insatisfaisants.

### *Inventaire*

#### ***Le ministère a maintenant un inventaire des équipements.***

- 6.3.30** Des gestes concrets ont été accomplis à ce chapitre. Le ministère dispose maintenant d'un inventaire des équipements d'imagerie médicale: le Système d'information de gestion des actifs du réseau de la santé et des services sociaux (SIGARSSS). La saisie et la mise à jour des données relèvent des établissements.
- 6.3.31** Ce système permet l'accès à une multitude d'informations utiles, comme la localisation de l'appareil, le nom du fabricant et l'année d'acquisition. Toutefois, il contient peu de renseignements sur l'utilisation ou l'état de fonctionnalité des équipements. Nous avons aussi noté des lacunes quant à l'intégrité des données (dates d'acquisition manquantes ou erronées, appareils inclus plus d'une fois dans la base de données, etc.) et à la fréquence des mises à jour. Le ministère devra donc porter une attention particulière à l'actualisation des données contenues dans SIGARSSS afin que cette application constitue une source d'information fiable à l'avenir.



### **Parc d'équipements**

- 6.3.32** À l'époque, nous avons notamment démontré qu'avec la faiblesse des sommes consacrées au développement et au maintien du parc d'équipements, dont la valeur de remplacement avoisinait les 600 millions de dollars<sup>4</sup>, il faudrait plus de 30 ans pour le renouveler; or, la durée de vie utile des appareils oscillait entre 9 et 18 ans. De façon générale, les appareils avaient dépassé leur durée de vie utile dans une proportion plus ou moins importante.
- 6.3.33** Depuis 2000-2001, le gouvernement a effectué des investissements importants de près de 350 millions de dollars. Le tableau 4 montre la répartition de ces sommes selon les années.

**TABLEAU 4**

INVESTISSEMENTS EN ÉQUIPEMENTS D'IMAGERIE MÉDICALE (en millions de dollars)

Enveloppe budgétaire	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	Total
Renouvellement des actifs	7,4	2,6	7,5	6,0	<b>23,5</b>
Haute technologie	169,3	4,9	123,0	28,7	<b>325,9</b>
<b>Total</b>	<b>176,7</b>	<b>7,5</b>	<b>130,5</b>	<b>34,7</b>	<b>349,4</b>

Sources : MSSS, agences.

- 6.3.34** Ces investissements représentent un changement majeur; en effet, entre 1997-1998 et 1999-2000, moins de 20 millions de dollars ont été consacrés annuellement au parc d'équipements. La majorité des personnes rencontrées au cours de nos travaux a d'ailleurs salué positivement cet apport qui a permis d'améliorer l'état du parc. Le lecteur trouvera dans le tableau 5 des données sur la durée de vie utile des équipements et leur coût de remplacement.

4. D'après le Groupe Biomédical Montérégie.



TABLEAU 5

## DONNÉES CONCERNANT LE PARC D'ÉQUIPEMENTS

Type d'équipements	Coût total de remplacement en octobre 2004 (en millions de dollars)*	Estimation de la durée de vie utile (en années)		Équipements exploités au-delà de leur durée de vie utile**	
		2000-2001	2003-2004	2000-2001	2003-2004
Mammographes	13,8	15	10	5 %	18 %
Appareils d'imagerie par résonance magnétique	101,2	13	11	7 %	4 %
Tomodensitomètres	99,0	9	9	14 %	8 %
Angiographes	49,2	16	12	20 %	9 %
Échographes	111,6	10	7	22 %	21 %
Caméras gamma (médecine nucléaire)	114,8	12	11	27 %	19 %
Appareils de radiographie	50,5	18	15	32 %	18 %
Appareils de radioscopie	114,4	18	12	32 %	28 %

\* Comme en 2000-2001, ce tableau ne prend pas en compte les équipements d'hémodynamie ni de tomographie par émission de positrons, dont la valeur est de 65 millions de dollars.

\*\* Les résultats sont issus d'une compilation effectuée à partir des informations disponibles quant aux durées de vie utile; ces informations concernent environ 85 p. cent du parc d'équipements (50 p. cent en 2000-2001).

Sources : MSSS, Groupe Biomédical Montérégie.

**Moins d'appareils exploités au-delà de leur durée de vie utile.**

**6.3.35** En général, la proportion des appareils exploités au-delà de leur durée de vie utile a diminué<sup>5</sup>. Pareille amélioration est d'autant plus notable que le ministère a abaissé l'estimation de ces durées afin de mieux refléter la vétusté technologique. Le cas des appareils de radiographie de base (radiographie et radioscopie), avec lesquels la plupart des examens diagnostiques sont réalisés, permet d'illustrer ce constat. Nous notions en 2000-2001 que ces équipements affichaient la vétusté la plus prononcée. Il en résultait notamment des bris plus fréquents, des coûts d'entretien plus élevés et un allongement des délais d'accès aux examens. Depuis, l'âge moyen des appareils de cette catégorie a chuté de façon importante, passant de 14 à 8 ans.

**6.3.36** Nous estimons que le ministère a réalisé des progrès satisfaisants à cet égard.

**Processus d'acquisition**

**6.3.37** De façon générale, les diverses étapes du processus d'acquisition se déroulaient, en 2000-2001, conformément à ce qui était prescrit, sauf dans le cas d'un établissement. Ce dernier avait acquis des équipements sans qu'il y ait appel d'offres et sans que le conseil d'administration en ait été informé, ce qui était contraire à la réglementation.

5. L'analyse faite en 2000-2001 à partir de l'estimation des durées de vie utile fournie par l'Association canadienne des radiologistes n'a pas été reprise en 2003-2004 puisqu'elle nous aurait conduits au même résultat, à savoir une amélioration du parc d'équipements.



**6.3.38** Notre suivi révèle que l'établissement concerné s'est conformé aux exigences réglementaires pour l'achat de tous ses équipements d'imagerie médicale depuis 2001.

### Accessibilité aux services

**6.3.39** Lors de la vérification initiale, nous avons effectué un sondage auprès des agences afin de recueillir des données objectives quant aux délais d'attente associés aux examens d'imagerie médicale. Nous observons alors que les délais, pour un même examen, variaient parfois de façon marquée d'une région à l'autre et que les écarts entre les établissements d'une même région, voire entre les pavillons d'un établissement, pouvaient être appréciables.

**6.3.40** Nous avons de nouveau effectué ce sondage en octobre 2004 auprès de tous les établissements publics offrant des services d'imagerie médicale. Les résultats de la compilation des données sont présentés au tableau 6.

**TABLEAU 6**

DÉLAIS D'ATTENTE PAR RÉGION POUR 2 EXAMENS (en jours)

Régions	Échographie abdominale				Tomodensitométrie de la tête avec infusion			
	Minimum*		Maximum*		Minimum*		Maximum*	
	2001	2004	2001	2004	2001	2004	2001	2004
Bas-Saint-Laurent	1	5	42	120	14	30	28	35
Saguenay-Lac-Saint-Jean	5	7	105	120	10	20	30	98
Capitale nationale	14	0	60	84	14	2	56	43
Mauricie et Centre-du-Québec	5	7	62	224	10	14	54	560
Estrie	7	20	49	300	56	365**	56	365**
Montréal	14	5	193	360	10	2	222	180
Outaouais	6	14	63	150	21	7	60	70
Abitibi-Témiscamingue	30	14	120	270	5	30	30	120
Côte-Nord ***	7	0	30	0	30	20	45	20
Nord-du-Québec	30	0**	30	0**	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	7	7	21	230	14	0	30	90
Chaudière-Appalaches	0	10	30	44	7	0	45	78
Laval	117	410**	117	410**	60	418**	60	418**
Lanaudière	28	150	180	590	77	60	150	265
Laurentides	5	0	33	480	27	224	91	252
Montérégie	3	5	210	400	7	10	90	365
Nunavik	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

\* Le mot « 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.

\*\* Le délai minimum est semblable au délai maximum puisqu'un seul établissement public offre ce service pour la région.

\*\*\* Seul un des deux établissements qui offrent ces services a répondu à notre sondage.

Source : Sondage auprès des agences et des établissements publics.



**Pour les deux examens, les délais d'attente n'ont pas diminué.**

- 6.3.41** Dans l'ensemble, les délais d'attente n'ont pas diminué pour ces deux examens; de fait, ils ont parfois allongé de façon importante. Par ailleurs, il existe toujours des disparités significatives entre les régions et entre les établissements d'une même région, voire entre les pavillons d'un établissement.
- 6.3.42** Pour expliquer l'allongement des délais d'attente, des gestionnaires et des professionnels de la santé rencontrés au fil de nos travaux ont mentionné la rareté des effectifs (radiologistes et technologues) ainsi que la demande croissante pour certains examens considérés auparavant comme plus spécialisés. Nous analysons dans les sections qui suivent deux autres facteurs influant sur l'accessibilité aux services, soit la gestion des délais d'attente et la répartition des radiologistes.

### **Gestion des délais**

- 6.3.43** À l'époque, tous les paliers du réseau affichaient des lacunes concernant la gestion des délais. Ainsi, le ministère et la plupart des agences n'avaient pas établi d'objectifs à atteindre en matière d'accessibilité aux services d'imagerie médicale et ne faisaient pas de suivi systématique au regard des délais d'attente associés aux examens dispensés par les établissements publics. Peu d'information était recueillie et analysée en vue de déceler les situations problématiques et, surtout, d'apporter les correctifs nécessaires. Quant aux établissements publics, nous leur avons recommandé d'améliorer l'accessibilité aux services en fonction des ressources disponibles.
- 6.3.44** Depuis, le MSSS a réalisé un projet à l'égard du suivi des délais d'attente pour l'imagerie par résonance magnétique. Il a alors constaté que les établissements manquaient d'uniformité dans la façon de calculer ces délais, mais il n'a pas donné suite au projet. Le ministère n'a donc pas orienté le réseau vers une méthode de calcul des délais, pas plus qu'il n'a fixé d'objectif pour la résonance magnétique ni pour les autres examens. En somme, le ministère n'a pas appliqué notre recommandation.

**Délais d'attente : peu d'objectifs fixés et information insuffisante.**

- 6.3.45** Pour leur part, des agences ont mis en place des mesures en lien avec notre recommandation, mais elles l'ont fait souvent de façon ponctuelle. À titre d'exemple, mentionnons les mesures suivantes : compilation périodique des délais d'attente à l'aide d'une application Web développée par une agence, conclusion d'ententes avec des cliniques privées pour réduire les délais jugés problématiques, détermination d'objectifs de rendement pour certains établissements considérés comme moins productifs. Néanmoins, peu d'objectifs ont été fixés; de plus, seules trois agences effectuent un suivi des délais, mais celui-ci n'est pas nécessairement fait de façon systématique. Nous estimons que ces actions sont trop isolées; en effet, elles ne fournissent pas une information suffisante sur les délais d'attente.



**6.3.46** Quant à eux, les établissements vérifiés ont adopté, en fonction de leurs ressources, plusieurs mesures en vue d'améliorer l'accessibilité aux services. Par exemple, certains ont allongé les heures d'ouverture du département d'imagerie médicale alors que d'autres ont établi des critères permettant de hiérarchiser les examens. Mentionnons que tous les intervenants des établissements vérifiés nous ont affirmé que les cas urgents étaient traités en priorité. Ces mesures montrent que les établissements sont préoccupés par la problématique liée aux délais d'attente, et nous les encourageons à poursuivre leurs efforts.

### ***Répartition des radiologistes***

**6.3.47** Les agences et le ministère planifient les besoins en matière d'effectifs et la répartition interrégionale des médecins, une mesure qui vise à rendre accessibles les services médicaux dans tout le Québec. Ils se sont dotés à cet égard d'un outil de gestion, en l'occurrence le plan régional des effectifs médicaux (PREM). 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 les établissements publics de chaque région.

**6.3.48** À l'époque, les régions, à une exception près, ne disposaient pas des ressources souhaitables, telles que définies dans leur PREM respectif. Le ministère ne pouvait donc pas prétendre que les effectifs en poste permettaient de répondre efficacement et équitablement aux besoins.

**6.3.49** Le processus a été amélioré depuis. D'abord, le ministère consulte davantage les associations de médecins spécialistes concernées et il revoit les PREM annuellement, plutôt qu'aux trois ans. De plus, le calcul des effectifs en poste fait maintenant abstraction des radiologistes dont la contribution dans les établissements publics n'est pas significative, notamment ceux qui travaillent principalement en cabinet privé. Enfin, le ministère a haussé le nombre d'admissions en médecine; compte tenu de la durée des études dans le domaine, les effets de cette mesure ne se feront sentir que dans quelques années. Le tableau 7 dresse le portrait de la situation en octobre 2004.

**TABLEAU 7**

RÉPARTITION RÉGIONALE DES RADIOLOGISTES (en équivalents temps complet)

Régions	Octobre 2004			Décembre 2000
	PREM (effectifs visés)	Effectifs en poste	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)
Bas-Saint-Laurent	13	12	(1)	(3)
Saguenay–Lac-Saint-Jean	18	15	(3)	(2)
Capitale nationale	64	63	(1)	4
Mauricie et Centre-du-Québec	25	23	(2)	(10)
Estrie	24	23	(1)	(1)
Montréal	179	175	(4)	(34)
Outaouais	10	10	0	(7)
Abitibi-Témiscamingue	8	6	(2)	(6)
Côte-Nord	6	5	(1)	(2)
Nord-du-Québec	0	0	0	0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	9	6	(3)	(1)
Chaudière-Appalaches	20	19	(1)	(2)
Laval	12	12	0	(4)
Lanaudière	16	16	0	(3)
Laurentides	15	15	0	(9)
Montérégie	49	48	(1)	(10)
Nunavik	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>468</b>	<b>448</b>	<b>(20)</b>	<b>(90)</b>

Source : MSSS.

**6.3.50** Nous observons également que le ministère a raffiné sa méthode de calcul et qu'il obtient ainsi des données davantage représentatives des besoins en matière d'effectifs.

**6.3.51** L'ensemble des actions du ministère s'est traduit par une baisse des effectifs visés dans le PREM et par une réduction du déficit. Nous estimons donc que les progrès sont satisfaisants.

## Gestion de la qualité des services

### Normes de qualité

**6.3.52** En 2000-2001, des appareils similaires d'imagerie médicale n'étaient pas assujettis aux mêmes normes de qualité selon les établissements. En effet, le LSPQ devait s'assurer que les entités du secteur privé respectent la *Loi sur la protection de la santé publique* (détenion de permis et inspection des équipements). Cependant, ni le ministère ni un organisme qu'il aurait mandaté pour ce faire ne veillaient à ce que les établissements publics appliquent les normes de qualité et de sécurité. Pourtant, si l'on se reporte aux responsabilités que le ministère a confiées au



LSPQ, ce dernier devait « prévoir l'expansion aux établissements publics de ses activités en matière de radioprotection ». Or, nous avons constaté qu'il n'effectuait des travaux que pour les entités du secteur privé. Au demeurant, le ministère ne vérifiait pas si le LSPQ remplissait son mandat à l'égard du secteur public.

**6.3.53** En novembre 2001, le ministère a confié à l'Institut national de santé publique du Québec, de qui relève le LSPQ, la tâche de revoir l'ensemble du processus relatif à la délivrance des permis concernant l'imagerie médicale. Pour ce faire, l'Institut devait notamment réviser le programme d'assurance de la qualité des cliniques privées et proposer des modalités pour l'étendre aux établissements publics. En mars 2002, il a remis son rapport au ministère. Ce dernier a toutefois décidé de ne pas aller de l'avant avec la proposition qui lui a été soumise et il se penche actuellement sur les mesures à prendre pour résoudre la problématique. En définitive, les travaux du ministère ne sont pas suffisamment avancés pour être jugés satisfaisants. De son côté, le LSPQ a appliqué notre recommandation puisque, dans le rapport remis au ministère, il a prévu l'expansion de ses activités aux établissements publics et qu'il attend les directives du ministère pour aller de l'avant.

**Grande majorité  
des appareils inspectés  
selon les normes.**

**6.3.54** Lors de la vérification initiale, nous constatons également que les établissements publics ne faisaient pas tous inspecter leurs appareils à la fréquence suggérée par la réglementation; de plus, même lorsqu'un rapport d'inspection était produit, le suivi des correctifs demandés n'était pas effectué de façon systématique. Depuis, les établissements vérifiés ont fait inspecter la grande majorité de leurs appareils selon les normes. En outre, sept des huit établissements vérifiés ont adéquatement documenté les correctifs apportés alors que l'autre a récemment modifié ses façons de faire afin de pallier ce problème. Par conséquent, nous considérons que les établissements ont appliqué notre recommandation.

**6.3.55** Par ailleurs, en 2000-2001, le LSPQ n'effectuait aucune visite d'inspection des laboratoires privés, se contentant d'examiner les rapports d'inspection des physiciens qu'on voulait bien lui transmettre. Il a effectué par la suite neuf visites dans des endroits jugés problématiques. Cependant, il n'a pas systématisé l'identification des cliniques à risque ni défini les mesures à prendre selon les diverses situations. Par exemple, ce sont les employés qui décident si une clinique à risque sera ou non visitée. Le LSPQ n'a donc pas entièrement appliqué notre recommandation, mais ses progrès sont jugés satisfaisants.

## **Contrôle des permis de radiologie**

### ***Détention obligatoire du permis et conformité avec la loi***

**6.3.56** 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. De plus, il doit recommander aux autorités ministérielles de renouveler ou non le permis d'une clinique en se fondant, entre autres, sur le dernier rapport d'inspection disponible à cette date.

- 6.3.57** En 2000-2001, les mesures mises en place par le ministère et le LSPQ pour vérifier que toutes les cliniques privées de radiologie possédaient un permis et qu'elles respectaient la loi et le règlement en vigueur s'avéraient tantôt insuffisantes, tantôt inadéquates.
- 6.3.58** Nos récents travaux révèlent que le ministère et le LSPQ ont intensifié leurs efforts afin que les cliniques privées respectent les règles en vigueur. En effet, ils suivent adéquatement le processus requis lors de la sollicitation ou du renouvellement d'un permis. Cependant, ni le ministère ni le LSPQ ne font de recherche systématique pour repérer les cliniques exploitées sans permis. À preuve, nous avons identifié trois de ces cliniques lors de nos travaux; toutefois, le LSPQ a effectué rapidement les démarches nécessaires pour régulariser la situation. Bien qu'il reste des efforts à fournir à cet égard, nous considérons que les progrès enregistrés sont satisfaisants.
- 6.3.59** Par ailleurs, le LSPQ passe rapidement aux actes lorsque des lacunes sont soulevées dans les rapports d'inspection des équipements. En effet, il s'assure que les correctifs sont apportés en temps opportun par les cliniques.
- 6.3.60** Enfin, lors de la vérification initiale, nous notons qu'une clinique privée n'avait pas, au regard de la loi, à détenir de permis pour produire des examens à l'aide d'un échographe ou d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique. À cause de ce vide juridique, ces deux types d'appareils échappaient à tout contrôle de la part du ministère.
- 6.3.61** Ce dernier n'a pas encore corrigé la situation, mais il a formé, à l'automne 2004, un comité de travail afin de revoir la réglementation. Ces progrès demeurent toutefois insatisfaisants.

### Information de gestion et reddition de comptes

- 6.3.62** À l'époque, en l'absence d'une information suffisamment étoffée, le ministère et les agences pouvaient difficilement mettre en place les mesures appropriées pour améliorer la performance des établissements publics. En effet, nous faisons état de lacunes quant à la disponibilité et à la suffisance de l'information de gestion, au suivi exercé relativement à la fiabilité des données et au peu d'exigences en matière de reddition de comptes.
- 6.3.63** La gestion efficiente des services d'imagerie médicale nécessite la collecte, l'analyse et le suivi des données pertinentes. À cet effet, le ministère a élaboré des orientations et il dispose maintenant d'un inventaire des équipements; cependant, il devra améliorer la fiabilité des données de ce dernier. De plus, il obtient une meilleure information à l'égard de la répartition des effectifs. Néanmoins, l'information n'est toujours pas disponible pour ce qui est des délais d'attente.



**6.3.64** Le coût par unité technique constitue un outil de gestion fort utile. On entend par « unité technique » le temps moyen pris par un technologue pour effectuer un examen donné. À l'époque, aucun suivi satisfaisant n'était exercé relativement à la fiabilité des données recueillies. Nos récents travaux dénotent un meilleur suivi et une plus grande utilisation de ces données, bien que certains intervenants rencontrés fassent état de problèmes d'uniformité de calcul entre les établissements. Toutefois, comme le ministère et les agences n'ont pas déterminé d'autres indicateurs de performance pertinents, il leur est difficile de comparer la performance des établissements publics.

**Peu d'amélioration dans la reddition de comptes.**

**6.3.65** Faute d'une information adéquate, le ministère ne peut rendre compte de façon appropriée à l'égard des services d'imagerie médicale.

**6.3.66** Somme toute, le ministère et les agences n'ont pas profité de la période pour améliorer leur processus de façon satisfaisante.

**6.3.67 Commentaires du ministère**

« C'est avec intérêt que nous avons pris connaissance des commentaires formulés par le Vérificateur général dans son rapport sur le suivi de l'optimisation des ressources portant sur les services d'imagerie médicale. Nous sommes heureux de constater que le Vérificateur général reconnaît à bon escient que le ministère de la Santé et des Services sociaux a démontré une réelle volonté de suivre ses recommandations par la réalisation de gestes concrets pour 93 p. cent de celles-ci.

« Cependant, nous aimerions préciser que, malheureusement, des résultats quantifiables, comme recherche le Vérificateur général, nécessitent, pour le secteur de la santé et des services sociaux, un certain délai avant d'être mesurables. Le peu de variation dans les délais d'attente constatés pour deux examens d'imagerie médicale illustre bien cette situation. En effet, bien que le ministère ait posé des gestes concrets, la diminution des délais d'attente ne reflète toujours pas l'ampleur de ces actions. Ainsi, le ministère a amélioré son processus de répartition de l'effectif médical et a augmenté le nombre d'admissions en médecine afin de s'assurer que les radiologistes en poste répondent aux besoins de la population. De plus, il a investi des sommes très importantes totalisant 350 millions de dollars afin que son parc d'équipements d'imagerie médicale permette l'accès à des technologies de pointe. Malgré ces actions, qui faisaient suite aux recommandations formulées par le Vérificateur général dans son rapport de juin 2001, la diminution des délais d'attente sera plus appréciable qu'après l'arrivée des jeunes radiologistes qui doivent faire de 7 à 10 années d'étude.

« Le ministère est d'accord avec l'évaluation du Vérificateur général au regard des progrès insuffisants relativement à la définition et à la mise en place d'un plan d'action, à la détermination d'indicateurs et d'objectifs en matière d'accessibilité afin d'évaluer la performance des services d'imagerie médicale ainsi qu'à la reddition de comptes. Afin de corriger ces lacunes, le ministère prévoit mettre en place, dans les prochaines semaines, un plan pour la tomographie par émission de positrons. Ce plan permettra, notamment,



de déterminer, pour chaque territoire de réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), les besoins populationnels, les objectifs d'accessibilité et l'organisation des services. Un suivi périodique sera également réalisé. Si ce projet donne les résultats escomptés, nous évaluerons la possibilité de l'implanter à d'autres techniques d'imagerie médicale.

« En ce qui concerne plus particulièrement l'offre des trois examens non assurés hors établissement, nous vous informons que le ministère n'entend pas faire de changement à la situation prévalant actuellement. Ainsi, bien que cette décision ne soit pas supportée par un document écrit, l'offre relativement à ces trois examens demeurera pour le moment non assurée lorsque le patient choisit d'aller en clinique privée.

« Pour être en mesure de répondre le plus adéquatement possible aux nouvelles réalités tout en permettant au réseau de demeurer fonctionnel, le ministère a instauré il y a plusieurs années une planification basée sur les deux phases suivantes : le développement visant l'acquisition de nouvelles technologies et le remplacement visant à changer un appareil en cas de bris ou de fin de vie utile. Jusqu'à présent, cette façon de faire a répondu au besoin du ministère et de son réseau en favorisant l'implantation progressive de nouvelles technologies tout en permettant aux établissements ayant des besoins urgents de corriger leur situation. Ce mode de planification est connu du réseau de la santé et des services sociaux. Il s'insère et complète le cadre général de planification du ministère dont les plus récents éléments qui sont la mise en place des RUIS, les centres de santé et de services sociaux et leurs projets cliniques. Toute cette planification s'appuie sur la hiérarchisation des services et la population à desservir.

« Finalement, en ce qui regarde la gestion de la qualité, le comité formé à l'automne 2004 pour revoir la loi sur les laboratoires poursuit ses travaux. De plus, un processus d'agrément, qui couvrira tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux d'ici le mois de décembre 2005, veillera à assurer le respect des normes de qualité de toutes les activités médicales incluant les services d'imagerie médicale. Le ministère travaille également à établir de nouveaux standards auxquels devront répondre les établissements du réseau.

« Nous désirons vous rappeler que nous sommes conscients que la gestion des services d'imagerie médicale nécessite encore des améliorations et nous prenons acte de ces nouveaux commentaires. Cependant, considérant les besoins illimités en matière de soins de santé et tenant compte des ressources humaines et financières disponibles, nous continuerons d'agir au meilleur de nos capacités afin que la population du Québec reçoive les services de qualité auxquels elle a droit. »

### 6.3.68 Commentaires du Laboratoire de santé publique du Québec

« Nous avons pris connaissance des recommandations concernant le suivi sur le rapport d'inspection fait en 2000-2001. Nous prenons note que deux des recommandations faites à l'époque ont, selon les conclusions, été complètement appliquées par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Nous prenons également note que, pour les deux autres recommandations concernant le LSPQ, ces dernières ont fait l'objet



de progrès satisfaisants. Afin de mieux répondre aux exigences de ces deux dernières recommandations, nous allons systématiser l'identification des cliniques à risque et, dans la mesure du possible, prendre les mesures appropriées afin d'y remédier.

« En ce qui a trait au respect de la réglementation par les cliniques privées, nous vous avons mentionné à l'époque qu'il est extrêmement difficile de faire un suivi de toutes ces cliniques puisqu'il n'y avait pas de registre provincial lors de l'achat d'appareils de radiologie. Il s'agit à notre avis de la seule solution sûre afin de pouvoir identifier toutes les cliniques radiologiques. Toutefois, nous poursuivrons notre surveillance par le biais de différentes publications de façon à identifier les cliniques ne possédant pas de permis et à agir le plus rapidement possible, le cas échéant. »

### 6.3.69 **Résumé des commentaires des agences**

À la suite de la lecture du rapport, les quatre agences 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.

**Organisation des services.** Une agence souligne qu'elle a récemment produit un cadre de référence qui précisera la démarche à suivre pour élaborer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés. Une autre mentionne ceci : « L'arrivée des réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) viendra sûrement influencer sur l'évolution des travaux en vue d'une planification de l'organisation des services médicaux spécialisés en imagerie médicale. »

**Accessibilité aux services.** À ce sujet, une agence reconnaît qu'il y a actuellement, pour plusieurs examens d'imagerie médicale, des problèmes d'accessibilité reliés en grande partie à la pénurie de médecins spécialistes. Elle précise également qu'il lui est difficile de fixer des cibles en l'absence de normes et de directives du ministère.

Une autre agence ajoute que certains appareils servant à la prestation de services plus spécialisés « sont en cours d'installation ou ne sont pas en fonction depuis assez longtemps pour que les effets soient visibles ». Selon elle, les effets bénéfiques devraient, apparaître au cours des deux prochaines années. De plus, elle cherche à obtenir des données plus pertinentes au regard de l'accessibilité pour sa région, ce qui est difficile puisque chaque établissement gère la liste d'attente à sa façon.

**Information de gestion et reddition de comptes.** Trois agences soulignent que l'absence de cibles ou de normes de performance à l'échelle provinciale limite leur action en matière d'évaluation. L'une d'elles travaille à développer des outils qui permettront d'obtenir davantage d'information sur les activités et la productivité des établissements. Celle-ci mentionne également que la comparaison des services d'imagerie médicale du Québec est difficile puisque les bases d'information sont trop disparates.



### 6.3.70 **Résumé des commentaires des établissements**

Les six établissements publics visités considèrent que, de façon générale, notre rapport décrit bien l'état des choses. Certains ont toutefois tenu à apporter des précisions.

**Accessibilité des services.** Un établissement fait remarquer que, pour améliorer l'accessibilité aux services d'imagerie médicale, il a pris plusieurs moyens dont une réorganisation du travail et un allongement des heures d'ouverture, depuis la vérification initiale. Il nous informe également que le délai observé lors de notre visite pour une échographie abdominale a été considérablement réduit.

Quatre établissements nous font part de facteurs qui ne favorisent pas la diminution des délais d'attente, notamment la demande croissante pour certains examens, un retard dans l'informatisation, la qualité de certains équipements qui dépassent leur durée de vie utile ainsi que des problèmes de recrutement de technologues et de radiologistes. À cet égard, deux établissements affirment que, malgré une amélioration du processus en place, le nombre de radiologistes actuellement en poste dans leur région ne permet pas de répondre aux besoins.

