



Le ministère de la Santé et des Services sociaux

*Étude sectorielle portant principalement
sur l'effectif médical et l'allocation des ressources*

Mission sociale

Table des matières

Faits saillants	15.1
Vue d'ensemble	15.10
Mandat et portée de notre vérification	15.12
<i>Résultats de notre vérification</i>	
Effectif médical	15.18
Planification de l'effectif médical	15.20
Nombre de médecins	15.21
Spécialisation des médecins	15.25
Ratio omnipraticiens / spécialistes recherché	15.29
Répartition de l'effectif médical	15.32
Prise en compte des besoins de la population	15.34
Information sur l'activité médicale en cabinet privé	15.38
Contrôle de l'installation des médecins spécialistes dans les régions universitaires	15.41
Mesures de répartition de l'effectif médical	15.46
Administration des ententes conclues avec les fédérations de médecins	15.52
Financement des mesures de répartition	15.55
Allocation des ressources	
Allocation des ressources entre les régions	15.58
Répartition du budget de développement pour compenser l'alourdissement de la clientèle « personnes âgées » et du budget nécessaire au respect des priorités régionales	15.62
Répartition des compressions entre les régions	15.66
Répartition intrarégionale des compressions	
Approche programme-clientèle	15.75
Accessibilité aux services	15.78
Approbation par le Ministère des plans de compression des dépenses des régions	15.82
Suivi budgétaire et financier	15.88
Fonds des locations d'espaces et Fonds des immobilisations	15.93
Fonds des locations d'espaces	15.96
Fonds des immobilisations	15.99
Transferts entre Fonds	15.101
Recours d'une régie régionale à un organisme sans but lucratif	15.105
Pratiques de comptabilisation des dépenses	15.112
Reddition de comptes	15.114
<i>Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux</i>	15.116
<i>Résumé des commentaires des régies régionales</i>	15.117
<i>Commentaires du Ministère sur le Fonds des locations d'espaces et le Fonds des immobilisations et sur le recours d'une régie régionale à un organisme sans but lucratif</i>	15.118



FAITS SAILLANTS

15.1 La vérification effectuée au ministère de la Santé et des Services sociaux avait pour objets l'effectif médical et l'allocation des ressources. De plus, des travaux de vérification ont été menés dans cinq régions régionales. Ceux-ci portaient, entre autres, sur la répartition des compressions budgétaires, sur le suivi budgétaire et financier exercé auprès des établissements de leur territoire et sur certains éléments de la réglementation en vigueur relativement au Fonds des locations d'espaces, au Fonds des immobilisations et au Fonds des équipements.

15.2 Si le Ministère ne prend pas les dispositions requises afin de rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux, il ne pourra vraisemblablement pas résorber, pour l'an 2006 comme l'a statué le gouvernement, le surplus de médecins constaté depuis 1987. Par ailleurs, pour certaines spécialités, il y a discordance entre le nombre de médecins formés par les universités et celui que requièrent les régions régionales pour leurs établissements. En outre, le ratio omnipraticiens / spécialistes actuellement recherché dans le système de la santé et des services sociaux n'est pas appuyé par une analyse. Pourtant ce ratio influe sur l'organisation et le coût des services médicaux.

15.3 La répartition géographique des médecins spécialistes pose problème puisque ceux-ci sont trop concentrés dans les régions universitaires. Cette situation résulte, d'une part, du manque de rigueur dans l'application de la rémunération réduite imposée dans les grands centres urbains et du fait que, malgré l'encadrement du plan de répartition de l'effectif médical, bon nombre de médecins continuent de s'installer dans les régions universitaires. D'autre part, le déploiement de l'effectif médical dans différentes régions ne s'appuie pas toujours sur un plan d'organisation qui a pour objectif de préciser les services nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

15.4 Par ailleurs, les différentes mesures instaurées pour favoriser une meilleure répartition de l'effectif médical, dont le coût pour 1993-1994 est estimé par le Ministère à 70 millions de dollars environ, ne sont pas toujours harmonisées les unes avec les autres afin qu'elles contribuent de manière cohérente et au moindre coût à l'amélioration de la répartition géographique des médecins.

15.5 Malgré les exigences de la loi quant à la répartition équitable des ressources, la programmation budgétaire du Ministère est encore faite, en 1995-1996, sur la base d'un financement antérieur aux établissements, lequel ne repose pas sur une évaluation des besoins des clientèles. Il s'agit d'une reconduction des budgets des établissements d'année en année qui ne vise pas particulièrement à corriger les iniquités entre les clientèles et entre les régions.

15.6 Le Ministère n'a pas été en mesure d'intégrer à sa méthode tous les facteurs influant sur les coûts de dispensation des services. Ainsi, les résultats de la méthode appliquée intégralement permettaient d'anticiper, pour 1994-1995, une réduction des écarts interrégionaux de l'ordre de 8 p. cent, ce qui n'a pas été accepté par les régies régionales. Les négociations ont conduit à une répartition des compressions qui n'a corrigé que 1,3 p. cent des écarts de richesse. Même si le Ministère n'a pas fixé d'échéance pour rétablir l'équité, on constate que, au rythme actuel, il faut prévoir plusieurs décennies avant de l'atteindre.

15.7 En 1994-1995, le Ministère a accepté la répartition intrarégionale des compressions de dépenses des régies régionales même si certaines d'entre elles ne respectaient pas l'approche programme-clientèle pourtant exigée par la loi. De plus, il n'avait pas toute l'information nécessaire pour s'assurer que les services directs à la population n'étaient pas diminués, bien qu'il en ait fait une exigence.

15.8 Des frais s'élevant à 6 millions de dollars pour l'année financière terminée le 31 mars 1995 ont été réclamés par les régies régionales pour la gestion des fonds affectés qui leur sont confiés par le Ministère. Or, cette pratique ne respecte pas les règles du Conseil du trésor et elle mène à l'utilisation de crédits à des fins non prévues.

15.9 Il ressort des travaux de vérification effectués dans cinq régies régionales que la répartition des compressions budgétaires n'a pas toujours concouru à un meilleur équilibre intrarégional et n'a pas toujours favorisé l'équité quant à l'accès aux services pour les clientèles qui résident dans des régions éloignées des centres urbains. Par ailleurs, les régies n'ont pas toujours le souci de respecter la réglementation en vigueur quant à certains fonds affectés et au respect des délais impartis par la loi pour le dépôt du rapport annuel des activités de l'ensemble des établissements de leur région. Enfin, une régie régionale a recours à un organisme sans but lucratif pour faire indirectement ce qu'elle ne peut faire directement.

Vue d'ensemble

15.10 La réforme de la santé et des services sociaux, amorcée il y a cinq ans, a amené un changement de perspective qui, selon le document publié en décembre 1990 intitulé *Une réforme axée sur le citoyen*, consiste à allouer les ressources en fonction des populations, plutôt qu'au regard des établissements, dans une recherche d'équité. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* adoptée en 1991, précise le rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux et des régies régionales dans la répartition des ressources. La Politique de la santé et du bien-être, livrée par le ministre de la Santé en 1992, a défini cinq champs d'activité et a déterminé les objectifs de santé et de bien-être pour chacun, relativement aux problèmes qui touchent le plus la population.

15.11 Pour l'exercice 1994-1995, près de 13 milliards de dollars ont été consacrés au secteur de la santé et des services sociaux dont 2,1 milliards pour les services médicaux. En conformité avec la Politique, le ministre de la Santé et des Services sociaux établit les politiques et les programmes de santé et de services sociaux et voit à leur mise en application par les régies régionales. À cette fin, selon les articles 431 et 463, il doit répartir équitablement les ressources, y compris l'effectif médical, entre les 18 régions, en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires. Les régies régionales allouent à leur tour les ressources financières aux établissements et aux organismes communautaires de leur territoire par programme, compte tenu des besoins de leur population.

Mandat et portée de notre vérification

15.12 Nous nous sommes assurés plus particulièrement que la répartition de l'effectif médical et l'allocation des ressources étaient conformes à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

15.13 De plus, en vertu de l'article 30 de la *Loi sur le Vérificateur général* (L.R.Q., c. v-501), nous avons effectué une vérification dans cinq régies régionales.

15.14 Le choix des cinq régies régionales retenues aux fins de la vérification s'est fait de façon à ce que l'échantillonnage soit représentatif. L'importance du budget, l'emplacement et le caractère urbain ou rural des régions sont quelques-uns des critères considérés au moment de la sélection.

15.15 Nous avons vérifié, d'une part, la conformité de la répartition des compressions budgétaires entre les établissements avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les orientations ministérielles. D'autre part, nous nous sommes assurés que le suivi budgétaire et financier exercé auprès des établissements était conforme à la loi et à la réglementation.

15.16 Par ailleurs, nos travaux ont porté sur certains éléments de la réglementation en vigueur quant aux fonds suivants : Fonds des locations d'espaces, Fonds des immobilisations et Fonds des équipements. Enfin, nous nous sommes assurés que les rapports annuels exigés par la loi étaient déposés dans les délais impartis.

15.17 Nous avons considéré surtout les activités de l'année financière terminée le 31 mars 1995, mais certains commentaires portent sur des situations antérieures ou postérieures à cette date.

Résultats de notre vérification

Effectif médical

15.18 Le régime d'assurance-maladie instauré en 1970 repose sur le principe d'accès universel aux soins et prévoit le paiement des services nécessaires rendus par les médecins. Responsable des règles générales de fonctionnement du régime, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place différents mécanismes pour contrôler l'augmentation du nombre de médecins et les répartir équitablement sur l'ensemble du territoire à desservir. C'est ainsi qu'ont été graduellement introduites des mesures de contingentement dans les universités, des cibles régionales de croissance ou de décroissance de l'effectif médical destinées à encadrer l'exercice régional de planification de l'effectif, ainsi que des mesures propres à répartir les médecins géographiquement.

Nécessité de rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux pour l'an 2006.

15.19 Plus récemment, au moment de la réforme de 1990, le Ministère fixait comme objectifs de combler la pénurie dans des spécialités de base, d'améliorer la répartition géographique des médecins et de ramener l'augmentation de leur nombre à un rythme compatible avec l'évolution sociodémographique.

Planification de l'effectif médical

15.20 Compte tenu de son incidence sur l'accessibilité, la qualité et les coûts des services médicaux, la planification de l'effectif médical constitue une fonction déterminante dans l'administration du régime d'assurance-maladie québécois. Cet exercice doit viser une adéquation optimale entre les ressources humaines en place et la demande de services médicaux.

Nombre de médecins

15.21 La planification de l'effectif médical élaborée par le Ministère repose sur le postulat que le nombre de médecins qu'il y avait en 1986 était alors suffisant pour répondre aux besoins de la population. Dans le but de déterminer le nombre de médecins nécessaire pour maintenir cet équilibre et mesurer l'incidence des admissions en médecine sur le nombre de médecins disponibles au Québec, un modèle de projection sur 30 ans de l'offre et de la demande de services médicaux a été élaboré sous l'égide de la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux. Cette instance consultative a été créée par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui est responsable, avec le ministère de l'Éducation, de proposer annuellement au gouvernement le nombre d'inscriptions dans les universités, pour combler les besoins en services médicaux futurs.

15.22 Devant le surplus de médecins constaté depuis 1987, le gouvernement a statué en 1991 sur la nécessité de rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux pour l'an 2006. Le surplus de l'offre était estimé par la Régie de l'assurance-maladie, pour 1993-1994, à 761 ETC (équivalent temps complet), dont le coût était de 100 millions de dollars. Basée principalement sur les projections du modèle, la Politique triennale des inscriptions aux programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine a été retenue comme instrument pour contenir l'offre de services médicaux.

15.23 Les efforts du ministère de la Santé et des Services sociaux pour atteindre l'équilibre en l'an 2006 ne produiront cependant pas les résultats escomptés. L'un des problèmes réside dans la difficulté du Ministère à intégrer fidèlement et rapidement au modèle les répercussions des changements qui se produisent dans la profession. Ainsi en est-il de l'augmentation du volume moyen de services fournis par médecin, qui n'est pris en compte qu'en partie dans les projections du Ministère. Le temps qu'il met à ajuster en conséquence le nombre d'inscriptions dans les universités pourrait repousser l'atteinte de l'équilibre jusqu'en l'an 2016.

15.24 **Nous avons recommandé au Ministère de prendre les dispositions requises afin de rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux pour l'an 2006, comme l'a statué le gouvernement.**

Spécialisation des médecins

15.25 La planification de l'effectif médical doit également permettre d'assurer la disponibilité dans la spécialité appropriée. À cet égard, la Politique triennale des inscriptions aux programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine fixe le nombre d'admissions selon le champ d'activité.

15.26 Une étude de la situation datant d'avril 1995 et menée conjointement par le Ministère et les régies régionales a fait ressortir une discordance entre le nombre de spécialistes sortant des universités et celui que requièrent les régies régionales pour leurs établissements. La figure 15.1 présente, pour la période 1993-1996, les principaux écarts observés entre l'ajout de médecins demandé par les régies régionales et l'augmentation du nombre de médecins projetée pour cette période, laquelle tient compte des prévisions relatives aux nouveaux médecins disponibles.

15.27 Selon l'étude, cette situation résulte notamment de la prise en compte insuffisante des priorités ministérielles et régionales, de la part des ministères de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux. Les pénuries et les surplus de médecins spécialistes observés sont susceptibles d'avoir des conséquences sur l'organisation du travail, les coûts des services médicaux et l'accessibilité aux soins.

Discordance entre le nombre de spécialistes sortant des universités et celui que requièrent les régies régionales pour leurs établissements.

15.28 Nous avons recommandé au Ministère de déterminer les inscriptions aux programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine, conjointement avec le ministère de l'Éducation, en tenant compte davantage des priorités ministérielles et régionales, afin d'assurer la disponibilité dans la spécialité appropriée.

Ratio omnipraticiens / spécialistes recherché

15.29 La Politique triennale des inscriptions aux programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine vise notamment l'atteinte d'un ratio omnipraticiens / spécialistes. Il y a quelques années, un rapport d'omnipraticiens de l'ordre de 60 p. cent était recherché; maintenant, c'est dans une proportion égale à celle des médecins spécialistes qu'ils sont requis dans le système de la santé et des services sociaux.

15.30 Ce ratio influe sur l'organisation des services médicaux puisque, selon le type et le nombre de médecins disponibles, le champ de pratique propre à une discipline peut varier. Le cas de certains spécialistes qui offrent des services pouvant être prodigués par des généralistes illustre bien ce problème. Le ratio retenu a également une incidence importante sur le coût des services médicaux. À titre d'exemple, basée sur la simple

comparaison du revenu moyen brut des omnipraticiens et des spécialistes, chaque variation de 1 p. cent du ratio représente 6 millions de dollars. Or, nous n'avons retracé aucune analyse appuyant le choix d'un tel ratio.

15.31 Nous avons recommandé au Ministère de justifier le ratio omnipraticiens / spécialistes recherché, compte tenu de son incidence tant sur l'organisation que sur les coûts des services médicaux.

Répartition de l'effectif médical

15.32 La répartition géographique des médecins a été une préoccupation constante du gouvernement depuis l'implantation du régime actuel d'assurance-maladie. Pour lutter contre la trop grande concentration de médecins dans les régions urbaines nanties d'un centre universitaire, différentes mesures incitatives ont été introduites. Il s'agit principalement de compensations accordées aux médecins pratiquant sur des territoires insuffisamment pourvus de médecins, telles qu'une rémunération majorée, le remboursement de certains frais de ressourcement, de déménagement et de sortie, ainsi que l'octroi de primes d'installation, d'éloignement, de revalorisation et de rétention. D'autres mesures s'adressent aux étudiants en médecine : stages qui leur font connaître le travail en région, droit ou bourse d'études en médecine

SPÉCIALITÉS	NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES	
	AJOUT DEMANDÉ PAR LES RÉGIONS *	AJOUT NET PROJETÉ
Spécialités pour lesquelles il y aura insuffisance de médecins		
■ Psychiatrie	59	15
■ Médecine interne	41	14
■ Chirurgie générale	18	(3)
■ Santé communautaire	18	5
Spécialités pour lesquelles il y aura un excédent de médecins		
■ Pédiatrie	14	47
■ Dermatologie	(5)	18
■ Physiatrie	5	11
■ Pneumologie	3	23
■ Ophtalmologie	1	20
■ Oto-rhino-laryngologie	5	12
■ Radiologie diagnostique	19	27
■ Microbiologie	4	14
* Les données n'étaient pas disponibles pour deux régions.		

FIGURE 15.1

qui lie leur pratique future à des territoires désignés pour une période donnée. Enfin, une série de mesures négociées avec les fédérations de médecins permettent de maintenir l'accès aux services médicaux pour tous les citoyens dans des situations particulières. Pour 1993-1994, le Ministère évalue le coût de l'ensemble de ces mesures à 70 millions de dollars environ.

15.33 Par ailleurs, le recrutement de nouveaux médecins par les établissements est encadré depuis 1987 par un plan triennal de répartition de l'effectif médical fixant des cibles de croissance et de décroissance pour chaque région. Ce plan a essentiellement pour but d'assurer une plus grande équité dans l'accès aux services médicaux.

Prise en compte des besoins de la population

15.34 Les régies régionales sont responsables de l'organisation des services médicaux sur leur territoire. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* mentionne qu'elles doivent élaborer et mettre en œuvre un plan d'organisation qui préciserait, entre autres choses, les services nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Or, plusieurs de ces plans n'ont pas encore été produits par les régies régionales. Le Ministère n'a donc pas l'assurance que l'effectif médical est réparti avec un souci d'efficacité et d'efficacité.

15.35 Par exemple, notre examen de neuf centres hospitaliers de courte durée situés à proximité les uns des autres, dans une région universitaire où la régie régionale n'a pas produit de plan d'organisation des services, a fait ressortir que la majorité d'entre eux offrent les mêmes spécialités médicales et chirurgicales (figure 15.2).

15.36 Ne connaissant pas les services requis pour répondre aux besoins de la population, le

Ministère n'a pas l'assurance de la nécessité de ces spécialités dans la majorité des établissements. La dispersion des spécialités multiplie les investissements en équipement et entraîne des coûts récurrents.

15.37 Nous avons recommandé au Ministère de s'assurer que le déploiement de l'effectif médical s'appuie sur une analyse de l'organisation des services dans chaque région (plan d'organisation).

Information sur l'activité médicale en cabinet privé

15.38 Une grande partie de l'activité médicale du Québec se fait en cabinet privé. En 1993-1994, près de 40 p. cent des coûts des services médicaux y étaient consacrés, soit 773 millions de dollars. Le nombre des médecins qui travaillent exclusivement en cabinet privé a augmenté de quelque 33 p. cent au cours des dix dernières années.

15.39 Compte tenu de l'importance des services et des coûts qui y sont rattachés, le Ministère doit s'assurer que le type de pratique exercée en cabinet privé concourt aux priorités ministérielles et régionales en matière de santé et de services sociaux, mais il ne possède pas une information assez complète pour ce faire. Le Ministère n'a donc pas l'assurance que les activités médicales en cabinet privé sont conformes aux priorités ministérielles et à celles qu'ont définies les régies régionales.

15.40 Nous avons recommandé au Ministère d'obtenir l'information lui permettant de s'assurer que le type de pratique exercée en cabinet privé concourt aux priorités ministérielles et régionales en matière de santé et de services sociaux.

FIGURE 15.2
Nombre
d'établissements
disposant de
médecins, par
spécialité

■ Cardiologie	8 sur 9	■ Ophtalmologie	9 sur 9
■ Chirurgie générale	9 sur 9	■ Orthopédie	6 sur 9
■ Chirurgie plastique	6 sur 9	■ Oto-rhino-laryngologie	8 sur 9
■ Gastro-entérologie	8 sur 9	■ Pneumologie	6 sur 9
■ Hématologie	7 sur 9	■ Psychiatrie	7 sur 9
■ Médecine interne	8 sur 9	■ Urologie	6 sur 9
■ Obstétrique	8 sur 9		

Contrôle de l'installation des médecins spécialistes dans les régions universitaires

15.41 Une étude réalisée par le Ministère, en octobre 1994, conclut que, bien que les omnipraticiens soient relativement bien répartis sur le territoire, un problème majeur de déploiement de spécialistes persiste dans la majorité des régions du Québec. Dans plusieurs champs d'activité, trop de médecins spécialistes sont concentrés dans les régions universitaires, ce qui, selon le Ministère, amène une plus grande consommation de services médicaux et contribue à réduire l'accès aux services spécialisés dans les régions intermédiaires et éloignées.

15.42 Ce problème est dû notamment à l'incapacité, malgré l'encadrement du plan de répartition de l'effectif médical attaché aux établissements, d'empêcher l'installation de nouveaux médecins spécialistes dans les régions universitaires. Par exemple, aux prises avec un surplus de médecins spécialistes, la région de Montréal s'est vu fixer un objectif de décroissance de 44 médecins pour la période 1993-1996. Pendant la première moitié de ce cycle, le nombre de médecins spécialistes dans cette région s'est tout de même accru de 66 individus, soit plus de 35 p. cent de l'augmentation nette de médecins spécialistes observée pour l'ensemble de la province.

15.43 Enfin, la rémunération réduite instituée pour s'opposer à l'installation des médecins dans les régions universitaires n'a pas toujours été mise en pratique avec rigueur, principalement en raison de l'exemption accordée à de nombreux médecins qui en sont à leurs trois premières années d'exercice et qui sont nommés professeurs par l'une ou l'autre des universités. En mai 1993, par exemple, plus de 300 médecins n'étaient pas assujettis à la rémunération réduite.

15.44 En juin 1993, le nombre de médecins pouvant profiter simultanément de cette exemption était limité à 150 par le gouvernement. Ce plafond – dont le coût annuel est évalué par le Ministère à environ 6,8 millions de dollars, c'est-à-dire 45 000 dollars par médecin – ne repose pas sur une étude qui évaluerait le nombre des professeurs nécessaires et en fonction.

15.45 Nous avons recommandé au Ministère de s'assurer qu'un contrôle de l'installation des médecins dans les régions universitaires, plus particulièrement celle des médecins spécialistes, est exercé avec rigueur et que la politique de la rémunération réduite est appliquée avec rigueur.

Mesures de répartition de l'effectif médical

15.46 Depuis 1974, différentes mesures ont été introduites de façon cumulative pour faire face à divers problèmes de répartition des médecins. Selon leur situation, ces derniers peuvent maintenant bénéficier d'une ou de plusieurs mesures administrées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie de l'assurance-maladie ou les régies régionales.

15.47 Ces mesures n'ont cependant pas toujours été harmonisées les unes avec les autres afin qu'elles contribuent de manière cohérente et au moindre coût à l'amélioration de la répartition des médecins. Par exemple, des médecins s'étant déjà engagés à exercer sur un territoire insuffisamment pourvu pour une ou plusieurs années à la suite de l'attribution d'un droit ou d'une bourse d'études en médecine ou en formation ont également bénéficié d'une prime pour s'y installer. Ainsi, depuis l'instauration des primes d'installation en 1985-1986, 385 médecins en ont bénéficié sans nécessité, pour un coût total de 7,4 millions de dollars.

15.48 Par ailleurs, certaines mesures pourraient être plus efficaces. Il en est ainsi des bourses d'études créées en 1975 dans le but d'inciter les nouveaux diplômés en médecine à établir leur pratique sur des territoires insuffisamment pourvus de médecins. Compte tenu de la baisse de popularité de ces bourses depuis 1988-1989, une évaluation en a été faite par le Ministère en novembre 1992. Elle a fait ressortir, pour la période de 1985 à 1992, que plus de 50 p. cent des bourses accordées n'ont pas contribué à pourvoir les territoires qui manquent de médecins. D'une part, ces bourses ont été remboursées par leurs récipiendaires dans une proportion de 40 p. cent. D'autre part, près de 11 p. cent des boursiers se sont installés dans des régions non reconnues comme insuffisamment

Incapacité d'empêcher l'installation de nouveaux médecins spécialistes dans les régions universitaires.

pourvues de médecins, sans que le Ministère ait dûment étayé les motifs justifiant ces dérogations.

15.49 Nous avons également constaté un manque de rigueur dans le suivi des engagements pris par certains étudiants d'exercer dans une région insuffisamment pourvue de médecins à la suite de l'attribution d'un droit d'études en médecine. Cet engagement, d'une période maximale de quatre ans, peut être assorti d'une pénalité de 200 000 dollars s'il n'est pas respecté.

15.50 En effet, une étude récente du Ministère, ayant notamment pour objectif d'évaluer dans quelle mesure les contractants ont effectivement respecté leur engagement, a fait ressortir plus de 15 p. cent de cas de délinquance relativement aux places de résidence en spécialité et aux places des diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis. Or, le Ministère n'a pu démontrer que la pénalité prévue a été appliquée dans tous les cas de non-respect. En outre, quand une procédure de recouvrement est amorcée, le taux de règlement demeure très faible. Le manque de qualité du suivi et de la perception risque donc d'annihiler en partie l'incidence de cette mesure.

15.51 Nous avons recommandé au Ministère de s'assurer de l'efficacité et de l'efficacité des mesures de répartition de l'effectif médical.

Administration des ententes conclues avec les fédérations de médecins

15.52 En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre de la Santé et des Services sociaux peut conclure des ententes avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Ces ententes, habituellement administrées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, régissent actuellement la participation des médecins au régime d'assurance-maladie, leur rémunération, ainsi que les conditions d'exercice de leur profession, et elles résultent d'un processus de négociation, tantôt cyclique pour les ententes de base, tantôt permanent pour le règlement de problèmes particuliers. Selon une étude de la Régie, la gestion des modifications apportées aux ententes monopolise annuellement près de 200 postes en ETC, soit l'équivalent de plus de 10 millions de dollars.

15.53 Depuis quelques années, la Régie de l'assurance-maladie éprouve des difficultés importantes dans l'administration des ententes. Elle évoque notamment le caractère permanent des négociations qui entraînent continuellement des modifications, la prise en compte insuffisante des efforts nécessaires à l'administration des ententes au moment des négociations ainsi que le peu de temps qui lui est laissé pour implanter les modifications et informer ses partenaires. Selon la Régie, ce mode de fonctionnement essentiellement réactif compromet la qualité même de ses produits et services, et il engendre des coûts additionnels.

15.54 Nous avons recommandé au Ministère d'apporter une attention particulière aux conditions d'administration des ententes qu'il confie à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, notamment quant à leur complexité et au délai de leur implantation, et d'assurer une meilleure concertation.

Financement des mesures de répartition

15.55 Le Ministère a introduit en 1982 la rémunération différenciée selon le territoire et quatre mesures incitatives, soit le remboursement de frais de ressourcement, de déménagement et de sortie, ainsi que l'octroi de primes d'éloignement. Le Conseil du trésor demandait alors que les économies de rémunération réalisées dans les grands centres financent à la fois la rémunération supplémentaire versée dans les régions insuffisamment pourvues de médecins et le coût des nouvelles mesures. Or, en juin 1993, le coût net cumulatif de ces mesures était de 130 millions de dollars. Pour la seule période de juin 1992 à juin 1993, il représente 25 millions de dollars.

15.56 Bien qu'il ait été informé de ces coûts supplémentaires, le Ministère n'a pas ajusté le niveau de la rémunération en fonction du nombre de médecins assujettis à la rémunération réduite ou majorée. Par exemple, en plus de l'exemption relative à la rémunération réduite pour les médecins nommés professeurs, différents ajustements aux territoires ont contribué, depuis 1990, à hausser les coûts. Par ailleurs, les économies réalisées par la rémunération réduite, applicable dans les régions universitaires, n'ont cessé de décroître.

15.57 Nous avons recommandé au Ministère de gérer les mesures de répartition conformément aux principes énoncés par le Conseil du trésor.

Allocation des ressources

Allocation des ressources entre les régions

15.58 La loi met de l'avant la notion de programme qui doit guider l'organisation des services de santé et des services sociaux et l'allocation des ressources. Cette notion regroupe plusieurs types de services autour d'une clientèle, d'une population ou d'un problème donné (personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté, santé mentale, etc.) que l'on désigne comme programme-clientèle. La Politique de la santé et du bien-être a défini cinq champs d'activité qui se subdivisent actuellement en huit programmes-clientèles.

15.59 Le Ministère doit allouer les ressources sur la base des programmes-clientèles et viser l'équité entre les clientèles. Il doit justifier la répartition des ressources en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

15.60 Malgré les exigences de la loi quant à la répartition équitable des ressources, la programmation budgétaire du Ministère est encore faite, en 1995-1996, sur la base d'un financement aux établissements, lequel ne repose pas sur une évaluation des besoins des clientèles. Il s'agit d'une reconduction des budgets des établissements d'année en année qui ne vise pas particulièrement à corriger les iniquités entre les clientèles et entre les régions.

15.61 Nous avons recommandé au Ministère de répartir les ressources par programme-clientèle en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

Répartition du budget de développement pour compenser l'alourdissement de la clientèle « personnes âgées » et du budget nécessaire au respect des priorités régionales

15.62 Le Ministère a alloué aux régions régionales, en 1994-1995, 12 millions de dollars pour compenser l'alourdissement de la clientèle

« personnes âgées » et 8 millions pour concrétiser leurs priorités.

15.63 Les crédits pour l'alourdissement de la clientèle « personnes âgées » en perte d'autonomie ont été répartis entre les régions de manière que les moins bien nanties reçoivent une part plus importante. Toutefois, le Ministère a alloué à 8 régions, aux dépens des autres, des montants supérieurs à ce qu'elles auraient dû recevoir. Cette pratique a encore éloigné l'objectif de réduire les iniquités entre les régions.

15.64 Au regard des budgets supplémentaires octroyés pour les priorités régionales, le Ministère a réparti ces ressources, comme il se devait, en fonction de la progression vers l'équité interrégionale.

15.65 Nous avons recommandé au Ministère d'attribuer les nouveaux crédits aux régions régionales de façon à réduire les iniquités entre les régions.

Répartition des compressions entre les régions

15.66 Le Ministère est tenu de répartir équitablement les compressions entre les régions en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires. Il doit inventorier les ressources de chaque région par programme-clientèle, utiliser des indicateurs pertinents lui permettant de tenir compte des caractéristiques des populations régionales, évaluer par région et par programme l'adéquation des ressources et des besoins, et corriger, le cas échéant, les iniquités constatées.

15.67 Le Ministère a élaboré une méthode d'allocation qui vise à partager équitablement entre les régions les ressources disponibles pour chaque programme-clientèle. La méthode permet de calculer la richesse relative de chaque programme-clientèle par région, laquelle est établie en comparant les ressources disponibles avec les besoins à combler. Cette méthode ne change pas les ressources disponibles pour chaque programme-clientèle, mais elle amène des réallocations entre les régions pour un programme-clientèle donné. Le Ministère a mis cette méthode en application pour répartir les compressions budgétaires qui ont été de

La programmation budgétaire ne repose pas sur une évaluation des besoins des clientèles.

156 et de 194 millions de dollars pour les années 1994-1995 et 1995-1996 respectivement.

15.68 En 1994-1995, afin de connaître les ressources disponibles pour chacun des programmes-clientèles, le Ministère a partagé les dépenses de la santé et des services sociaux entre eux. Il a inclus dans ces dépenses les services médicaux payés par la Régie de l'assurance-maladie qu'il a imputés en totalité au programme « santé physique », même si ces dépenses concernent aussi d'autres programmes, particulièrement ceux de la « santé mentale » et des « personnes âgées ». Cette façon de faire augmente les ressources disponibles pour le programme-clientèle « santé physique » qui se fera ainsi imposer une portion plus importante des 156 millions de dollars de compressions.

15.69 Le Ministère a mis à profit des résultats d'enquête pour connaître les besoins en santé et services sociaux de la population. En outre, il a utilisé des indicateurs afin de refléter les besoins régionaux des clientèles. En vue de la répartition des compressions pour 1995-1996, le Ministère a été en mesure, contrairement à 1994-1995, de pondérer les populations régionales pour tenir compte des besoins de toutes les clientèles. Toutefois, ces indicateurs sont perfectibles, surtout en ce qui concerne la clientèle « santé mentale ». De plus, ils ne sont pas toujours mis à jour de façon régulière.

15.70 Le Ministère ne tient compte qu'en partie de la mobilité de toutes les clientèles entre les régions afin de déterminer le bassin de population régional de chaque programme-clientèle. Il n'a considéré la mobilité que pour les programmes-clientèles « santé physique » et « santé mentale » et, dans ce dernier cas, la partie courte durée seulement. Cette façon de procéder fausse l'évaluation de la richesse relative de tous les programmes par région et n'incite pas les régions à desservir une autre population que la leur, ce qui limite l'accessibilité aux services.

15.71 Dans l'évaluation des ressources des régions, il est important de prendre en considération les coûts différenciés de dispensation de services entre elles. En effet, pour être équitable, le Ministère doit pondérer leurs dépenses pour tenir compte de certains

facteurs qui influent sur les coûts de production des services, tels la dispersion de la population, l'étendue de certains territoires et l'éloignement des régions universitaires. De plus, la pondération doit permettre de respecter autant la nécessité de maintenir certains services – même si le bassin de desserte ne le justifie pas d'un point de vue économique dans certaines régions – que la dispensation de services spécialisés très coûteux dans d'autres régions.

15.72 Le Ministère n'a pas été en mesure d'intégrer à sa méthode tous les facteurs influant sur les coûts de dispensation des services. Ainsi, les résultats de la méthode appliquée intégralement permettraient d'anticiper, pour 1994-1995, une réduction des écarts interrégionaux de l'ordre de 8 p. cent, ce qui n'a pas été accepté par les régies régionales. Les négociations ont conduit à une répartition des compressions qui n'a corrigé que 1,3 p. cent des écarts de richesse. Même si le Ministère n'a pas fixé d'échéance pour rétablir l'équité, on constate que, au rythme actuel, il faut prévoir plusieurs décennies avant de l'atteindre.

15.73 Quant à la répartition des compressions pour 1995-1996, bien que la méthode ait été améliorée à plusieurs égards, elle ne fait toujours pas l'objet d'un consensus auprès de l'ensemble des régies régionales. Des travaux conjoints entre le Ministère et les régies se poursuivent pour la bonifier.

15.74 **Nous avons recommandé au Ministère de parfaire et d'appliquer sa méthode d'allocation qui vise à partager équitablement entre les régions les ressources disponibles.**

Répartition intrarégionale des compressions Approche programme-clientèle

15.75 Les régies régionales sont tenues de répartir les compressions budgétaires selon l'approche programme-clientèle. Elles doivent établir les dépenses de leur région en fonction de cette base pour déterminer l'importance monétaire de chacun des programmes-clientèles et viser à corriger les iniquités entre les clientèles.

15.76 La majorité des régies régionales visitées n'ont pas réparti les compressions

d'apprécier l'importance des ressources consacrées aux différentes clientèles ont été utilisées par les régies. De plus, elles n'ont pas corrigé les iniquités qui existaient entre les clientèles et que le Ministère avait signalées.

15.77 Nous avons recommandé aux régies régionales de répartir les compressions budgétaires selon l'approche programme-clientèle et de corriger les iniquités entre les clientèles.

Accessibilité aux services

15.78 Les régies régionales doivent diviser leur région selon les caractéristiques de leur population et de leur géographie, et mesurer la richesse relative par programme sur les différents territoires afin de corriger les iniquités dans l'accès aux services. Pour ce faire, elles sont tenues de pondérer les dépenses des établissements pour tenir compte des variations dans les coûts de production des services lorsque leurs territoires présentent des disparités importantes influant sur les coûts.

15.79 Certaines régies n'ont pas divisé leur région en territoire. Elles n'ont donc pas évalué par clientèle l'accessibilité aux services et corrigé les iniquités entre les territoires.

15.80 La majorité des régies n'ont pas pondéré les dépenses des établissements pour tenir compte des coûts non productifs attribuables à l'éloignement et au maintien obligatoire de certains services, même pour une population de petite taille. Cette omission a empêché les régies concernées d'être équitables envers les clientèles qui résident sur des territoires éloignés des centres urbains ou qui présentent, entre autres, des particularités socioculturelles.

15.81 Nous avons recommandé aux régies régionales concernées de découper leur région en fonction des caractéristiques de leur population, de pondérer les dépenses des établissements pour tenir compte des coûts différenciés et, finalement, de corriger les iniquités entre les territoires.

Approbation par le Ministère des plans de compression des dépenses des régions

15.82 Le Ministère doit s'assurer que la répartition intrarégionale des ressources effectuée par les régies régionales se fait selon l'approche programme-clientèle. Il est également tenu de voir à ce qu'elles respectent les orientations ministérielles qui leur ont été transmises au moment des compressions budgétaires.

15.83 Le Ministère exige que les régies lui soumettent, pour approbation, leur méthodologie de répartition intrarégionale des compressions des dépenses. Pour 1994-1995, toutes les méthodes soumises par les régies régionales, bien que fort différentes, ont été acceptées, même celles qui ne respectaient pas l'approche programme-clientèle, pourtant exigée par la loi. Nos visites dans cinq régies régionales ont permis de constater qu'il n'y a pas de perception commune quant à la façon dont elles doivent répartir les compressions entre les établissements. Nous convenons que les régions connaissent des réalités particulières. Par contre, la loi leur impose de gérer par programme-clientèle.

15.84 Le Ministère a transmis aux régions des orientations relatives à la répartition intrarégionale des compressions qu'elles doivent absorber. Les régies régionales étaient tenues de s'assurer que les services directs offerts à la population n'étaient pas diminués pour autant. Elles devaient, pour ce faire, favoriser le recours à la ressource la plus légère pour dispenser un service, favoriser l'augmentation de la performance et la rationalisation des services administratifs, de soutien et de laboratoire des établissements.

15.85 Au moment de l'approbation, par le Ministère, des répartitions intrarégionales des compressions pour 1994-1995, celui-ci n'avait pas toute l'information nécessaire pour s'assurer que les services directs à la population n'étaient pas diminués. À titre d'exemple, il ne savait pas si les délais d'attente pour obtenir des examens diagnostiques dans les établissements publics avaient augmenté, dans quelle mesure la clientèle s'était dirigée vers les services privés de prélèvement ou si le non-remplacement du personnel temporairement absent comme mesure

Il n'y a pas de perception commune quant à la façon de répartir les compressions entre les établissements.

d'économie diminuait la qualité des soins dans les établissements. D'ailleurs, il n'existe pas actuellement d'indicateurs pour mesurer les effets d'une diminution de ressources sur la quantité et la qualité des services directs dispensés à une population.

15.86 En 1994-1995, les régies n'ont pas entrepris la rationalisation des services, étant donné les délais trop courts qui leur étaient accordés. Cependant, à la lumière d'études fournies par le Ministère sur la performance et les économies potentielles à réaliser, elles devraient en tenir compte dans la répartition des compressions pour 1995-1996.

15.87 Nous avons recommandé au Ministère de s'assurer que les régies régionales répartissent les compressions par programme-clientèle et qu'elles respectent les orientations ministérielles.

Suivi budgétaire et financier

15.88 Les régies régionales sont responsables du suivi budgétaire et financier des établissements de leur territoire depuis le 1^{er} avril 1993. Leur travail consiste, pour chaque établissement, à valider et à approuver les rapports budgétaires soumis, à en constater la réalisation de façon périodique et à analyser la situation financière en fin d'année. Auparavant, cette responsabilité était celle du ministère de la Santé et des Services sociaux.

15.89 Nous avons constaté que la majorité des budgets détaillés et plusieurs plans d'équilibre budgétaire produits par les établissements n'ont pas été transmis aux régies régionales dans les délais impartis par la loi. Nous avons noté des retards de plus de trois mois. En outre, le processus d'attribution budgétaire actuel du gouvernement du Québec a pour effet d'octroyer les budgets des établissements deux ou trois mois après le début de l'exercice financier. Il en résulte donc que la production de certains plans d'équilibre budgétaire survient parfois plus de six mois après le début de l'exercice financier, compte tenu des retards déjà mentionnés. Ces délais importants réduisent la marge de manœuvre qui permettrait aux établissements de donner suite au plan d'équilibre budgétaire.

15.90 Certaines régies régionales n'ont pas adopté de procédure d'analyse pour les budgets détaillés, les plans d'équilibre budgétaire et les rapports périodiques. Par conséquent, ces régies n'ont pas établi de norme minimale quant au travail d'analyse qui devrait être fait.

15.91 Par ailleurs, nous avons constaté, dans la majorité des régies, que des plans d'équilibre budgétaire pour 1994-1995 ont été acceptés, même s'ils dépassaient la période permise par la loi. Cette dérogation a eu pour conséquence d'augmenter de 3,3 millions de dollars au 31 mars 1995 les autorisations d'emprunts temporaires liés à ces plans et d'entraîner, pour les établissements concernés, le paiement des intérêts qui s'y rattachent.

15.92 Nous avons recommandé aux régies régionales de s'assurer que les établissements produisent leurs rapports budgétaires dans les délais impartis par la loi. De plus, nous avons recommandé aux régies concernées de se doter d'une procédure d'analyse des rapports budgétaires et de n'approuver que les plans qui permettent d'atteindre l'équilibre au cours de la période permise par la loi.

Fonds des locations d'espaces et Fonds des immobilisations

15.93 Les fonds affectés à des programmes particuliers sont constitués de subventions confiées par le Ministère aux régies régionales, pour être attribuées à des établissements ou à des organismes du réseau de la santé et des services sociaux. Ces derniers ont alors le mandat de prendre en charge des activités relatives aux services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

15.94 Notre vérification, pour 1992-1993 et 1993-1994, a porté plus particulièrement sur le respect de la *Loi sur les services de santé et es services sociaux* et de la réglementation en vigueur pour les fonds suivants : Fonds des locations d'espaces et Fonds des immobilisations.

15.95 Nous livrons ci-après certains constats résultant de nos travaux.

La majorité des budgets détaillés et plusieurs plans d'équilibre budgétaire n'ont pas été transmis aux régies régionales dans les délais impartis par la loi.

Fonds des locations d'espaces

15.96 Dans la majorité des régies régionales, les dossiers examinés ont révélé que des baux ont été conclus sans l'autorisation préalable de la Régie.

15.97 De façon à faciliter l'installation des employés dans les régions éloignées, les conventions collectives du personnel du réseau de la santé et des services sociaux attribuent des responsabilités à l'employeur au regard du logement des nouveaux arrivants. L'employé n'assume alors qu'une partie du loyer relatif au logement fourni par l'employeur.

15.98 L'une des régies concernées ne s'assure pas que les sommes versées par les employés sont défalquées des montants demandés au Ministère par la Régie pour le paiement des baux des établissements. En 1993-1994, nous avons noté, pour deux établissements, que la Régie a bénéficié d'une somme de plus de 75 000 dollars en n'exerçant pas ce contrôle.

Fonds des immobilisations

15.99 Des dépassements de coût des travaux ont été payés sans que les établissements concernés aient obtenu les autorisations préalables. De plus, certains dossiers ne contenaient pas la preuve du processus d'appel d'offres, ni de l'acceptation de la soumission retenue avant la signature du contrat, ni, dans un cas, l'autorisation du ministre et du Conseil du trésor, même si une modification apportée au contrat portait à plus de un million de dollars le coût des travaux de construction.

15.100 Nous avons recommandé aux régies régionales de respecter la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la réglementation en vigueur quant aux fonds affectés à des programmes particuliers, et à la régie régionale concernée de tenir compte des montants versés par les employés pour leur logement dans le calcul des sommes demandées au Ministère à titre de location d'espace.

Transferts entre Fonds

15.101 Le Ministère attribue aux régies régionales des subventions pour les activités ou les services dont la responsabilité leur est confiée, tels la location d'espace, les immobilisations et l'équipement. Ces activités et services sont alors gérés avec des fonds affectés distincts.

15.102 Notre examen des opérations des fonds affectés pour l'ensemble des régies régionales a fait ressortir leur transfert partiel, sous forme de frais de gestion, au fonds d'exploitation. Annuellement, ces transferts représentent quelque 6 millions de dollars.

15.103 Or, nous n'avons pu établir de relation entre le montant des frais de gestion en question et les services effectivement rendus. Cette pratique ne respecte pas les règles du Conseil du trésor qui prohibent tout transfert entre les fonds et elle mène à l'utilisation de crédits à des fins non prévues.

15.104 Nous avons recommandé au Ministère de se conformer aux règles de gestion autorisées par le Conseil du trésor concernant les transferts entre fonds.

Recours d'une régie régionale à un organisme sans but lucratif

15.105 Une régie régionale (anciennement un conseil régional de la santé et des services sociaux) a recours, depuis 1980, à un organisme sans but lucratif, constitué en vertu de la partie III de la *Loi sur les compagnies du Québec*, ayant pour mission de construire, d'acquérir, de louer, de posséder, d'améliorer, d'administrer et d'aliéner des immeubles et biens meubles servant en priorité aux personnes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux ou qui bénéficient de ses services.

15.106 À la suite de discussions avec le Ministère, des dispositions ont été incluses dans les lettres patentes de cet organisme de façon qu'un contrôle soit exercé par la régie régionale, notamment quant à la composition de son conseil d'administration, à sa capacité d'emprunter et de nantir des biens ainsi qu'à ses règlements. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* impose à la régie régionale certaines restrictions quant aux pouvoirs qu'elle peut exercer sans l'autorisation expresse du ministre. Tel que nous le décrivons ci-après, le recours à un tel organisme permet notamment à la régie de faire indirectement ce qu'elle ne peut faire directement.

15.107 La régie régionale verse certaines sommes à l'organisme, pour l'acquisition ou la construction d'immeubles, pour des ressources intermédiaires ou pour le logement du personnel des

Recours à un organisme sans but lucratif pour faire indirectement ce qu'on ne peut faire directement.

établissements. De tels versements ne sont pas prévus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

15.108 Depuis 1987, la régie régionale a cautionné au moins trois emprunts de l'organisme et, à une occasion, elle a autorisé celui-ci à le faire à l'égard d'un tiers, pour une valeur totale de plus de 4,5 millions de dollars, bien que ce pouvoir ne lui soit pas donné par la loi. De plus, au moment où ces cautionnements ont été effectués, elle ne pouvait s'assurer de la disponibilité des fonds nécessaires pour donner suite à ses engagements, le cas échéant.

15.109 De plus, face aux problèmes de gestion importants d'un établissement, le ministre de la Santé et des Services sociaux a assumé l'administration de cet établissement en 1990, par l'entremise d'un fondé de pouvoir. Dans le cadre de cette tutelle et avec l'autorisation de la régie régionale, l'organisme a contracté, en mai 1992, un emprunt de un million de dollars expirant en août 2006, pour permettre notamment à l'établissement d'acquérir de nouveaux immeubles et d'effectuer des réparations à ceux qu'il possédait déjà. Le remboursement devait être financé par la majoration du loyer et la prolongation de trois baux, ce qui a été remis en question par le Ministère. Devant ce refus, l'organisme a remboursé 783 321 dollars en septembre 1993 et il élabore actuellement un plan de recouvrement auprès de l'établissement concerné et de la régie régionale pour le remboursement du solde en capital et des intérêts relatifs à l'emprunt.

15.110 Par ailleurs, la régie régionale ne s'assure pas que les coûts de location facturés par l'organisme aux établissements se limitent à ceux qui ont été réellement assumés. Elle ne contrôle pas non plus l'utilisation des surplus de l'organisme comme le prévoient les règlements de celui-ci, et elle ne facture pas intégralement, à leur valeur réelle, les services qu'elle rend à l'organisme.

15.111 Nous avons recommandé à la régie régionale de se limiter aux transactions que la loi l'autorise à faire et d'exercer un contrôle plus rigoureux.

Pratiques de comptabilisation des dépenses

15.112 Une régie a comptabilisé, de 1992-1993 à 1994-1995, des engagements de quelque 2,6 millions de dollars dans certains fonds, sans qu'ils découlent d'une obligation envers un tiers et sans que l'opération ou le fait à l'origine de l'engagement se soit produit. Cette pratique a eu pour effet de surévaluer les dépenses de ces exercices d'un montant équivalent.

15.113 Nous avons recommandé à la régie régionale de procéder à l'engagement de dépenses uniquement si une obligation envers un tiers peut être démontrée à la date de fin d'exercice.

Reddition de comptes

15.114 En ce qui a trait à la majorité des régies régionales, le rapport annuel des activités de l'ensemble des établissements et des organismes communautaires qu'elles subventionnent n'a pas été produit dans les délais impartis par la loi.

15.115 Nous avons recommandé aux régies régionales de produire le rapport annuel des activités de l'ensemble des établissements et des organismes communautaires qu'elles subventionnent dans les délais impartis par la loi.

15.116 *Commentaires du Ministère : Planification de l'effectif médical. Nombre de médecins.* « Des dispositions ont déjà été prises par le gouvernement afin de rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux. En particulier, une réduction de 10 admissions d'étudiants québécois en médecine a été décrétée en 1994-1995 et une réduction additionnelle de 25 a été décidée pour 1995-1996. Des consultations se poursuivent pour une réduction additionnelle en 1996-1997.

« L'équilibre entre l'offre et la demande peut aussi être atteint en agissant sur les départs. Ainsi, des négociations avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont permis de mettre en place un programme d'encouragement à la retraite. Des négociations sont en cours sur la même question avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Spécialisation des médecins. « Des travaux ont déjà été entrepris avec le ministère de l'Éducation et la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical du Québec pour ajuster les inscriptions aux programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine afin de tenir compte des priorités ministérielles et régionales.

Ratio omnipraticiens / spécialistes recherché. « En ce qui concerne le ratio omnipraticiens / spécialistes, il n'existe pas de ratio idéal, l'objectif actuel de 50 / 50 étant le résultat d'un consensus reproduisant grosso modo la situation qui existe dans les autres provinces canadiennes.

« Le Conseil médical du Québec poursuit présentement une réflexion sur l'organisation de la dispensation des services médicaux. Ces travaux de même que les besoins exprimés par les régies régionales dans le contexte de la transformation du réseau devraient permettre de documenter les changements qu'il y a lieu d'apporter à ce ratio.

Répartition de l'effectif médical. « En ce qui regarde les différentes mesures incitatives de répartition des effectifs médicaux, le Ministère prévoit réviser l'ensemble des mesures de répartition existantes afin d'évaluer l'opportunité de les maintenir, de les modifier, de les remplacer ou de les abroger en négociation avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec et avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

« Une entente a été conclue avec la Fédération des médecins spécialistes à cet effet.

« Pour ce qui est des plans régionaux d'effectifs médicaux, l'évaluation du cycle 1993-1996 effectuée au Ministère et dans les régies régionales amène des conclusions similaires à celles du Vérificateur général. Le plan de répartition de l'effectif médical 1996-1999 actuellement en préparation et les règles de gestion qui en feront partie devraient permettre de solutionner ces problèmes. Notons que des modifications législatives seront nécessaires.

Administration des ententes conclues avec les fédérations de médecins. « Le Ministère est d'accord pour mieux concerter ses actions avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec sur les

questions relatives à l'administration des ententes confiées à celle-ci.

Financement des mesures de répartition.

« Les nouvelles orientations budgétaires du Conseil du trésor et du gouvernement impliquent la stabilisation de l'enveloppe budgétaire de la RAMQ. C'est dans ce contexte que se font actuellement les négociations avec les fédérations médicales, concernant les mesures de répartition de l'effectif médical. »

Allocation des ressources. Allocation des ressources entre les régions. « L'approche retenue pour l'allocation des enveloppes de crédits aux régies régionales en 1995-1996 intègre les concepts et la méthodologie d'équité interrégionale développée par le Ministère en collaboration avec les responsables des régies régionales. Ainsi, les montants de réductions aux enveloppes régionales et les montants de réallocations de nouveaux crédits aux régies régionales ont été déterminés sur la base de l'équité interrégionale qui tient compte de la notion de programmes-clientèles.

« La méthodologie d'équité interrégionale permet en effet de répartir les montants de réduction des dépenses et d'allouer les nouvelles ressources en tenant compte des caractéristiques et des besoins des populations à desservir pour les différents programmes-clientèles; elle permet aussi de prendre en considération la richesse relative des différentes régions en ressources de santé et de services sociaux pour ces mêmes programmes-clientèles.

Répartition du budget de développement pour compenser l'alourdissement de la clientèle

« **personnes âgées** » et du budget nécessaire au respect des priorités régionales. « Pour ce qui est de l'allocation de ressources pour l'alourdissement des clientèles et les priorités régionales en 1994-1995, les régies régionales et le Ministère ont convenu d'apporter certains ajustements aux montants qui avaient été déterminés par l'approche d'équité interrégionale. Tout en maintenant les principes de base de l'équité interrégionale, ces ajustements permettaient de mieux tenir compte des infrastructures disponibles pour utiliser le plus efficacement possible les crédits alloués.

Pour 1995-1996, les montants de réallocation de nouveaux crédits ont été établis pour chaque région régionale sur la base de l'équité interrégionale et d'une péréquation visant à faire en sorte que chaque région régionale puisse disposer d'un minimum de réallocations. Cette approche a fait l'objet d'un consensus entre les régions régionales et le Ministère.

Répartition des compressions entre les régions. « Les principaux aspects affectant l'équité entre les régions sont pris en compte par la méthodologie utilisée et elle comporte un degré de fiabilité suffisamment élevé pour atteindre les objectifs recherchés. En ce qui concerne plus spécifiquement la mobilité des clientèles, elle est considérée pour les deux programmes-clientèles où elle comporte des impacts significatifs sur les clientèles desservies par les régions.

« Par ailleurs, compte tenu de la complexité de la situation que doit refléter cette méthodologie, elle pourra toujours être bonifiée. C'est pourquoi un processus de révision continu a été mis en place afin d'identifier et de réaliser les améliorations possibles et de mettre à jour annuellement les différents indicateurs utilisés lorsque de nouvelles données sont publiées et disponibles pour calculer ces indicateurs.

« L'équité entre les régions constitue une priorité que le Ministère entend poursuivre dans le cadre de l'allocation des ressources aux régions régionales. Le rythme suivant lequel cet objectif peut être atteint est toutefois en partie conditionné par les infrastructures de santé et de services sociaux en place dans les différentes régions et par la recherche d'un consensus entre les différents partenaires régionaux et ministériels sur cette question.

Approbation par le Ministère des plans de compression des dépenses des régions.

« Dans la foulée de la mise en œuvre de la réforme, le Ministère doit faire évoluer les exigences qu'il impose aux régions régionales afin de rendre réellement opérationnels les changements fondamentaux imposés par la nouvelle loi. Dans cette optique, le Ministère n'a pas fixé un « carcan » prédéterminé de distribution des compressions selon les programmes-clientèles, mais a plutôt opté pour l'orientation des régions en ce sens. La

méthode retenue favorise l'imputabilité et la responsabilisation réelle des régions pour qu'elles assument, dans la gestion opérationnelle, les priorités fixées par la loi. Les régions ont donc disposé d'une latitude suffisante pour adapter leur panier de services aux besoins réels de la population desservie que nous classons à des fins technocratiques en programmes-clientèles. Après analyse, les méthodologies utilisées par les régions régionales sont conformes aux orientations qui avaient été données par le Ministère. C'est pourquoi elles ont été acceptées.

« En ce qui touche l'identification des impacts des réductions de dépenses sur les services, il était impossible, au moment de l'approbation des propositions de répartition des régions régionales, de les évaluer pleinement. En effet, ce n'est que lorsque les établissements ont identifié les mesures de rationalisation qu'ils mettront en place qu'il est possible d'évaluer ces impacts. Un dossier d'évaluation des impacts de l'application des réductions de dépenses 1994-1995 a par ailleurs été préparé pour chaque région, lorsque les informations pertinentes ont pu être disponibles; un sommaire a également été présenté aux autorités du Ministère.

Transferts entre fonds. « Le financement qui a pu être accordé aux régions régionales pour leur administration est inférieur d'environ 6 millions de dollars par rapport au montant qu'il avait été convenu de leur accorder lors de leur consolidation. Ce sous-financement est connu des autorités du Ministère et du Secrétariat du Conseil du trésor.

« Le Ministère a donc autorisé des régions régionales à financer ce manque par des transferts à même les surplus qui ont pu être dégagés dans certains fonds affectés administrés par les régions régionales. Il est à noter qu'une somme substantielle a pu être libérée en 1995-1996 afin de combler de façon récurrente une partie du sous-financement des régions régionales. »

15.117 Commentaires des régions régionales : Répartition intrarégionale des compressions. Approche programme-clientèle. Les régions nous ont fait part de ce que le Ministère, en signalant les iniquités, ne tient pas suffisamment compte des réalités géographiques et des modes de

dispensation des services. C'est pourquoi elles ont adopté, pour les compressions 1994-1995, une méthode de répartition qui respecte les orientations ministérielles. Par ailleurs, la méthode retenue pour la répartition des compressions 1995-1996 est davantage basée sur l'atteinte de l'équité entre les clientèles.

Accessibilité aux services. Les régies conviennent avec le Vérificateur général qu'il faut réduire les iniquités dans l'accès aux services. Toutefois, elles ont mentionné qu'elles l'avaient déjà fait, du moins en partie.

Suivi budgétaire et financier. Les régies régionales nous ont signalé qu'elles rappellent aux conseils d'administration les délais prescrits par la loi au moment de la transmission du budget initial aux établissements. Cependant, elles précisent qu'elles ne peuvent se substituer à eux. Malgré tout, elles ont mis en place différents mécanismes afin d'assurer que les rapports seront produits en temps opportun.

Les régies nous ont informés qu'elles systématisent la procédure d'analyse des rapports budgétaires et que les plans d'équilibre budgétaire permettent tous d'atteindre leur objectif un an après leur réception.

Fonds des locations d'espaces et Fonds des immobilisations. Fonds des locations d'espaces. Les régies régionales nous ont signalé que certains établissements ont pu les placer devant les faits accomplis, mais que ces cas particuliers ne correspondent pas à la pratique courante.

En outre, voici les commentaires de la régie régionale concernée par les sommes versées par les employés pour leur logement : « Les opérations nécessaires à la gestion des revenus de loyer sont lourdes et exigent beaucoup d'énergie et de temps pour les établissements et la régie régionale. De plus, le budget de location d'espace ne couvre pas les crédits additionnels requis lors du remplacement d'employés célibataires par des employés avec dépendants, ainsi que lors du remplacement d'employés recrutés localement par des employés recrutés à l'extérieur. Par conséquent, si, par une bonne gestion, un établissement décide de prélever des revenus de loyer auprès de ses employés, il nous apparaît tout à fait convenable que ces revenus soient appliqués aux dépenses précitées qui ne

sont pas couvertes par le budget de location d'espace et par le budget de fonctionnement de l'établissement. »

Fonds des immobilisations. Les régies régionales nous ont rapporté que, « bien qu'elles n'effectuent pas un suivi systématique quant à la limite de 7 p. cent, elles se prononcent sur la pertinence de chaque dépassement, en acceptant des ordres de changement. Par ailleurs, elles nous signalent que, à l'occasion, la documentation contenue dans le dossier peut ne pas être complète.

La régie régionale en cause nous a dit qu'« aucune autorisation préalable du ministre et du Conseil du trésor n'a été obtenue dans le cadre de ce dossier. Nous avons dû procéder rapidement, compte tenu que tout délai additionnel relié aux demandes d'autorisation risquait de compromettre la réalisation du projet (arrivée de l'hiver). »

Recours d'une régie régionale à un organisme sans but lucratif. Les commentaires de la régie régionale concernée sont les suivants : « À notre avis, le recours à cet organisme sans but lucratif ne constitue pas un précédent car la mise sur pied de corporations de développement municipales, par plusieurs municipalités du Québec, leur permet ainsi de réaliser des activités non prévues dans le cadre de la Loi des cités et villes.

« D'autre part, comme mentionné, la régie régionale exerce un contrôle serré sur les décisions d'acquisition et de disposition des actifs de l'organisme sans but lucratif de même que sur ses surplus et ses emprunts.

« Les versements faits par la régie régionale à l'organisme sans but lucratif ont été effectués uniquement dans le but de faciliter la gestion des projets et des transactions financières et d'éviter également tout délai indu.

« Des mesures ont récemment été mises en place pour que les sommes ainsi versées dans le cadre d'un projet réalisé par l'organisme sans but lucratif soient accordées à l'établissement, et ce, conformément à la loi.

« Pour ce qui est de l'établissement du coût du loyer, rappelons qu'au départ, compte tenu que l'organisme n'avait pas ou peu de crédibilité, l'institution financière prêteuse a exigé la caution de la régie pour chaque emprunt.

« Les coûts de loyer ont été basés sur le montant des remboursements de capital et intérêts ainsi que les autres frais d'exploitation des immeubles, soit le chauffage, l'électricité et les taxes. Or, comme tout individu qui gère ses hypothèques, l'organisme a renégocié, à l'intérieur de son bail de dix ans, des taux d'intérêts lorsque ceux-ci étaient à la baisse, ce qui lui a permis de diminuer sa période de remboursement et de se dégager une certaine marge de manœuvre lui permettant de payer à la régie régionale des frais de gestion. Car il faut se rappeler qu'au départ l'organisme ne pouvait assumer des frais de gestion, étant déficitaire. D'autre part, le montant discrétionnaire qui a été ajouté dans certains baux a également permis de couvrir en partie certains coûts de gestion.

« Toutefois, une révision des modalités de financement est amorcée et conduira à un réajustement des coûts de loyer à l'échéance des baux si le remboursement de l'hypothèque est terminé.

« Des démarches sont en cours en vue de déposer les surplus de l'organisme dans un compte en fiducie.

« Les règlements généraux de l'organisme prévoient déjà que l'utilisation des surplus de fonctionnement se fasse par règlements et que ceux-ci doivent être ratifiés par le conseil d'administration de la régie régionale.

« La régie est d'accord pour facturer intégralement, à leur valeur réelle, les services rendus à l'organisme. »

Pratiques de comptabilisation des dépenses.

La régie régionale nous a signalé que, à compter de l'exercice 1995-1996, elle procédera « à l'engagement uniquement si une obligation envers un tiers est démontrée ».

Reddition de comptes. Les régies régionales nous ont affirmé que des mesures seront prises afin que le rapport sur les activités de l'ensemble des établissements de la région soit produit dans les délais impartis par la loi.

15.118 Commentaires du Ministère sur le Fonds des locations d'espaces et le Fonds des immobilisations et sur le recours d'une régie régionale à un organisme sans but lucratif.

Fonds des locations d'espaces. « Il a été identifié qu'une régie régionale ne s'assure pas que les sommes versées par les employés sont défalquées des montants demandés au Ministère (1993-1994 plus de 75 000 dollars).

« Le Ministère, dans l'attribution des enveloppes régionales, a tenu compte en partie de ce phénomène puisque depuis 1990-1991 une somme de 25 000 dollars avait été considérée dans la fabrication de l'enveloppe régionale. Cette somme avait été établie sur un estimé préliminaire et des discussions ont toujours lieu avec la régie pour établir le montant réel.

« Cependant, le Ministère tiendra compte de la remarque du Vérificateur général dans le transfert de l'enveloppe des locations pour 1995-1996. »

Fonds des immobilisations. « En ce qui concerne la modification à un contrat qui portait le coût des travaux à plus de 1 million de dollars, le Ministère est intervenu auprès du Conseil régional pour rappeler les responsabilités de l'établissement et du Conseil dans le dépassement non autorisé, et l'informer que le Ministère ne pouvait l'entériner sans avoir une ratification du Conseil du trésor.

« Le Conseil régional a par la suite assumé le dépassement sans requérir ni la ratification du Conseil du trésor ni celle du Ministère. »

Recours d'une régie régionale à un organisme sans but lucratif. « Le Ministère souscrit à l'analyse faite par le Vérificateur général puisqu'un document interne relatait sensiblement les mêmes faits.

« Afin de corriger cette situation, le Ministère, en mai 1995, a posé certaines actions et la régie régionale a donné son accord aux principales dispositions. Le 30 mai 1995, le Ministère proposait à la régie régionale une entente administrative à intervenir entre le Ministère et la régie régionale sur la gestion de certaines immobilisations.

« Le 26 juin dernier, le Ministère signifiait au conseil d'administration de la régie régionale, qu'il était toujours en attente de l'approbation concernant le projet d'entente administrative qui clarifie le rôle et l'encadrement légal de l'organisme sans but lucratif, ce qui permettrait de se conformer à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

« Enfin, concernant l'emprunt de 1 million de dollars contracté par l'organisme sans but lucratif et qui devait être remboursé par la prolongation de trois baux, le Ministère a refusé que ces baux soient prolongés puisque l'établissement concerné devenait propriétaire des bâtiments en août 1996.