

CHAPITRE 2

Accès aux services médicaux spécialisés

Audit de performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Santé Québec

Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Santé Québec – Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

EN BREF

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se fixe des objectifs stratégiques pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, mais ne les atteint pas. D'ailleurs, pour effectuer le suivi des premières consultations en médecine spécialisée, le MSSS se base uniquement sur celles qui font suite aux demandes ayant transité par les centres de répartition des demandes de services (CRDS), soit environ 20 % de l'ensemble des premières consultations réalisées. Or, les délais d'attente pour la prise en charge des demandes de consultation qui transitent par les CRDS sont longs et le déploiement des mesures prises pour remédier à la situation est peu avancé. Par exemple, des outils d'aide à la décision ont été intégrés dans les formulaires de demande de consultation en médecine spécialisée afin d'améliorer la pertinence des demandes, mais seulement pour quelques spécialités médicales.

Dans les établissements de santé et de services sociaux audités, il existe des difficultés d'accès à une première consultation en médecine spécialisée. De plus, la gestion des listes d'attente dans ces établissements ne favorise pas un suivi rigoureux des demandes de consultation qui leur sont acheminées directement. En effet, dans le cas de certaines demandes, le code de priorité n'est parfois pas attribué en temps opportun ou est même absent.

D'autre part, le MSSS a effectué l'exercice de planification des effectifs médicaux en spécialité pour la période 2021-2025 alors qu'il ne disposait pas d'un portrait complet des services médicaux spécialisés offerts et qu'il possédait peu d'information sur les listes d'attente des établissements et aucune sur celles des cabinets de médecins. Ce manque d'information rend difficile l'atteinte de l'objectif de cet exercice, qui est de répartir équitablement les médecins spécialistes entre les établissements de la province.

Enfin, les établissements audités ne fixent pas d'attentes à l'égard de la disponibilité des médecins spécialistes qui occupent un poste (ex. : nombre de semaines de disponibilité de travail) et ne détiennent pas assez d'information pour en faire le suivi. Or, certains médecins effectuent une portion importante de leurs activités cliniques en dehors de leur établissement principal, soit celui où ils occupent un poste, ce qui réduit leur disponibilité dans ce dernier.

CONSTATS

1

Pour effectuer le suivi des premières consultations en médecine spécialisée, le MSSS se base uniquement sur celles qui font suite aux demandes ayant transité par les CRDS, soit environ 20 % de l'ensemble des premières consultations réalisées.

2

L'accès à une première consultation en médecine spécialisée est difficile pour les patients sur les listes d'attente des CRDS, et le déploiement des mesures prises pour remédier à la situation est peu avancé.

3

Dans les établissements audités, il existe des difficultés d'accès à une première consultation en médecine spécialisée, et la gestion des listes d'attente ne favorise pas un suivi rigoureux des demandes de consultation.

4

L'information dont dispose le MSSS ne lui permet pas de prioriser adéquatement les besoins des établissements en matière d'effectifs médicaux en spécialité, ce qui nuit à une répartition équitable.

5

Les établissements audités ne fixent pas d'attentes à l'égard de la disponibilité des médecins spécialistes qui occupent un poste et ne détiennent pas assez d'information pour en faire le suivi.

ÉQUIPE

Martin St-Louis

Vérificateur général adjoint
par intérim

France Bêty

Directrice d'audit

Sébastien Beauregard

Audrey Bergeron

Stephanie Caron

Audrey Cliche

Lucie Proulx

Véronique Tardif

REVUE DE LA QUALITÉ

Christine Roy

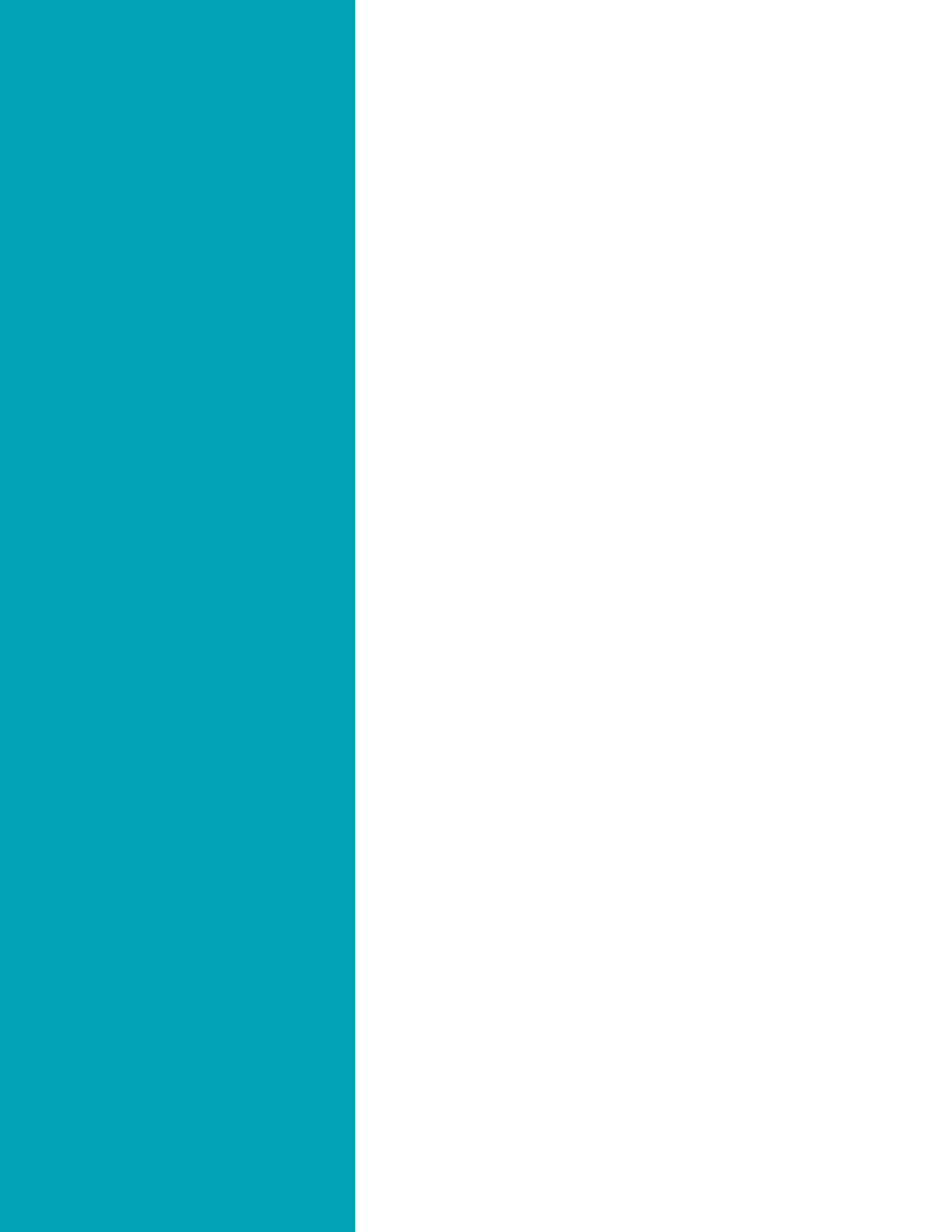
Vérificatrice générale adjointe
et sous-vérificatrice générale

SIGLES

- CHUM** Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- CISSS** Centre intégré de santé et de services sociaux
- CIUSSS** Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- CRDS** Centre de répartition des demandes de services
- FMSQ** Fédération des médecins spécialistes du Québec
- MSSS** Ministère de la Santé et des Services sociaux
- PEM** Plan d'effectifs médicaux
- RAMQ** Régie de l'assurance maladie du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	7
Pour effectuer le suivi des premières consultations en médecine spécialisée, le MSSS se base uniquement sur celles qui font suite aux demandes ayant transité par les CRDS, soit environ 20% de l'ensemble des premières consultations réalisées.	12
L'accès à une première consultation en médecine spécialisée est difficile pour les patients sur les listes d'attente des CRDS, et le déploiement des mesures prises pour remédier à la situation est peu avancé.	15
Dans les établissements audités, il existe des difficultés d'accès à une première consultation en médecine spécialisée, et la gestion des listes d'attente ne favorise pas un suivi rigoureux des demandes de consultation.....	30
L'information dont dispose le MSSS ne lui permet pas de prioriser adéquatement les besoins des établissements en matière d'effectifs médicaux en spécialité, ce qui nuit à une répartition équitable.	44
Les établissements audités ne fixent pas d'attentes à l'égard de la disponibilité des médecins spécialistes qui occupent un poste et ne détiennent pas assez d'information pour en faire le suivi.	50
Recommandations.....	55
Commentaires des entités auditées	56
Renseignements additionnels.	61



MISE EN CONTEXTE

1 Les demandes pour une première consultation en médecine spécialisée proviennent essentiellement des médecins de famille¹ et des médecins spécialistes, qui, au besoin, dirigent un patient vers un collègue exerçant dans une autre spécialité. Dans le cadre de sa pratique, un médecin spécialiste peut effectuer des premières consultations, assurer le suivi de ses patients, enseigner et participer à des activités de recherche. Au Québec, les services médicaux spécialisés² sont offerts dans les centres hospitaliers ou les cabinets de médecins dont les services sont couverts par le régime d'assurance maladie du Québec. Les médecins spécialistes non participants au régime d'assurance maladie offrent également des services médicaux spécialisés, lesquels sont alors facturés aux patients, mais cette pratique n'est pas couverte par notre audit.

2 Dans le but de centraliser le traitement des demandes de consultation en provenance des médecins de famille pour 26 spécialités, les centres de répartition des demandes de services (CRDS) ont été créés en 2016 après la conclusion d'une entente de principe entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Les CRDS répartissent les demandes entre les médecins spécialistes exerçant sur leur territoire qui ont offert des disponibilités. Ils sont au nombre de 15 et couvrent généralement une région³ chacun. Les 15 CRDS sont présentés dans la section Renseignements additionnels.

3 Pour orienter la prise en charge des demandes de consultation, une échelle de priorité clinique a été créée. Cette échelle est la même pour chaque CRDS et comprend cinq codes de priorité clinique (A, B, C, D et E), lesquels sont associés à un délai d'attente cible pour obtenir une consultation. Par exemple, il y est indiqué qu'un patient dont la condition clinique correspond au code de priorité B devrait obtenir une consultation à l'intérieur de 10 jours. L'échelle de priorité clinique des CRDS est présentée ci-après. De plus, une liste d'exemples de raisons de consultation de priorité E est présentée dans la section Renseignements additionnels.

1. Les infirmières praticiennes spécialisées peuvent aussi diriger des patients vers un médecin spécialiste, mais le volume de leurs demandes est peu élevé. Afin d'alléger le texte, nous utiliserons uniquement le terme « médecins de famille ».

2. Dans ce rapport, les services médicaux spécialisés incluent ceux surspécialisés.

3. Dans ce rapport, le terme « région » fait référence aux régions sociosanitaires. Les établissements de santé et de services sociaux sont répartis dans 18 régions sociosanitaires qui peuvent différer des régions administratives.

Code de priorité clinique	Délai d'attente cible	Exemples de raisons de consultation
Urgent	Aucun (urgence)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fracture ouverte ■ Saignement lors du premier trimestre de grossesse
A ¹	≤ 3 jours	<ul style="list-style-type: none"> ■ Corps étranger cornéen ■ Traumatisme oculaire
B	≤ 10 jours	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rupture complète du tendon d'Achille ■ Mélanome très probable
C	≤ 28 jours	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tache de vin chez un enfant âgé de moins d'un an ■ Épilepsie non contrôlée
D	≤ 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arthrose invalidante de la cheville ■ Otites à répétition
E	≤ 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diarrhée chronique ■ Larmolement chronique chez un adulte

1. Il est à noter que les demandes de consultation de priorité A ne sont plus transmises aux CRDS depuis le 1^{er} août 2021 puisqu'elles sont traitées par les médecins spécialistes de garde dans les centres hospitaliers.

Source : MSSS.

4 Par ailleurs, les établissements de santé et de services sociaux sont responsables de gérer leurs propres listes d'attente, constituées notamment de patients dirigés vers un médecin spécialiste par d'autres médecins spécialistes ou par l'urgence. Pour ces listes, les échelles de priorité clinique et les délais d'attente cibles sont propres à chaque établissement.

5 La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit l'élaboration de plans d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité. Ces plans sont élaborés à partir des besoins exprimés par les établissements et du nombre de médecins spécialistes disponibles. L'objectif de cette planification est notamment de répartir équitablement les médecins spécialistes entre les établissements de la province et de favoriser l'accès de la population de chaque région aux services médicaux spécialisés.

Établissements de santé et de services sociaux

Il s'agit d'établissements qui offrent à la population des services généraux et spécialisés, comme les centres intégrés de santé et de services sociaux, les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et les établissements non fusionnés (ex. : Centre hospitalier de l'Université de Montréal). Un établissement peut comporter plusieurs installations, comme un centre hospitalier, un centre local de services communautaires et un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

6 Les établissements ont une responsabilité à l'égard de l'accès aux services médicaux spécialisés. Ils doivent suivre les règles de gestion des PEM en spécialité convenues entre le MSSS et la FMSQ, comme signer une lettre d'engagement avec les médecins spécialistes au moment de leur recrutement et s'assurer que ceux-ci respectent notamment les obligations établies lors de leur nomination (ex. : participer aux systèmes de garde à la demande du chef de département ou de service).

7 Conformément à la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, le 1^{er} décembre 2024, tous les établissements de santé et de services sociaux ont été fusionnés à Santé Québec. Depuis, une partie du rôle et des responsabilités que le MSSS assumait en ce qui a trait à l'accès aux services médicaux spécialisés incombe à Santé Québec, incluant la responsabilité d'approuver la planification des effectifs médicaux. Un portrait des rôles et des responsabilités des entités auditées avant et après le 1^{er} décembre 2024 est présenté dans la section Renseignements additionnels. Pour des fins de simplification, et parce que nos travaux d'audit se sont déroulés majoritairement avant décembre 2024, nous faisons référence aux responsabilités inscrites dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, sauf dans certains cas. Lorsque nous faisons référence à des responsabilités inscrites dans d'autres lois, nous le précisons.

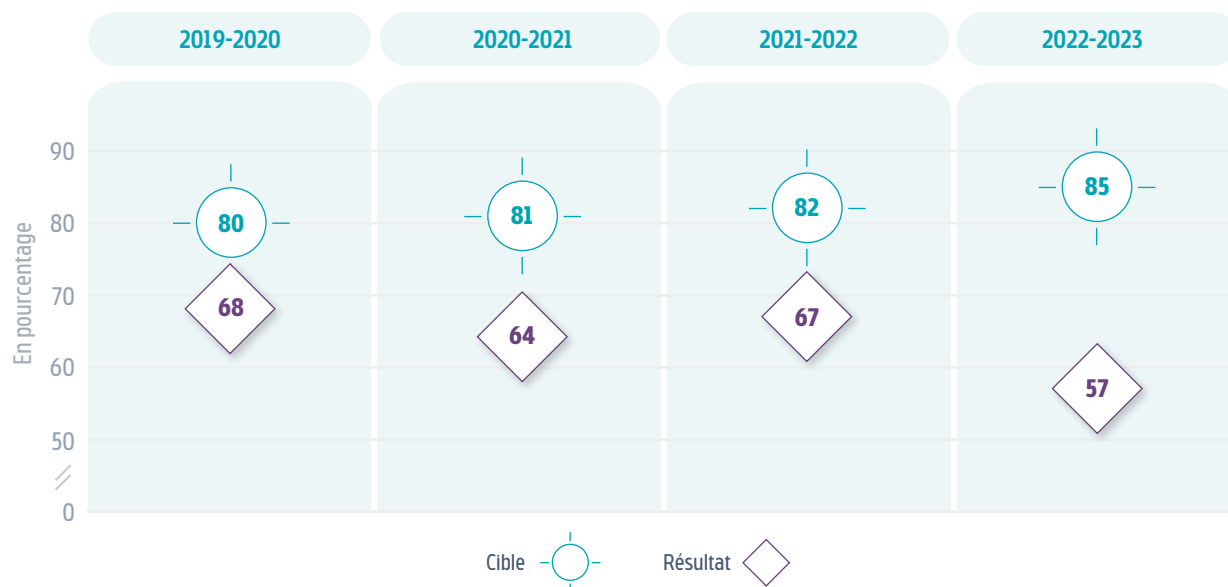
Pourquoi avons-nous fait cet audit ?

8 L'accès aux services de santé est au cœur de la mission du MSSS, laquelle est de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité.

9 Depuis au moins 2010, le MSSS se fixe des objectifs stratégiques visant une amélioration de l'accès aux services de santé, dont aux services médicaux spécialisés. Pour évaluer sa performance, il a mis en place en 2019-2020 un indicateur mesurant le pourcentage des consultations en médecine spécialisée demandées par des médecins de famille qui ont été réalisées à l'intérieur des délais d'attente cibles.

10 L'accès aux services de santé, et aux services médicaux spécialisés plus particulièrement, est un enjeu connu. Bien que plusieurs mesures aient été prises au cours des dernières années dans le but d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, celui-ci demeure difficile. En effet, de 2019-2020 à 2022-2023, le MSSS n'a pas atteint les cibles qu'il s'était fixées concernant la réalisation des consultations en médecine spécialisée à l'intérieur des délais d'attente cibles (figure 1). Certaines de ces mesures sont présentées dans la section Renseignements additionnels.

FIGURE 1 Pourcentage des premières consultations demandées par des médecins de famille réalisées à l'intérieur des délais cibles



Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS.

Illustration : Vérificateur général du Québec.

11 En 2023-2024, le MSSS a modifié son indicateur afin qu'il porte plutôt sur le pourcentage des demandes de consultation en médecine spécialisée dont le délai d'attente cible est dépassé. Cette même année, le résultat de l'indicateur était de 59 %, alors que la cible était de 50 %.

Quels sont l'objectif de l'audit et la portée des travaux ?

12 Le présent audit avait comme objectif de s'assurer que le MSSS et les établissements de Santé Québec audités prennent les moyens nécessaires pour assurer l'accès aux services médicaux spécialisés. Pour ce faire, nous avons réalisé différentes analyses et effectué des travaux plus détaillés dans deux établissements, soit le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), qui doit notamment offrir des services surspécialisés à la population québécoise, et le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière, qui regroupe le Centre hospitalier régional de Lanaudière et l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.

13 La période couverte par nos travaux d'audit s'étend d'avril 2021 à mars 2025. Toutefois, certaines analyses peuvent couvrir des périodes plus courtes ou avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

14 Nos travaux traitent uniquement des demandes pour une première consultation en médecine spécialisée, c'est-à-dire pour une nouvelle condition clinique. Précisons que les services médicaux spécialisés offerts au privé n'ont pas fait l'objet de nos travaux. Nos analyses portent sur 10 spécialités pour lesquelles le nombre de demandes de consultation en attente hors délais est important dans les CRDS, dont 6 qui sont ciblées par les plans d'action du MSSS. Plus de 75 % des demandes de consultation en attente au 16 novembre 2024 étaient réparties entre ces 10 spécialités. Trois d'entre elles, soit la dermatologie, la gynécologie et l'orthopédie, ont fait l'objet de travaux plus détaillés dans les deux établissements audités, notamment en raison du fait qu'elles peuvent être pratiquées autant en établissement qu'en cabinet. La sélection de spécialités répondant à ce critère était nécessaire pour l'un des volets de notre audit, soit celui portant sur la disponibilité des médecins spécialistes dans les établissements (constat 5).

15 Les 10 spécialités auditées ainsi que l'objectif de l'audit et la portée des travaux sont présentés en détail dans la section Renseignements additionnels.

Pour effectuer le suivi des premières consultations en médecine spécialisée, le MSSS se base uniquement sur celles qui font suite aux demandes ayant transité par les CRDS, soit environ 20 % de l'ensemble des premières consultations réalisées.

Qu'avons-nous constaté ?

16 La reddition de comptes faite par le MSSS, notamment par l'entremise du tableau de bord sur la performance du réseau de la santé et des services sociaux, prend seulement en compte les données concernant les demandes pour une première consultation en médecine spécialisée qui transitent par les CRDS.

17 Or, une grande partie des demandes de consultation ne transitent pas par les CRDS. Le MSSS a d'ailleurs effectué une analyse afin d'évaluer la proportion des demandes de consultation qui transitent par les CRDS. Selon cette analyse, environ 20 % des premières consultations réalisées font suite à des demandes ayant transité par les CRDS. Pour ce qui est des 80 % restants, l'analyse ne permet pas de connaître le mécanisme d'accès utilisé (ex. : centrale de rendez-vous d'un établissement). Le MSSS ne connaît pas non plus le nombre de demandes en attente, car il dispose de peu de données sur les listes d'attente autres que celles des CRDS.

18 Par ailleurs, le MSSS a mis en place un indicateur mesurant le pourcentage de demandes de consultation en médecine spécialisée dont le délai d'attente cible est dépassé et a fixé la cible à 50 %. Toutefois, les données utilisées par le MSSS pour mesurer l'atteinte de cette cible concernent uniquement les demandes sur les listes d'attente des CRDS.

Pourquoi ce constat est-il important ?

19 Le MSSS doit déterminer les orientations et les indicateurs de performance relatifs aux standards d'accès, notamment quant aux services médicaux spécialisés. Il doit aussi veiller à l'application de ces orientations et rendre disponible l'information permettant de suivre les résultats des indicateurs de performance. Soulignons que, depuis le 1^{er} décembre 2024, Santé Québec est responsable de la mise en œuvre des orientations et de l'atteinte des cibles fixées par le MSSS.

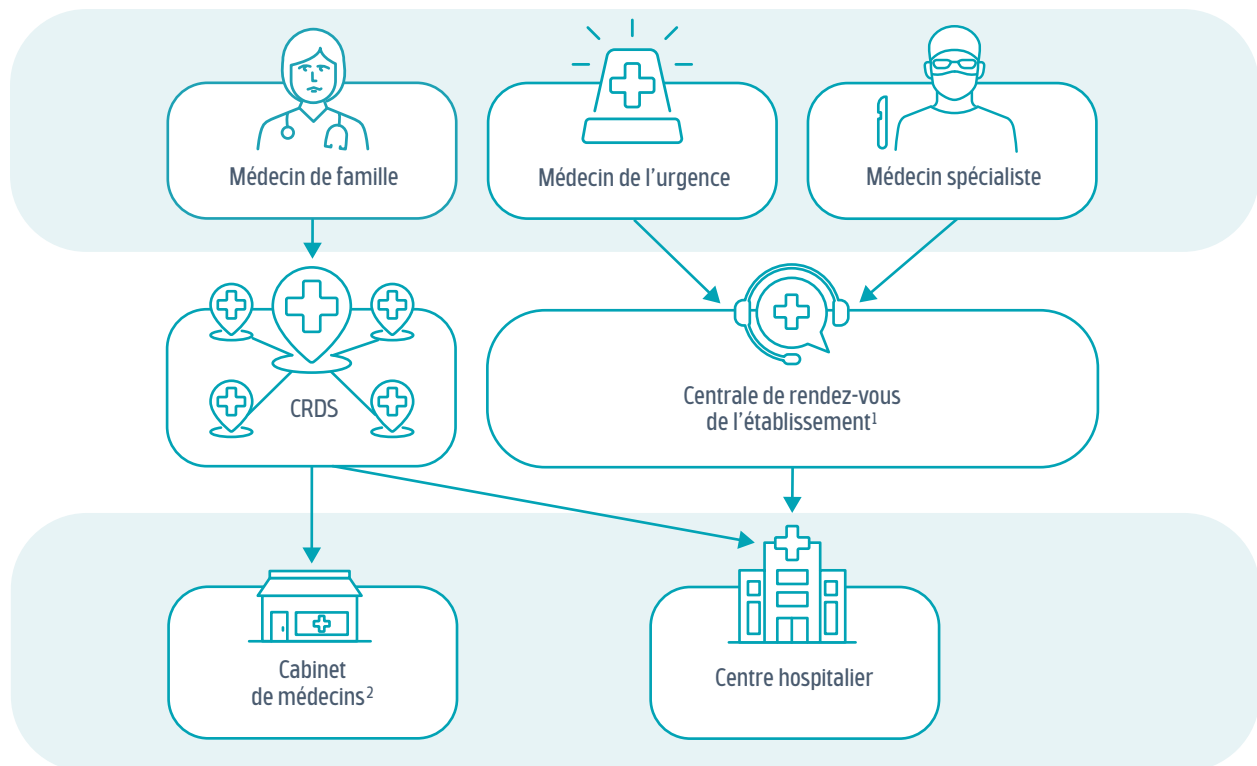
20 Pour bien évaluer l'état de la situation concernant l'accès aux services médicaux spécialisés, prendre des décisions adéquates et favoriser l'équité d'accès à ces services, il importe de disposer d'une information complète sur les demandes de consultation en attente, qu'elles transitent ou non par les CRDS, ainsi que sur les délais d'attente.

Ce qui appuie notre constat

21 Le MSSS mesure sa performance à l'égard de l'accès aux services médicaux spécialisés sur la base des demandes de consultation en attente. En 2023-2024, il a modifié son indicateur et fixé une cible pour diminuer le pourcentage des demandes de consultation en médecine spécialisée dont le délai d'attente cible est dépassé. Il recueille ainsi des données pour évaluer la capacité du réseau à répondre efficacement aux besoins de la population. Ces données sont utilisées pour produire le tableau de bord sur la performance du réseau de la santé et des services sociaux, qui est accessible au public.

22 Toutefois, les données utilisées par le MSSS concernent seulement les demandes de consultation qui proviennent de médecins de famille et transitent par les CRDS, alors qu'il existe d'autres mécanismes d'accès aux services médicaux spécialisés et plusieurs listes d'attente. La figure 2 illustre sommairement le cheminement prévu d'une demande pour une première consultation en médecine spécialisée.

FIGURE 2 Cheminement prévu d'une demande pour une première consultation en médecine spécialisée



1. La gestion des rendez-vous dans un établissement peut prendre diverses formes.

2. Un médecin spécialiste peut également traiter en cabinet des demandes provenant d'un autre cabinet de médecins.

Source : Vérificateur général du Québec.

Illustrations : Vérificateur général du Québec, banque d'images Shutterstock.

23 Selon une analyse effectuée par le MSSS pour l'année financière 2023-2024, environ 20 % des premières consultations réalisées par les médecins spécialistes faisaient suite à des demandes ayant transité par les CRDS. Pourtant, selon cette même analyse, près de 50 % des premières consultations réalisées ont été demandées par des médecins de famille⁴. Cela signifie que les demandes de consultation en provenance des médecins de famille ne sont pas toutes acheminées aux CRDS. Ainsi, une proportion importante des demandes ne transitent pas par les CRDS, qui ont pourtant été créés afin de centraliser le traitement de ces dernières. Il est à noter que certaines demandes en provenance des médecins de famille (ex. : demandes de priorité A) n'ont pas à transiter par les CRDS.

24 Pour ce qui est des premières consultations qui faisaient suite à des demandes n'ayant pas transité par les CRDS (80 % des premières consultations réalisées), l'analyse du MSSS ne permet pas de connaître le mécanisme d'accès utilisé. De plus, étant donné que le MSSS détient peu d'information concernant les demandes en attente sur d'autres listes que celles des CRDS (ex. : listes des établissements et des cabinets), il lui est impossible de dresser un portrait complet des demandes en attente et d'en tenir compte pour mesurer l'atteinte de sa cible. Une information plus complète permettrait d'analyser la situation et de prendre les mesures nécessaires, le cas échéant.

25 Les constats 2 et 3 exposent les difficultés d'accès qui existent pour les patients, qu'ils soient inscrits sur la liste d'attente d'un CRDS (constat 2) ou celle d'un établissement (constat 3).

4. L'autre moitié des premières consultations réalisées fait suite à des demandes provenant notamment d'autres médecins spécialistes et de médecins de famille qui travaillent dans les urgences.

CONSTAT 2

L'accès à une première consultation en médecine spécialisée est difficile pour les patients sur les listes d'attente des CRDS, et le déploiement des mesures prises pour remédier à la situation est peu avancé.

Qu'avons-nous constaté ?

26 Les patients sur les listes d'attente des CRDS sont confrontés à de longs délais d'attente pour obtenir une première consultation en médecine spécialisée, et ce, quel que soit le code de priorité de leur demande. À titre illustratif, dans le cas des 10 spécialités auditées, 71 % des demandes de consultation en attente de priorité C et 77 % de celles de priorité D sont hors délais.

27 De plus, la responsabilité à l'égard des cibles fixées par le MSSS et des résultats obtenus pour la prise en charge des patients sur les listes d'attente des CRDS revient uniquement aux établissements dans lesquels se situe un CRDS. Ainsi, 15 établissements n'ont pas d'attentes à satisfaire à cet égard. En outre, dans certains cas, l'établissement responsable de l'atteinte des cibles n'est pas celui où exercent principalement les médecins spécialistes.

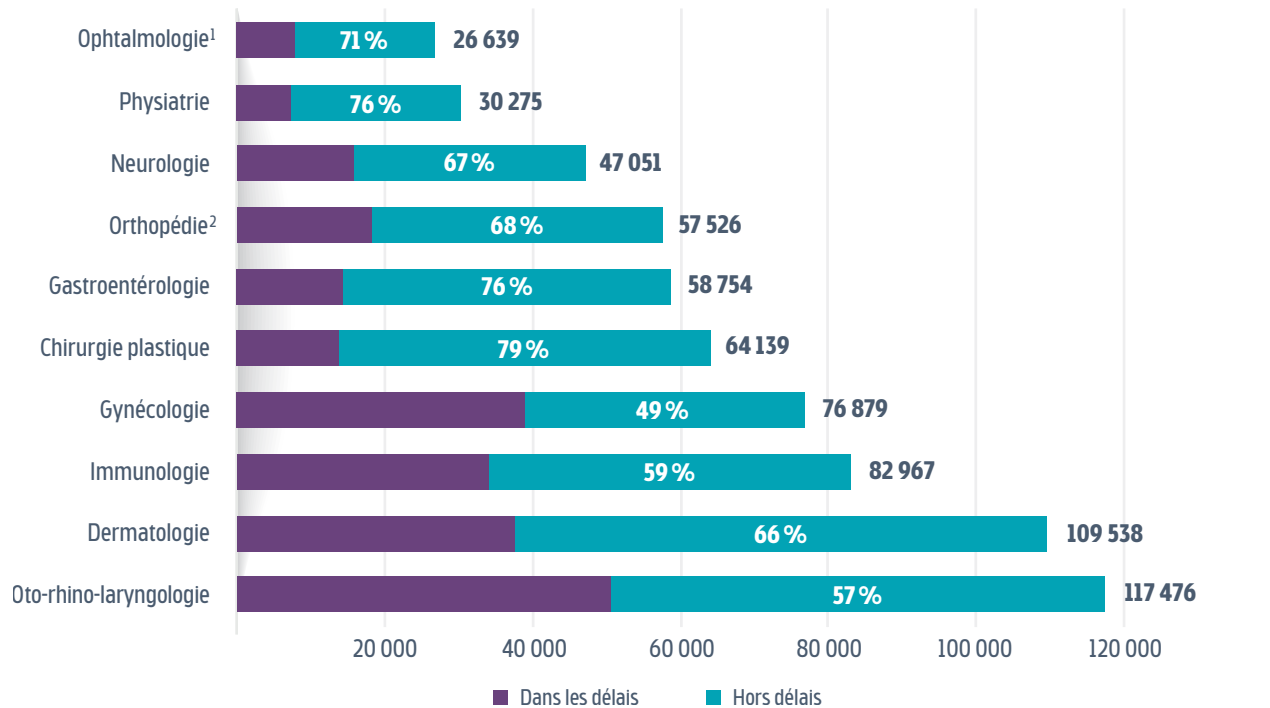
28 Bien que les difficultés d'accès aux services médicaux spécialisés soient connues depuis plusieurs années, le déploiement de mesures pour améliorer la prise en charge des patients de toutes les régions est lent. Par exemple, des cliniques permettant la prise en charge de patients par d'autres professionnels de la santé ont été déployées dans certaines régions. Cette mesure a donné des résultats intéressants, mais elle est encore à l'étape de projet pilote et sa pérennité n'est pas assurée. De plus, des outils d'aide à la décision ont été intégrés dans les formulaires de demande de consultation en médecine spécialisée afin d'améliorer la pertinence des demandes, mais seulement pour quelques spécialités médicales.

Pourquoi ce constat est-il important ?

29 Les CRDS visent à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et à permettre le traitement équitable des demandes en provenance des médecins de famille dans le respect des délais correspondant à la condition clinique des patients. Selon l'accord-cadre intervenu entre le MSSS et la FMSQ, une communication soutenue entre les médecins spécialistes, les médecins de famille et le personnel clinico-administratif des CRDS est importante pour assurer aux patients un accès équitable aux services médicaux spécialisés.

30 Malgré l'implantation des CRDS, des difficultés d'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais d'attente cibles perdurent. En effet, depuis 2019-2020, le MSSS n'atteint pas les cibles qu'il s'est fixées à cet égard et fait face à des défis importants. Rappelons qu'en 2023-2024, le résultat de l'indicateur mesurant le pourcentage des demandes de consultation en médecine spécialisée dont le délai d'attente cible est dépassé était de 59 %, alors que la cible était de 50 %. Pour 2024-2025, le MSSS vise un résultat de 35 % dans le but de réduire ce pourcentage à 15 % d'ici le 31 mars 2027.

31 Si l'on se fie aux données du MSSS, beaucoup d'efforts devront être déployés pour atteindre cet objectif. En effet, au 16 novembre 2024, il y avait 671 244 demandes de consultation en attente pour les 10 spécialités auditées, et 65 % d'entre elles étaient hors délais. Selon la spécialité, cette proportion varie de 49 à 79 % (figure 3).

FIGURE 3 Demandes pour une première consultation en attente au 16 novembre 2024

1. Les demandes de consultation en ophtalmologie en attente dans la région de l'Outaouais ne sont pas incluses dans les données puisqu'elles ne transitent pas par le CRDS.
2. Les données peuvent être partielles. Selon une entente intervenue entre le MSSS et la FMSQ, le traitement des demandes dépend entre autres du lieu où les services sont dispensés, soit en établissement ou en cabinet. Ainsi, les demandes devant être traitées en établissement sont redirigées vers le service d'orthopédie de l'établissement, qui en assure la gestion.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS.

Illustration : Vérificateur général du Québec.

32 D'après le plan stratégique du MSSS, pour les patients, le fait de ne pas obtenir une consultation à l'intérieur du délai cible correspondant à leur condition clinique peut entraîner des conséquences sur leur état de santé. De plus, selon une enquête de Statistique Canada, l'attente nuit à la qualité de vie de certaines personnes.

33 Enfin, selon un sondage⁵ réalisé par le Collège des médecins du Québec en 2025, plus d'une personne sur 4 (26 %) aurait consulté un médecin au privé au cours des 12 mois précédant le sondage, notamment en raison de la difficulté à obtenir un rendez-vous dans le réseau ou des délais d'attente trop importants.

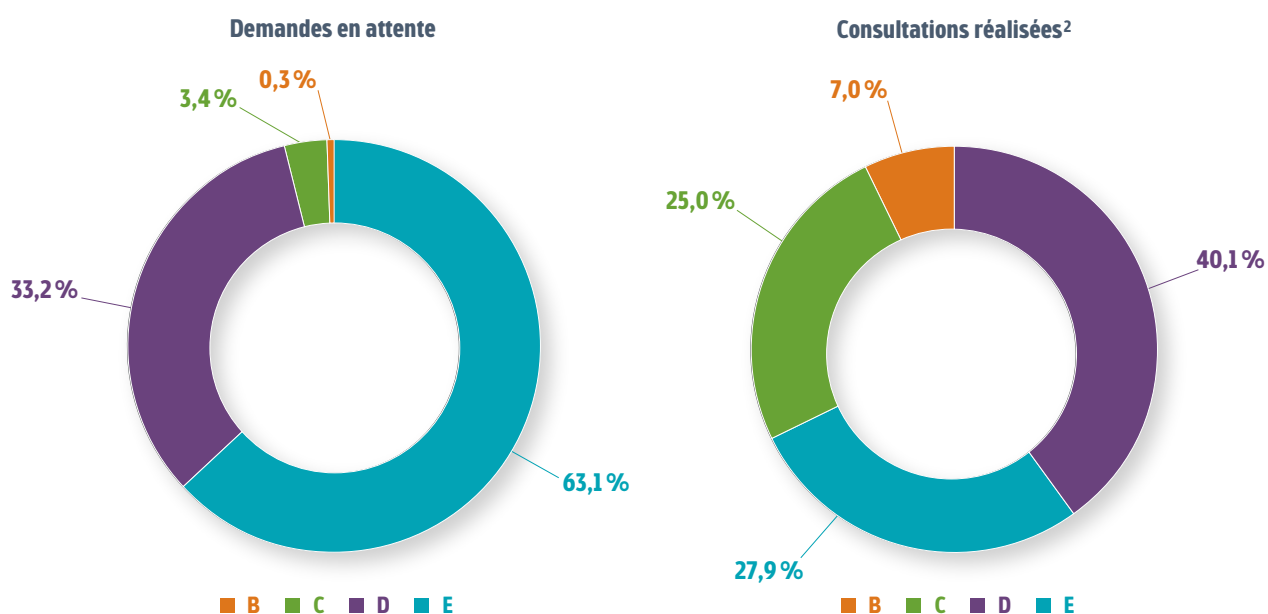
5. Le sondage, réalisé de concert avec la firme SOM, concerne l'accès global au réseau et non uniquement aux services médicaux spécialisés.

Ce qui appuie notre constat

Délais d'attente importants et difficultés d'accès

34 Au 16 novembre 2024, les demandes de consultation de priorités B et C représentaient ensemble moins de 4 % des demandes en attente dans les CRDS, contre 33 % et 63 % respectivement pour celles de priorité D et de priorité E (figure 4).

FIGURE 4 Proportion des demandes en attente et des consultations réalisées dans les 10 spécialités auditées, par code de priorité clinique¹



1. Il s'agit des demandes en attente au 16 novembre 2024 et des consultations réalisées entre le 1^{er} avril et le 16 novembre 2024.

2. Les consultations en orthopédie qui font suite à des demandes ayant transité par le CRDS de Lanaudière, Laurentides et Laval ne sont pas prises en compte en raison de la manière dont ce dernier a appliqué l'entente intervenue entre le MSSS et la FMSQ.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS.

Illustration : Vérificateur général du Québec.

35 Des difficultés d'accès sont observées pour chacun des codes de priorité clinique. Toutefois, la proportion des demandes de consultation en médecine spécialisée dont le délai d'attente cible est dépassé varie selon les spécialités et les régions.

Priorité B : enjeux dans certaines spécialités et régions

36 Les demandes de consultation de priorité B représentent moins de 1 % des demandes en attente au Québec dans les CRDS pour les 10 spécialités auditées (1 869 demandes sur 671 244), et 68 % d'entre elles sont hors délais. Du 1^{er} avril au 16 novembre 2024, 17 310 demandes de consultation de priorité B ont été reçues dans les 15 CRDS. Durant cette même période, un nombre similaire de consultations ont été réalisées, et 38 % d'entre elles n'ont pas été réalisées à l'intérieur des délais cibles.

37 Par ailleurs, d'importants délais d'attente pour une première consultation en chirurgie plastique ont été observés dans la région de Montréal. En effet, au 16 novembre 2024, il y avait 325 demandes de consultation en attente dans la région de Montréal (85 % des demandes en attente au Québec pour cette spécialité), et le délai d'attente moyen s'élevait à 244 jours. Or, le délai d'attente cible pour les demandes de priorité B est de 10 jours. Selon le CRDS de Montréal, il est difficile pour les patients dont la condition clinique correspond au code de priorité B d'obtenir une consultation dans certains territoires de Montréal, dont le nord de l'île qui compte pourtant sept chirurgiens plastiques pratiquant en établissement. Étant donné ces difficultés d'accès, des patients sont dirigés vers les urgences.

38 Les difficultés d'accès en chirurgie plastique ne se limitent pas aux demandes de priorité B ni à la région de Montréal puisque des délais d'attente importants sont aussi observés pour les autres codes de priorité clinique et d'autres régions. Selon certains CRDS, la prise en charge de nouveaux patients dans cette spécialité est affectée notamment par la difficulté d'accès aux blocs opératoires pour les chirurgiens plastiques. Les enjeux d'accès aux blocs opératoires n'ont pas fait l'objet de nos travaux. La pratique au privé par les médecins spécialistes limiterait aussi l'accès aux services dans cette spécialité. D'ailleurs, en date de janvier 2025, 14 % des chirurgiens plastiques exerçant au Québec, soit 23 sur 159, pratiquaient exclusivement au privé.

Priorités C et D : délais d'attente cibles en grande partie non respectés

39 Les demandes de consultation de priorité C représentent moins de 4 % des demandes en attente au Québec pour les spécialités auditées, mais 71 % d'entre elles sont hors délais. Pour leur part, les demandes de consultation de priorité D représentent 33 % des demandes en attente au Québec, et 77 % d'entre elles sont hors délais. Il est à noter que le délai d'attente cible est de 28 jours pour les demandes de priorité C et de 3 mois pour celles de priorité D. Le tableau 1 nous permet d'observer que les délais d'attente cibles sont largement dépassés pour une grande partie des demandes.

TABLEAU 1 Demandes en attente de priorités C et D hors délais au 16 novembre 2024

Spécialité	Priorité C					Priorité D				
	Demandes en attente hors délais		Délai d'attente (%)			Demandes en attente hors délais		Délai d'attente (%)		
	Nbre	% ¹	Moins de 6 mois	6 à 12 mois	Plus de 1 an	Nbre	% ¹	3 à 12 mois	1 à 2 ans	Plus de 2 ans
Chirurgie plastique	1 661	89	35	28	37	19 347	87	35	36	29
Dermatologie	1 600	44	78	10	12	30 620	74	53	33	14
Gastroentérologie	3 625	91	24	30	46	19 220	84	39	30	31
Gynécologie	1 268	50	75	18	7	6 499	63	72	24	4
Immunologie	413	84	21	22	57	2 973	71	48	27	25
Neurologie	1 362	73	57	35	8	13 740	78	49	35	16
Ophthalmologie	1 390	90	22	20	58	5 149	85	35	30	35
Orthopédie	1 919	73	60	22	18	27 070	75	56	32	12
Oto-rhino-laryngologie	1 428	56	85	8	7	33 193	71	72	25	3
Physiatrie	1 556	88	28	12	60	13 784	88	27	26	47
Total	16 222	71	47	22	31	171 595	77	51	30	19

1. Il s'agit de la proportion des demandes en attente qui sont hors délais par rapport au nombre total de demandes en attente.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS.

40 Du 1^{er} avril au 16 novembre 2024, 64 173 demandes de priorité C et 147 981 demandes de priorité D ont été reçues dans les CRDS. Durant cette même période, 61 621 consultations faisant suite à des demandes de priorité C ont été réalisées. Le délai d'attente cible était dépassé dans le cas de 55 % de ces consultations. Pour ce qui est des demandes de priorité D, 98 716 consultations ont été réalisées et le délai cible était dépassé dans 60 % des cas.

41 Bien que nous ayons observé qu'il existe des difficultés d'accès aux services dans les 10 spécialités auditées, elles sont parmi les plus marquées en gastroentérologie, en ophtalmologie et en physiatrie. Des exemples de facteurs ayant une incidence sur la prise en charge des demandes dans ces trois spécialités sont présentés ci-après.

Gastroentérologie : trajectoires de services non optimales

42 Selon les données du MSSS au 16 novembre 2024, des difficultés à respecter les délais d'attente cibles pour le traitement des demandes de consultation en gastroentérologie sont observées dans la plupart des régions. Toutefois, une grande partie des demandes en attente hors délais dans cette spécialité est concentrée dans la région de Montréal. En effet, cette région compte 72 % des demandes en attente hors délais de priorité C (2 623 demandes sur 3 625) et 37 % de celles de priorité D (7 202 demandes sur 19 220), et les patients sont en attente d'une consultation depuis 459 et 617 jours respectivement en moyenne.

43 Selon le CRDS de Montréal, ces longs délais s'expliquent entre autres par le fait que certaines trajectoires de services déployées dans plusieurs établissements de la région ne sont pas optimales. En effet, seuls le CHUM ainsi que les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et du Nord-de-l'Île-de-Montréal auraient élaboré, pour certaines raisons de consultation, une trajectoire de services qui permet aux gastroentérologues de réaliser la consultation en même temps que l'examen endoscopique, au besoin.

Ophthalmologie : rejet de certaines demandes de consultation et stagnation du projet du MSSS

44 En ophthalmologie, des difficultés d'accès sont observées dans plusieurs régions, lesquelles ne parviennent pas à offrir une consultation aux patients à l'intérieur des délais cibles correspondant à leur condition clinique. L'une de ces régions, la Côte-Nord, affiche des délais d'attente figurant parmi les plus importants au Québec. Selon les données du MSSS au 16 novembre 2024, dans cette région, le délai d'attente moyen est supérieur à 500 jours pour les demandes de consultation en attente de priorités C et D. Depuis le départ d'un ophtalmologiste en juin 2024, le service d'ophtalmologie d'un centre hospitalier ne compte qu'un seul médecin, lequel

est présent dans la région seulement deux semaines par mois. Devant cette situation, certaines raisons de consultation apparaissant dans le formulaire harmonisé du MSSS ne sont plus considérées dans cette région comme des motifs acceptables pour une demande de consultation en ophthalmologie. Des demandes de consultation basées sur ces raisons de consultation sont donc retournées aux médecins de famille ou redirigées vers un optométriste. Soulignons que les services optométriques ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie du Québec pour les patients âgés de 18 à 64 ans.

45 D'importants délais d'attente sont aussi observés au CRDS de Lanaudière, Laurentides et Laval, qui gère les demandes de consultation en ophthalmologie de ces trois régions. Ces régions comptent 60 % des demandes en attente hors délais de priorité C (839 demandes sur 1 390) et 42 % de celles de priorité D (2 177 demandes sur 5 149). Selon les données du MSSS au 16 novembre 2024, le délai d'attente moyen dans ce CRDS dépasse les 700 jours et figure parmi les plus longs au Québec pour les demandes en attente de priorités C et D.

Formulaires harmonisés

Il s'agit de formulaires de demande de consultation utilisés à l'échelle provinciale par les médecins de famille. Élaborés par le MSSS en collaboration avec des médecins spécialistes et des médecins de famille, ils permettent d'établir le code de priorité clinique correspondant à la condition des patients selon une échelle de priorisation commune. Il existe un formulaire unique pour chaque spécialité.

46 Le CISSS des Laurentides, en collaboration notamment avec le MSSS, l'Association des optométristes du Québec et l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec, a entrepris des travaux à la fin 2019 pour améliorer le cheminement des demandes pour une première consultation en ophtalmologie. Ce qui ressort de ces travaux est similaire à ce qui a été observé pour la Côte-Nord, c'est-à-dire que certaines raisons de consultation en ophtalmologie ne requièrent pas toujours l'expertise d'un médecin spécialiste et pourraient être prises en charge par les optométristes. L'objectif du projet d'amélioration du cheminement des demandes de consultation en ophtalmologie est d'offrir des services optométriques sans frais à certains patients en attente d'une consultation pour des raisons déterminées. Toutefois, le projet n'a toujours pas abouti.

Physiatrie : rareté des médecins spécialistes

47 En physiatrie, les délais d'attente pour une première consultation dépassent largement les délais cibles, surtout dans les régions de Montréal⁶ et de la Montérégie. En effet, les patients inscrits sur les listes d'attente des CRDS de Montréal et de la Montérégie attendent en moyenne depuis plus de 600 jours et 800 jours respectivement. Par ailleurs, à elles seules, ces 2 régions, principalement la région de Montréal, comptent 92 % des demandes en attente de priorités C et D hors délais au Québec. Il est à noter toutefois que de 2021-2022 à 2023-2024, ces 2 régions ont reçu en moyenne 62 % des demandes de consultation en physiatrie, dont 50 % pour Montréal.

48 Il faut dire que 6 CRDS sur 15 ne reçoivent pas les demandes de consultation en physiatrie, puisque l'offre de services est concentrée dans certaines régions, dont Montréal. En effet, le Québec compte 106 physiatres actifs et environ 50 % d'entre eux pratiquent dans cette région. Pourtant, à Montréal, les physiatres peinent à répondre à la demande. De fait, le nombre de consultations réalisées de 2021-2022 à 2023-2024 ne couvre que 69 % des demandes de priorité C reçues, et seulement 29 % des demandes de priorité D, ce qui fait que présentement, un grand nombre de demandes de consultation ne sont pas prises en charge. La situation est similaire en Montérégie. D'ailleurs, malgré les démarches qu'il a entreprises pour trouver des solutions, comme tenter d'établir des corridors de services avec d'autres régions et mener de multiples discussions avec l'équipe de coordination du MSSS, le CRDS de la Montérégie se résigne maintenant à informer les médecins de famille de la situation afin qu'ils puissent réévaluer si la physiatrie est la meilleure option pour leur patient.

6. Jusqu'en octobre 2025, le CRDS de Montréal gérait aussi les demandes de consultation en physiatrie des régions de Lanaudière, des Laurentides et de Laval.

Priorité E : difficulté à obtenir une consultation

49 Les demandes de consultation de priorité E représentaient, au 16 novembre 2024, 63 % de l'ensemble des demandes en attente au Québec, soit 423 437 demandes sur 671 244. Au total, 244 286 demandes de consultation en attente de priorité E étaient hors délais, et 20 % d'entre elles étaient en attente depuis plus de 3 ans (tableau 2). Rappelons que la condition clinique des patients en attente d'une consultation exige qu'ils soient vus dans un délai inférieur à un an. Les demandes de consultation de priorité E représentent 36 % de l'ensemble des demandes qui ont été reçues dans les 15 CRDS du 1^{er} avril au 16 novembre 2024, soit 131 567 demandes sur 361 031.

TABLEAU 2 Délai d'attente pour la prise en charge des demandes en attente de priorité E hors délais au 16 novembre 2024

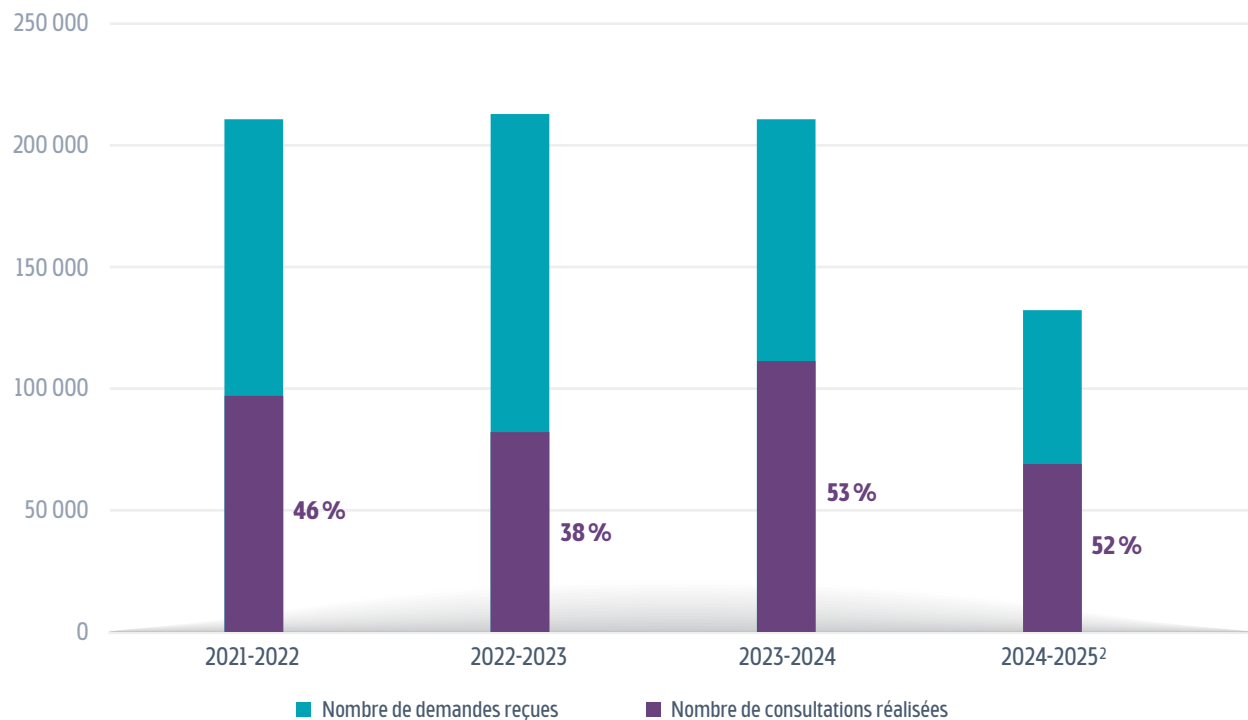
Spécialité	Demandes en attente hors délais		Délai d'attente		
	N ^{bre}	% ¹	1 à 2 ans	2 à 3 ans	Plus de 3 ans
			%	%	%
Chirurgie plastique	29 135	73	39	33	28
Dermatologie	39 766	62	50	29	21
Gastroentérologie	21 472	67	38	29	34
Gynécologie	30 229	47	63	25	12
Immunologie	45 355	58	51	31	18
Neurologie	16 276	59	46	32	22
Ophthalmologie	12 138	65	43	27	31
Orthopédie	9 853	54	53	28	19
Oto-rhino-laryngologie	32 382	48	66	27	7
Physiatrie	7 680	60	56	29	16
Total	244 286	58	51	29	20

1. Il s'agit de la proportion des demandes en attente qui sont hors délais par rapport au nombre total de demandes en attente.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS.

50 Étant donné que les demandes de consultation de priorité E sont les moins urgentes, leur prise en charge est déficiente dans la plupart des spécialités auditées. En effet, comme le montre la figure 5, de 2021-2022 à 2023-2024, le nombre de consultations réalisées par année couvrait souvent moins de 50 % des demandes reçues. De plus, dans le cas de 51 % des 68 701 consultations réalisées entre le 1^{er} avril et le 16 novembre 2024, le délai d'attente cible était dépassé.

FIGURE 5 Nombre de consultations réalisées¹ par rapport au nombre de demandes de priorité E reçues



1. Les consultations réalisées ne font pas nécessairement suite à des demandes reçues au cours de la même année. De plus, les consultations en orthopédie qui font suite à des demandes ayant transité par le CRDS de Lanaudière, Laurentides et Laval ne sont pas prises en compte en raison de la manière dont ce dernier a appliqué l'entente intervenue entre le MSSS et la FMSQ.
2. Les données utilisées pour 2024-2025 sont celles qui étaient disponibles au 16 novembre 2024.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS.

Illustration : Vérificateur général du Québec.

51 Par ailleurs, peu d'attention est accordée aux demandes de consultation de priorité E, bien qu'elles représentent une grande proportion des demandes en attente hors délais. En effet, les orientations ministérielles concernant la gestion des demandes en attente hors délais prévoient la possibilité de solliciter le personnel infirmier, par exemple pour réorienter des patients vers d'autres spécialités, afin de faciliter la prise en charge des demandes de priorités B, C et D uniquement. De plus, en ce qui concerne les demandes dont la priorité clinique n'est pas standardisée dans le formulaire⁷, aucune révision par un médecin spécialiste n'est prévue pour celles de priorité E, alors que c'est le cas pour les autres codes de priorité.

7. Chaque formulaire harmonisé contient une liste de raisons de consultation. Toutefois, il est possible que la raison de consultation d'un patient n'apparaisse pas dans le formulaire. Dans ce cas, le médecin de famille doit utiliser la section « Autre raison de consultation » du formulaire et déterminer le code de priorité clinique de la demande selon l'évaluation qu'il fait de la condition du patient.

52 La prise en charge difficile des demandes de priorité E engendre un manque d'efficacité dans le mécanisme d'accès aux services médicaux spécialisés des CRDS. Voici des exemples qui témoignent de ce manque d'efficacité :

- Une validation doit être effectuée auprès des patients et des médecins de famille pour vérifier la pertinence des demandes en attente hors délais, comme l'exige le MSSS dans sa circulaire ministérielle, étant donné qu'avec le temps, l'état de santé des patients peut avoir changé. D'ailleurs, selon certains CRDS, les demandes dont le délai cible est dépassé depuis un certain temps perdent de leur pertinence aux yeux des médecins spécialistes, ce qui nuit à leur prise en charge.
- Une épuration des listes d'attente est nécessaire, notamment pour retirer les demandes des patients qui ont déjà été vus ailleurs.

Responsabilités inéquitables à l'égard des listes d'attente des CRDS

53 Le MSSS fixe des cibles visant à améliorer le respect des délais pour la prise en charge des patients sur les listes d'attente des CRDS. Toutefois, seulement 15 des 30 établissements de santé et de services sociaux du Québec⁸ sont responsables de l'atteinte de ces cibles. Cela est attribuable au fait que quatre CRDS regroupent plus d'un établissement⁹. En effet, seul l'établissement dans lequel se situe le CRDS est responsable de l'atteinte des cibles, même s'il reçoit l'ensemble des demandes de consultation et qu'il offre des rendez-vous dans tous les établissements de la région.

54 Or, l'établissement responsable de l'atteinte des cibles n'est pas toujours celui où exercent les médecins spécialistes. Par exemple, dans la région de la Capitale-Nationale, les médecins spécialistes exercent en grande majorité (93 %) au CHU de Québec, mais la responsabilité de l'atteinte des cibles incombe au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Mentionnons que des défis liés à la coordination avec les médecins spécialistes qui ne relèvent pas directement du directeur des services professionnels de l'établissement responsable du CRDS ont été soulevés par les CRDS regroupant plus d'un établissement.

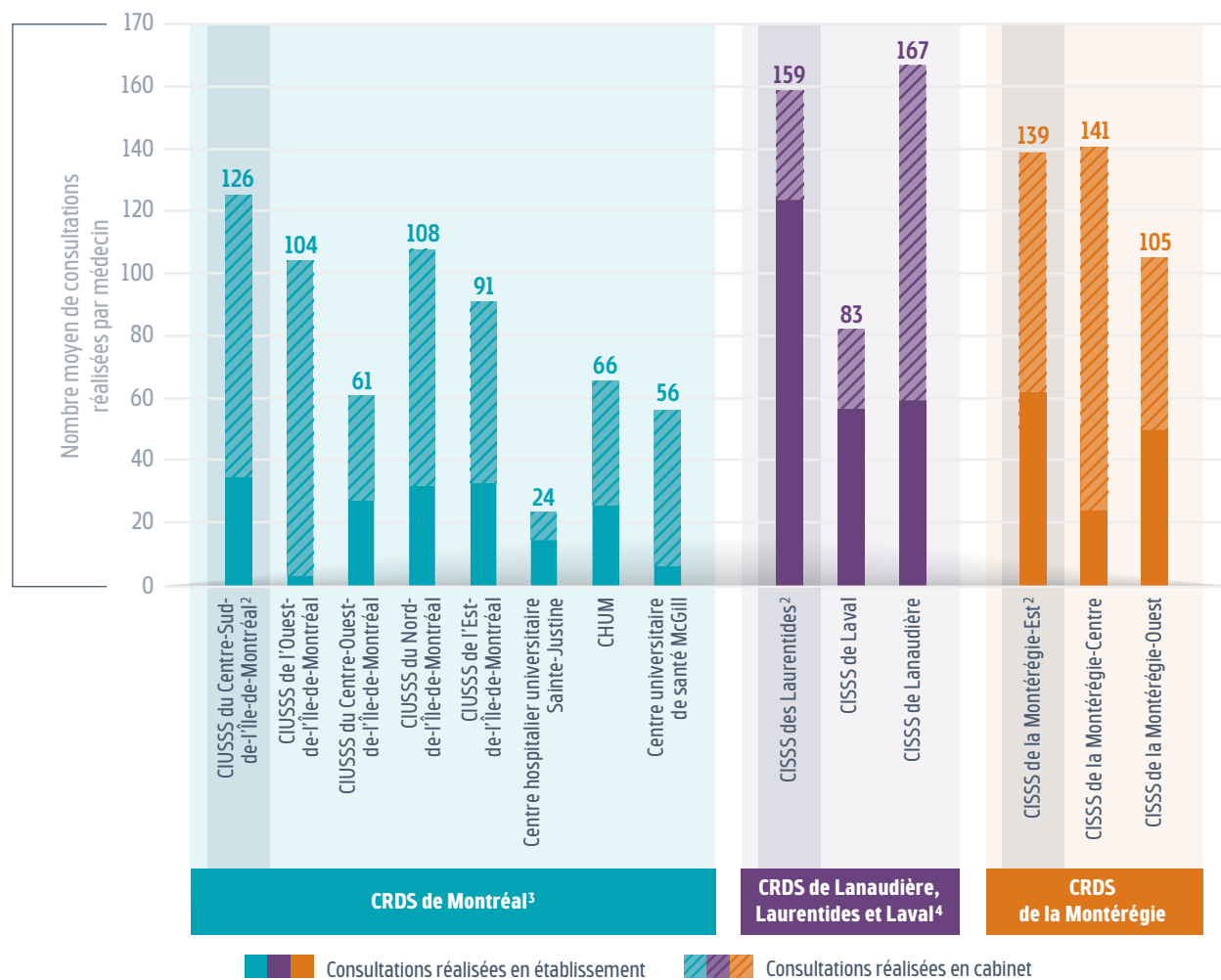
55 Par ailleurs, la contribution des médecins spécialistes à la prise en charge des patients varie d'un établissement à l'autre. De façon générale, la contribution des médecins spécialistes exerçant dans un établissement responsable d'un CRDS, lorsque comparée à celle des médecins des autres établissements, tend à être parmi les plus élevées (figure 6). Par exemple, à Montréal, les médecins spécialistes du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal contribuent davantage à la prise en charge des patients inscrits sur les listes d'attente du CRDS. En effet, 74 % des médecins spécialistes qui occupent un poste dans cet établissement, soit 51 médecins sur 69, ont réalisé en moyenne 126 consultations du 1^{er} avril au 16 novembre 2024. En comparaison, seulement 28 % des médecins spécialistes du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, soit 22 médecins sur 80, ont contribué à la prise en charge des patients inscrits sur les listes d'attente du CRDS, et ils ont réalisé en moyenne seulement 61 consultations au cours de cette même période.

8. Quatre établissements ont été exclus, car ils sont soumis à d'autres lois.

9. Les CRDS de la Capitale-Nationale, de Lanaudière, Laurentides et Laval, de Montréal et de la Montérégie regroupent plus d'un établissement. Soulignons que ces 4 CRDS ont reçu en moyenne 61 % des demandes de consultation pour les 10 spécialités auditées de 2021-2022 à 2023-2024.

FIGURE 6 Nombre moyen de consultations réalisées par médecin spécialiste¹ du 1^{er} avril au 16 novembre 2024

Nombre de médecins	69	92	80	91	108	86	190	189	81	65	77	107	95	57
Nombre de médecins contributeurs	51	18	22	56	50	24	78	68	65	50	61	90	71	43
Proportion de médecins contributeurs (%)	74	20	28	62	46	28	41	36	80	77	79	84	75	75



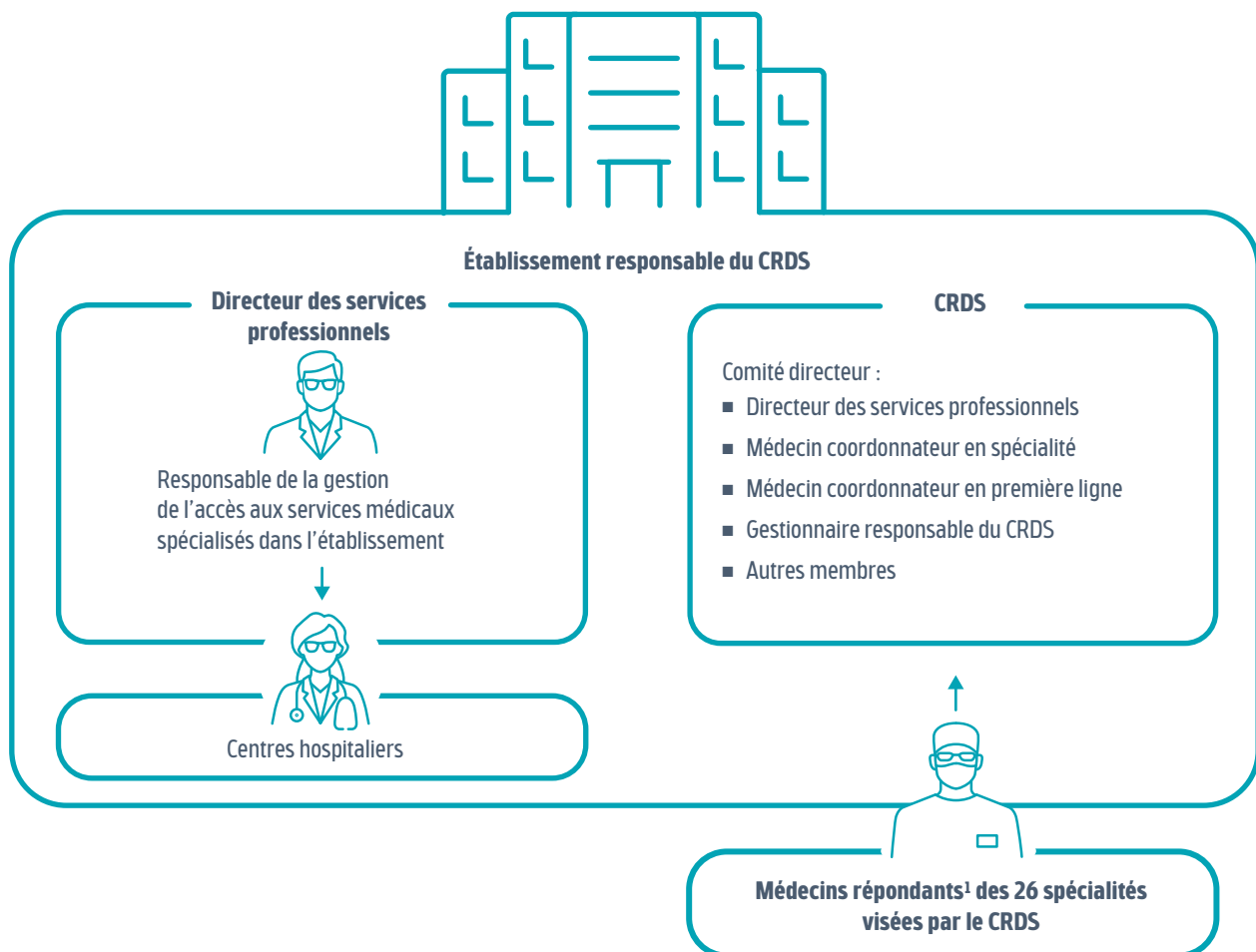
1. Il s'agit des consultations réalisées par les médecins occupant un poste dans l'une des 10 spécialités auditées. Seuls les médecins ayant réalisé au moins une consultation au cours de la période ont été pris en compte.
2. Il s'agit de l'établissement responsable du CRDS.
3. Le CRDS de Montréal regroupe 10 établissements. Toutefois, l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel n'ont pas été pris en compte puisque les médecins spécialistes qui y occupent un poste n'exercent dans aucune des 10 spécialités auditées.
4. Les consultations en orthopédie qui font suite à des demandes ayant transité par le CRDS de Lanaudière, Laurentides et Laval ne sont pas prises en compte en raison de la manière dont ce dernier a appliqué l'entente intervenue entre le MSSS et la FMSQ.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données des CRDS et du MSSS.

Illustration : Vérificateur général du Québec.

56 Enfin, chaque CRDS est administré par un comité directeur sous la responsabilité d'un directeur des services professionnels. Ce comité, en collaboration avec les médecins répondants de chacune des spécialités, est notamment chargé de cerner les difficultés d'accès aux services médicaux spécialisés et d'apporter les correctifs nécessaires pour leur faire face. Or, la participation des comités directeurs varie d'un CRDS à l'autre. Par exemple, certains ont seulement été créés en 2023, alors que d'autres ne se réunissent que deux fois par année. Soulignons que le CRDS de Montréal n'a toujours pas de comité directeur. La figure 7 présente la structure de gouvernance des CRDS et montre que plusieurs acteurs sont impliqués dans le fonctionnement de ceux-ci et dans la prise en charge des patients inscrits sur les listes d'attente.

FIGURE 7 Structure de gouvernance des CRDS



1. Les médecins répondants sont nommés par l'association de la spécialité concernée et n'exercent pas toujours dans l'établissement responsable du CRDS.

Source : Vérificateur général du Québec.

Illustrations : Vérificateur général du Québec, banque d'images Shutterstock.

Lenteur dans le déploiement de mesures pour améliorer la prise en charge des patients

57 Certains enjeux liés à la prise en charge des patients en attente d'une première consultation en médecine spécialisée sont connus depuis plusieurs années. Or, ce n'est qu'en 2023-2024 que le MSSS s'est doté d'un plan d'action incluant des mesures à court, à moyen et à long terme pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés. Par contre, le déploiement de mesures pour améliorer la prise en charge des patients de toutes les régions et pour optimiser la gestion des demandes de consultation est lent.

58 Tout d'abord, dans son plan d'action, le MSSS prévoyait rendre les formulaires harmonisés « intelligents », notamment dans le but d'y inclure des outils d'aide à la décision pour certaines raisons de consultation et de proposer aux médecins de famille des actions possibles à entreprendre avant de demander une consultation en médecine spécialisée. Or, seulement deux formulaires intelligents¹⁰ étaient disponibles au moment de nos travaux, dont celui pour une consultation en neurologie, et leur déploiement a pris environ cinq mois. Une diminution de 21 % du nombre de demandes de consultation en neurologie a été observée dans l'année suivant la mise en ligne de ce dernier.

Exemple d'outils d'aide à la décision inclus dans le formulaire intelligent pour une consultation en neurologie

Selon la raison de consultation, les outils d'aide à la décision intégrés dans le formulaire peuvent exiger l'essai de traitements avant qu'une demande de consultation puisse être déposée. Par exemple, une personne souffrant de problèmes de tunnel carpien doit avoir porté une orthèse nocturne pendant deux mois ou avoir reçu des infiltrations.

59 Le déploiement des autres formulaires intelligents était en cours au moment de nos travaux. Par exemple, le dernier formulaire à avoir été révisé, soit celui pour une consultation en chirurgie plastique, a été transmis à l'équipe responsable du développement informatique par le MSSS en décembre 2024, mais la version intelligente n'avait toujours pas été mise en ligne en septembre 2025. Étant donné qu'il s'agit de l'une des principales actions prévues pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et que les 26 formulaires nécessitent d'être révisés régulièrement, il serait nécessaire que le processus soit plus efficace.

10. Le deuxième formulaire intelligent est celui pour une consultation en néphrologie, disponible depuis novembre 2024.

60 Par ailleurs, en 2023, un projet pilote de cliniques musculosquelettiques a été lancé¹¹ et déployé dans 10 établissements¹². Il a permis à 37 % des patients ayant été suivis dans l'une de ces cliniques, soit 1 361 patients sur 3 719, d'éviter une consultation en médecine spécialisée. De plus, selon des sondages internes réalisés par les cliniques, 95 % des patients étaient satisfaits de leur expérience. Les cliniques musculosquelettiques permettent donc de diminuer le nombre de patients sur les listes d'attente dans les spécialités concernées, soit l'orthopédie, la physiatrie, la neurochirurgie et la chirurgie plastique.

61 La mise en place des cliniques du projet a été possible grâce à un financement non récurrent de l'Institut de la pertinence des actes médicaux¹³. Toutefois, l'incertitude quant au financement à long terme du projet rend difficile le déploiement de leurs activités. Par exemple, la capacité des cliniques existantes est inférieure à 50 %, notamment en raison de la réticence des établissements à embaucher le personnel nécessaire tant que la pérennité du projet n'est pas assurée. De plus, un établissement a refusé de participer au projet tant qu'un financement récurrent n'était pas assuré. Pour la même raison, un autre établissement a indiqué en janvier 2025 envisager l'option de fermer sa clinique lorsque le financement initial sera épuisé.

62 Enfin, la diversité des systèmes informatiques utilisés par les différents acteurs impliqués et la non-interaction entre ceux-ci impliquent des enjeux opérationnels tout au long du cheminement des demandes de consultation, ce qui ne favorise pas la prise en charge rapide des patients. Ces enjeux sont connus depuis plusieurs années, mais les améliorations requises tardent à être apportées. L'absence d'interaction entre les systèmes informatiques implique que des manipulations supplémentaires sont nécessaires pour la prise de rendez-vous. Par exemple, certains CRDS demandent aux médecins spécialistes de fournir leurs disponibilités plus de deux semaines à l'avance. Par conséquent, si un médecin spécialiste a de nouvelles disponibilités (ex. : annulation), il s'avère plus difficile de planifier un rendez-vous par l'entremise du CRDS.

Cliniques musculosquelettiques

Il s'agit de cliniques offrant des services sans frais prodigués notamment par des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes à des patients adultes inscrits sur la liste d'attente d'un CRDS pour une consultation en orthopédie, en physiatrie, en neurochirurgie ou en chirurgie plastique. Un rendez-vous dans l'une de ces cliniques permet de déterminer si une consultation auprès d'un médecin spécialiste est vraiment nécessaire. Dans le cas contraire, avec l'accord du médecin de famille, la demande de consultation en médecine spécialisée peut être retirée.

11. La phase de planification de ce projet a été amorcée par le CISSS de l'Outaouais en septembre 2022.

12. Les 10 établissements sont les suivants : CISSS de l'Outaouais, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, CISSS de Laval, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, CISSS du Bas-Saint-Laurent, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, CISSS de Lanaudière, CISSS de la Montérégie-Centre.

13. L'Institut de la pertinence des actes médicaux a notamment la responsabilité de voir au réinvestissement des économies afin d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés pour la population.

CONSTAT 3

Dans les établissements audités, il existe des difficultés d'accès à une première consultation en médecine spécialisée, et la gestion des listes d'attente ne favorise pas un suivi rigoureux des demandes de consultation.

Qu'avons-nous constaté ?

63 Dans les deux établissements audités, les délais pour obtenir une première consultation en médecine spécialisée sont longs pour les patients inscrits sur leurs listes d'attente¹⁴. Ils ont d'ailleurs de la difficulté à réaliser les consultations à l'intérieur des délais d'attente cibles correspondant à la condition clinique des patients. De plus, les délais d'attente peuvent différer selon la provenance des demandes de consultation.

64 Des lacunes ont aussi été observées quant à la gestion des listes d'attente. Par exemple, au CISSS de Lanaudière, la gestion des listes d'attente est peu structurée, ce qui peut entraîner un manque de cohérence dans les façons de faire. En outre, dans le cas de certaines demandes de consultation, le code de priorité n'est pas attribué en temps opportun ou est même absent.

65 Par ailleurs, les établissements ne se sont pas dotés de cibles afin d'améliorer l'accès à une première consultation en médecine spécialisée pour les patients inscrits sur leurs listes d'attente. De plus, ils ne présentent pas de données relatives aux délais d'attente à leur conseil d'administration, bien que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* l'exige. Cette reddition de comptes serait pourtant importante, surtout dans le contexte où les délais d'attente s'allongent.

Liste d'attente d'un établissement

Il s'agit d'une liste d'attente propre à un établissement. Dans les établissements audités, il y a une liste d'attente par centre hospitalier et par spécialité. Les demandes de consultation en médecine spécialisée qui proviennent notamment de l'urgence ou d'autres médecins spécialistes figurent sur ces listes d'attente.

14. Ce constat porte sur les demandes pour une première consultation qui sont acheminées aux établissements audités et inscrites sur leurs listes d'attente. Trois spécialités ont fait l'objet de travaux plus détaillés.

Pourquoi ce constat est-il important ?

66 Selon une analyse effectuée par le MSSS pour l'année financière 2023-2024, environ 80 % des premières consultations réalisées par les médecins spécialistes faisaient suite à des demandes n'ayant pas transité par les CRDS. Une partie non négligeable de ces demandes étaient celles sur les listes d'attente des établissements. Ceux-ci doivent donc disposer de mécanismes structurés pour établir le code de priorité des demandes de consultation et effectuer leur suivi.

67 En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, chaque établissement doit mettre en place son propre mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés. Ce mécanisme doit notamment indiquer les règles à suivre pour gérer les listes d'attente de l'établissement. Un suivi de l'efficacité du mécanisme doit également être effectué, notamment en ce qui a trait aux délais d'attente.

68 Finalement, comme mentionné au constat 1, le MSSS se base uniquement sur les données concernant les demandes sur les listes d'attente des CRDS pour mesurer l'atteinte de la cible qu'il a fixée dans le but d'améliorer le respect des délais d'attente cibles. Il incombe donc aux établissements de définir de telles cibles pour leurs propres listes d'attente et de mettre en place des mesures correctives, s'il y a lieu. Quelle que soit la provenance des demandes, les patients doivent pouvoir bénéficier d'un accès équitable aux services médicaux spécialisés.

Ce qui appuie notre constat

Nombreux délais d'attente cibles non respectés

69 De 2022 à 2024, les délais d'attente cibles selon les échelles de priorité clinique des établissements audités n'ont pas été respectés dans de nombreux cas. Durant cette période, le nombre de consultations réalisées en dehors des délais cibles était important. Toutefois, en ce qui concerne les spécialités auditées, le total des consultations réalisées a tout de même augmenté. Un portrait des premières consultations réalisées dans ces établissements est présenté dans la section Renseignements additionnels.

70 Les paragraphes qui suivent donnent plus d'information sur les difficultés rencontrées par les deux établissements audités.

CHUM

71 Au CHUM, entre 2022 et 2024, le nombre de demandes de consultation en attente a augmenté de 44 %, 47 % et 53 % respectivement dans les 3 spécialités qui ont fait l'objet de travaux plus détaillés, soit la dermatologie, la gynécologie et l'orthopédie. La proportion de demandes en attente hors délais est également en augmentation et s'élevait en moyenne à plus de 50 % au 30 novembre 2024. Certaines de ces demandes étaient en attente depuis un nombre de jours équivalant à plus du double du délai d'attente cible (tableau 3).

TABLEAU 3 Portrait des demandes en attente¹ au CHUM et proportion d'entre elles qui étaient hors délais au 30 novembre de chaque année

Délai d'attente cible (code de priorité clinique ²)	2022			2023			2024		
	Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³		Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³		Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³	
	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)
Dermatologie									
10 jours ou moins (A et B)	17	24 %	25	20	50 %	12	38	50 %	20
Moins de 1 mois (C)	153	62 %	78	122	58 %	72	136	61 %	32
Moins de 3 mois (D)	1 019	38 %	83	1 094	40 %	97	1 516	49 %	92
Moins de 12 mois (E)	124	5 %	64	109	15 %	85	226	4 %	133
Délai établi (demandes sans code de priorité)	28	46 %	119	15	73 %	213	11	45 %	47
Sous-total	1 341	37 %	s. o.	1 360	41 %	s. o.	1 927	45 %	s. o.
Gynécologie									
10 jours ou moins (A et B)	3	67 %	71	4	100 %	190	2	100 %	88
Moins de 1 mois (C)	206	64 %	81	247	76 %	67	160	73 %	79
Moins de 3 mois (D)	403	61 %	145	616	64 %	246	828	74 %	321
Moins de 12 mois (E)	457	6 %	43	653	32 %	147	617	24 %	174
Délai établi (demandes sans code de priorité)	71	54 %	89	74	43 %	199	63	76 %	310
Sous-total	1 140	39 %	s. o.	1 594	52 %	s. o.	1 670	56 %	s. o.

1. Une demande est considérée comme en attente à partir du moment où elle est reçue, et elle le demeure tant que la consultation n'a pas eu lieu.

2. Le CHUM utilise des codes de priorité semblables à ceux des CRDS.

3. Le délai d'attente cible diffère selon le code de priorité et cela a une incidence sur l'analyse des demandes de consultation en attente hors délais et du nombre moyen de jours de retard. Par exemple, une demande de priorité B est considérée hors délais après 10 jours, alors qu'une demande de priorité E l'est après 12 mois.

4. Dans certains cas, le calcul du retard moyen est basé sur un petit nombre de demandes de consultation. Ainsi, la présence de quelques demandes avec un retard important peut faire augmenter la moyenne de manière significative.

Délai d'attente cible (code de priorité clinique ²)	2022			2023			2024		
	Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³		Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³		Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³	
	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)
Orthopédie									
10 jours ou moins (A et B)	14	36 %	13	23	26 %	25	18	56 %	34
Moins de 1 mois (C)	167	78 %	107	215	87 %	112	120	87 %	164
Moins de 3 mois (D)	578	53 %	110	627	44 %	138	1 046	57 %	105
Moins de 12 mois (E)	166	2 %	184	200	12 %	93	172	16 %	87
Délai établi (demandes sans code de priorité)	18	44 %	59	58	34 %	52	85	46 %	77
Sous-total	943	48 %	s. o.	1 123	46 %	s. o.	1 441	54 %	s. o.
Total	3 424	41 %	s. o.	4 077	46 %	s. o.	5 038	51 %	s. o.

2. Le CHUM utilise des codes de priorité semblables à ceux des CRDS.

3. Le délai d'attente cible diffère selon le code de priorité et cela a une incidence sur l'analyse des demandes de consultation en attente hors délais et du nombre moyen de jours de retard. Par exemple, une demande de priorité B est considérée hors délais après 10 jours, alors qu'une demande de priorité E l'est après 12 mois.

4. Dans certains cas, le calcul du retard moyen est basé sur un petit nombre de demandes de consultation. Ainsi, la présence de quelques demandes avec un retard important peut faire augmenter la moyenne de manière significative.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du CHUM.

72 À titre d'exemple, en dermatologie, le nombre de demandes en attente de priorité D est important et la proportion d'entre elles qui sont hors délais est passée de 38 % à 49 % en 2 ans. La situation s'aggrave au fil du temps, et ce, bien qu'une épuration partielle de la liste d'attente ait été effectuée en 2023 et que des demandes de consultation transmises au CHUM soient refusées. En effet, nous avons observé que :

- l'épuration de la liste d'attente réalisée en 2023 a permis le retrait de 152 demandes en attente hors délais, principalement de priorités D et E.
- des demandes de consultation transmises au CHUM sont refusées lorsqu'elles proviennent de médecins spécialistes d'autres établissements, y compris de dermatologues, sauf dans certaines exceptions, comme des raisons de consultation précises (ex. : lymphome, alopecie) ou des demandes adressées à un médecin en particulier. En effet, selon les personnes que nous avons consultées au CHUM, le service de dermatologie a décidé de refuser les demandes au moment de leur réception et de les retourner aux médecins demandeurs puisqu'ils disent vouloir se concentrer sur les cas les plus complexes. Aucune trace de ces demandes n'est laissée dans le système informatique, il est donc impossible de connaître le nombre de refus et leur justification.

73 En gynécologie, au 30 novembre 2024, des demandes de priorité D dont le délai d'attente cible de moins de 3 mois était dépassé depuis 321 jours en moyenne étaient toujours en attente. Ce nombre de jours est d'ailleurs en forte augmentation depuis 2022. En orthopédie, plus de la moitié des demandes de priorité D sont en attente depuis plus du double du délai cible en moyenne.

CISSS de Lanaudière (Hôpital Pierre-Le Gardeur)

74 Le nombre de patients inscrits sur les listes d'attente en dermatologie et en gynécologie a diminué entre 2022 et 2024, mais l'attente demeure très longue pour plusieurs d'entre eux et dépasse parfois de plusieurs années le délai cible. De plus, certaines demandes peuvent demeurer en attente durant une longue période, alors que d'autres demandes plus récentes ayant le même code de priorité sont prises en charge dans des délais plus courts. En orthopédie, le nombre de demandes en attente pour une première consultation a augmenté de 61 % depuis 2022 et s'élevait à 8 674 en 2024. Plusieurs de ces demandes sont en attente hors délais depuis plusieurs années. Le tableau 4 présente un portrait des demandes de consultation en attente et hors délais à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.

TABLEAU 4 Portrait des demandes en attente¹ à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur et proportion d'entre elles qui étaient hors délais au 30 novembre de chaque année

Délai d'attente cible (code de priorité clinique ²)	2022			2023			2024		
	Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³		Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³		Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³	
	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)
Dermatologie									
10 jours ou moins (A et B)	113	88 %	294	67	94 %	732	26	100 %	1 069
Moins de 1 mois (C)	197	87 %	245	106	71 %	279	39	38 %	334
Moins de 3 mois (D)	113	55 %	175	124	48 %	244	113	20 %	396
Moins de 12 mois (E)	32	31 %	399	47	34 %	363	64	14 %	478
Délai établi (demandes sans code de priorité)	15	53 %	197	8	88 %	144	4	25 %	178
Sous-total	470	75 %	s. o.	352	63 %	s. o.	246	30 %	s. o.
Aucun délai établi (demandes sans code de priorité)	42	s. o.	s. o.	36	s. o.	s. o.	17	s. o.	s. o.
Sous-total – Dermatologie	512	s. o.	s. o.	388	s. o.	s. o.	263	s. o.	s. o.
Gynécologie									
10 jours ou moins (A et B)	80	86 %	131	12	75 %	570	9	100 %	455
Moins de 1 mois (C)	234	80 %	336	115	50 %	582	130	24 %	528
Moins de 3 mois (D)	105	76 %	518	45	27 %	1 185	57	11 %	1 605
Moins de 12 mois (E)	245	56 %	1 977	308	38 %	2 223	151	16 %	1 927
Délai établi (demandes sans code de priorité)	43	84 %	651	57	58 %	909	31	65 %	484
Sous-total	707	72 %	s. o.	537	43 %	s. o.	378	24 %	s. o.
Aucun délai établi (demandes sans code de priorité)	824	s. o.	s. o.	928	s. o.	s. o.	778	s. o.	s. o.
Sous-total – Gynécologie	1 531	s. o.	s. o.	1 465	s. o.	s. o.	1 156	s. o.	s. o.

1. Une demande est considérée comme en attente à partir du moment où elle est reçue, et elle le demeure tant que la consultation n'a pas eu lieu.
2. Le CISSS de Lanaudière utilise des codes de priorité différents de ceux des CRDS. Nous les avons regroupés selon l'échelle de priorité clinique des CRDS pour permettre une meilleure comparaison.
3. Le délai d'attente cible diffère selon le code de priorité et cela a une incidence sur l'analyse des demandes de consultation en attente hors délais et du nombre moyen de jours de retard. Par exemple, une demande de priorité B est considérée hors délais après 10 jours, alors qu'une demande de priorité E l'est après 12 mois.
4. Dans certains cas, le calcul du retard moyen est basé sur un petit nombre de demandes de consultation. Ainsi, la présence de quelques demandes avec un retard important peut faire augmenter la moyenne de manière significative.

Délai d'attente cible (code de priorité clinique ²)	2022			2023			2024		
	Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³		Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³		Demandes en attente	Demandes en attente hors délais ³	
	Nbre	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)	Nbre	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)	Nbre	Proportion	Retard moyen ⁴ (jours)
Orthopédie									
10 jours ou moins (A et B)	240	93 %	652	293	85 %	843	309	91 %	947
Moins de 1 mois (C)	642	92 %	360	941	91 %	499	1 114	95 %	604
Moins de 3 mois (D)	23	65 %	423	116	79 %	214	201	91 %	250
Moins de 12 mois (E)	3 761	82 %	372	4 976	77 %	551	6 140	85 %	653
Délai établi (demandes sans code de priorité)	268	84 %	1 242	254	86 %	1 482	180	98 %	1 817
Sous-total	4 934	84 %	s. o.	6 580	80 %	s. o.	7 944	87 %	s. o.
Aucun délai établi (demandes sans code de priorité)	469	s. o.	s. o.	507	s. o.	s. o.	730	s. o.	s. o.
Sous-total – Orthopédie	5 403	s. o.	s. o.	7 087	s. o.	s. o.	8 674	s. o.	s. o.
Ensemble des demandes dont le délai était établi	6 111	82 %	s. o.	7 469	77 %	s. o.	8 568	83 %	s. o.
Ensemble des demandes dont le délai n'était pas établi	1 335	s. o.	s. o.	1 471	s. o.	s. o.	1 525	s. o.	s. o.
Total	7 446	s. o.	s. o.	8 940	s. o.	s. o.	10 093	s. o.	s. o.

2. Le CISSS de Lanaudière utilise des codes de priorité différents de ceux des CRDS. Nous les avons regroupés selon l'échelle de priorité clinique des CRDS pour permettre une meilleure comparaison.

3. Le délai d'attente cible diffère selon le code de priorité et cela a une incidence sur l'analyse des demandes de consultation en attente hors délais et du nombre moyen de jours de retard. Par exemple, une demande de priorité B est considérée hors délais après 10 jours, alors qu'une demande de priorité E l'est après 12 mois.

4. Dans certains cas, le calcul du retard moyen est basé sur un petit nombre de demandes de consultation. Ainsi, la présence de quelques demandes avec un retard important peut faire augmenter la moyenne de manière significative.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du CISSS de Lanaudière.

75 Une épuration de la liste d'attente a été effectuée en dermatologie et en gynécologie, ce qui explique en partie la diminution du nombre de demandes en attente pour une première consultation. En effet, des patients ont été contactés pour vérifier si une consultation était toujours nécessaire. Les patients qui ont déclaré ne plus en avoir besoin ont été retirés de la liste d'attente. Par exemple, en dermatologie, 296 patients ont été retirés de la liste d'attente en 2023 et 2024. Près du tiers de ces patients disent avoir été vus ailleurs, dont environ 20 % au privé. Les 80 % restants ont consulté un médecin spécialiste dans un autre établissement ou un cabinet. En moyenne, ces patients, quel que soit le code de priorité de leur demande, ont été inscrits sur la liste d'attente pendant près d'un an avant d'en être retirés.

76 Malgré l'épuration des listes d'attente en dermatologie et en gynécologie, de nombreux patients y sont inscrits depuis plusieurs années. En effet, en 2022, 2023 et 2024, plus de 85 % des demandes en attente en dermatologie dont le délai cible était de 10 jours ou moins étaient hors délais. En moyenne, au 30 novembre 2024, le délai cible de ces demandes était dépassé depuis près de 3 ans. En gynécologie, sur les 378 demandes dont le délai cible était établi, 90 étaient en attente hors délais depuis plus de 3 ans en moyenne au 30 novembre 2024.

77 Au moment de nos travaux, l'épuration de la liste d'attente en orthopédie était en cours. Elle sert notamment à vérifier si les patients dont la demande en attente est hors délais depuis un certain temps nécessitent toujours une consultation. Pour les 3 années examinées, de 80 % à 87 % des demandes de consultation en orthopédie étaient en attente depuis un nombre de jours supérieur au délai d'attente cible. Plus de 300 demandes dont le délai cible était de 10 jours ou moins étaient en attente depuis plus de 2 ans en moyenne au 30 novembre 2024.

CISSS de Lanaudière (Centre hospitalier régional de Lanaudière)

78 Au Centre hospitalier régional de Lanaudière, l'information concernant la dermatologie, la gynécologie et l'orthopédie est incomplète dans le système de gestion des listes d'attente. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de présenter un tableau similaire à ceux du CHUM et de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur pour le Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Délais d'attente différents selon la provenance des demandes de consultation

79 En raison des multiples listes d'attente, soit celles des CRDS et de chaque centre hospitalier, il est difficile d'assurer un accès équitable aux services médicaux spécialisés pour tous les patients d'un même territoire. Plusieurs facteurs peuvent influencer l'accès aux services, comme la provenance de la demande de consultation, la disponibilité des médecins dans les établissements, le nombre de cabinets sur le territoire et la disponibilité des médecins qui y pratiquent. De plus, les patients inscrits sur les listes d'attente d'un établissement ne peuvent être vus que par les médecins qui y pratiquent. Ces derniers ont d'ailleurs une responsabilité envers ces patients, alors que les disponibilités pour la prise en charge des patients inscrits sur les listes d'attente des CRDS sont offertes sur une base volontaire.

80 Dans le cas de la dermatologie, de la gynécologie et de l'orthopédie, nous avons observé des écarts importants entre les listes d'attente des CRDS et celles des établissements en ce qui a trait à la proportion de demandes en attente hors délais et aux délais d'attente moyens. Certains de ces écarts sont présentés dans le tableau 5 ainsi que dans les exemples qui suivent.

TABLEAU 5 Proportion de demandes de consultation en attente hors délais en novembre 2024

Spécialité	Proportion de demandes en attente hors délais (%)	
	CHUM	CRDS de Montréal
Dermatologie	45	4
Gynécologie	56	30
Orthopédie	54	55
	Hôpital Pierre-Le Gardeur	CRDS de Lanaudière, Laurentides et Laval (territoire de Lanaudière-Sud)
Dermatologie	30	69 ¹
Gynécologie	24 ²	55
Orthopédie	87	s. o. ³

1. Les demandes de priorité E représentaient plus de 90 % des demandes sur la liste d'attente du CRDS en novembre 2024, mais moins de 25 % des demandes sur la liste de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.
2. Seulement un tiers des demandes en attente se sont vu attribuer un code de priorité permettant d'évaluer le respect du délai cible.
3. Les demandes reçues par le CRDS sont redirigées vers les centres hospitaliers pour être ajoutées sur leurs listes d'attente. Les données obtenues ne sont donc pas représentatives de l'attente réelle des patients puisqu'elles sont basées uniquement sur le délai de transfert des demandes d'une liste à l'autre. Par conséquent, aucune donnée n'est présentée pour cette spécialité.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du CHUM, du CISSS de Lanaudière et des CRDS.

Exemple en dermatologie dans la région de Montréal

81 En novembre 2024, 45 % des patients sur la liste d'attente en dermatologie du CHUM y étaient inscrits depuis un nombre de jours supérieur au délai d'attente cible, comparativement à 4 % des patients inscrits sur la liste d'attente du CRDS de Montréal¹⁵. Soulignons qu'entre le 1^{er} avril et le 16 novembre 2024, les consultations ont été effectuées en cabinet plutôt qu'en centre hospitalier pour 84 % des patients inscrits sur la liste du CRDS. D'ailleurs, près du quart des dermatologues de la région de Montréal qui prennent en charge des patients sur la liste d'attente du CRDS exercent exclusivement en cabinet. De plus, une forte proportion de ceux qui occupent un poste au CHUM exercent en cabinet (voir constat 5) et certains y voient des patients inscrits sur la liste du CRDS.

15. Bien que le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal soit responsable du CRDS de Montréal, les demandes inscrites sur les listes d'attente sont réparties entre plusieurs établissements, dont le CHUM.

Exemple en gynécologie dans la région de Montréal

82 En novembre 2024, 56 % des patients sur la liste d'attente en gynécologie du CHUM y étaient inscrits depuis un nombre de jours supérieur au délai d'attente cible correspondant à leur condition clinique, comparativement à 30 % des patients inscrits sur la liste d'attente du CRDS de Montréal. Au CHUM, les demandes de consultation de priorité C étaient en attente depuis cinq fois plus longtemps qu'au CRDS, et les demandes de priorité D, depuis deux fois plus longtemps. Les délais d'attente sont donc plus courts pour les patients inscrits sur la liste d'attente du CRDS que pour ceux inscrits sur la liste du CHUM. Tout comme en dermatologie, la majorité des patients inscrits sur la liste d'attente du CRDS en gynécologie sont vus en cabinet. En effet, du 1^{er} avril au 16 novembre 2024, 89 % des consultations auprès de patients inscrits sur la liste du CRDS de Montréal ont été réalisées en cabinet, dont plus de la moitié par des médecins qui occupent un poste dans un établissement de la région.

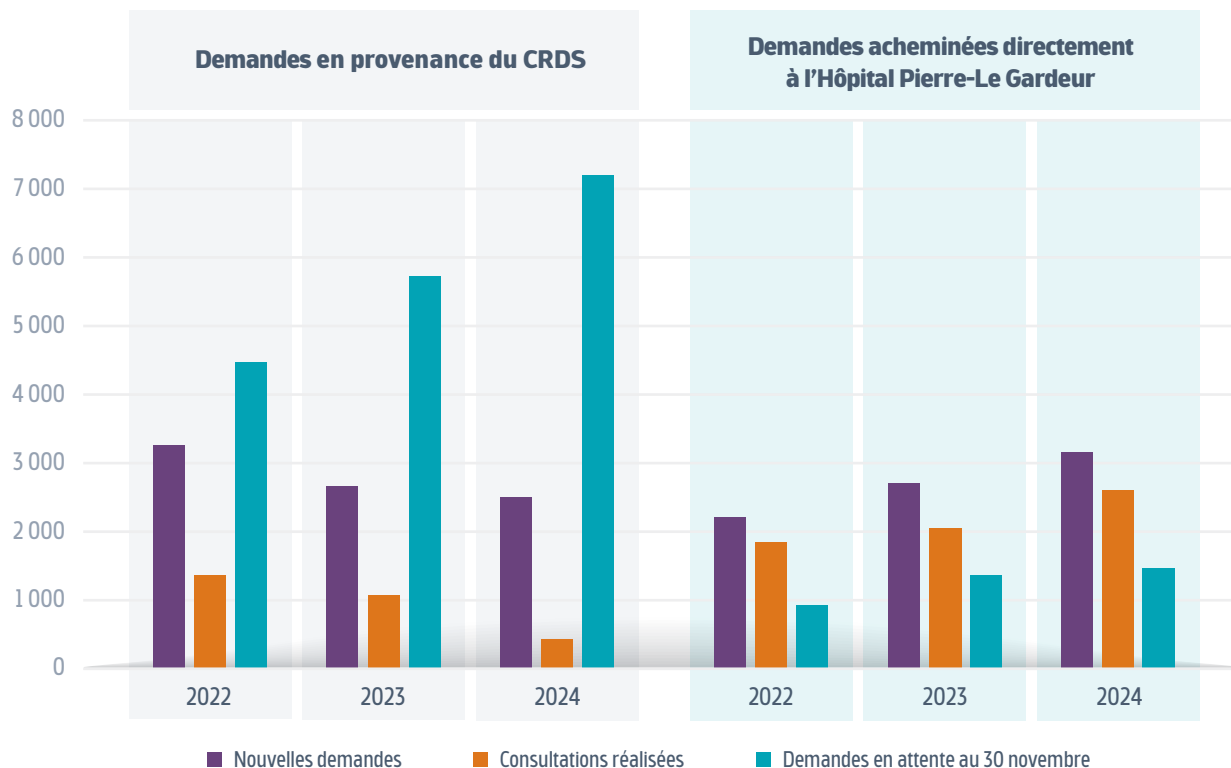
Exemple en orthopédie à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur

83 En orthopédie, les demandes de consultation transmises aux CRDS sont systématiquement redirigées vers les centres hospitaliers pour être ajoutées sur les listes d'attente des établissements¹⁶. En raison du nombre élevé de demandes en orthopédie, les médecins de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur accordent la priorité à celles qui ne proviennent pas du CRDS. Ainsi, les patients dont la demande a été transmise au centre hospitalier par le CRDS attendent plus longtemps pour obtenir une première consultation.

84 Au 30 novembre 2024, l'un des écarts les plus importants concernait les demandes de priorité C. En effet, les demandes de priorité C ayant transité par le CRDS étaient en attente depuis 688 jours en moyenne, comparativement à 397 jours pour celles n'ayant pas transité par le CRDS, et ce, malgré un délai cible de moins de 1 mois. Cette pratique fait en sorte que les demandes en provenance du CRDS s'accumulent. Au total, plus de 7 200 demandes de consultation provenant du CRDS sont en attente, soit environ 2 700 de plus qu'en 2022. Cela s'explique notamment par la diminution graduelle du nombre de consultations réalisées pour les prendre en charge. La figure 8 présente un portrait des demandes reçues, de celles en attente et des consultations réalisées à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur de 2022 à 2024.

16. Depuis la signature d'une entente entre le MSSS et la FMSQ en 2017, les CRDS ne s'occupent plus de la planification des rendez-vous en orthopédie pour les consultations devant être réalisées en établissement. Ils dirigent plutôt les demandes de consultation reçues vers les établissements, qui en assument la responsabilité.

FIGURE 8 Évolution du nombre de demandes en orthopédie à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur selon leur provenance



Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du CISSS de Lanaudière.

Illustration : Vérificateur général du Québec.

Lacunes dans la gestion des listes d'attente des établissements

Gestion peu structurée au CISSS de Lanaudière

85 Dans les deux établissements audités, la gestion des listes d'attente est principalement assurée par une centrale de rendez-vous. Cependant, bien que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés, il existe encore des pratiques différentes pour la gestion des listes d'attente.

Centrale de rendez-vous

Il s'agit d'une unité de services administratifs d'un établissement chargée de gérer la prise de rendez-vous pour les consultations en médecine spécialisée.

86 Au CISSS de Lanaudière, dans le cas de deux des spécialités auditées, les listes d'attente sont gérées différemment dans les deux centres hospitaliers. Par exemple, au Centre hospitalier régional de Lanaudière, les listes d'attente en orthopédie et en gynécologie sont gérées par la clinique externe plutôt que par la centrale de rendez-vous, et de nombreuses consultations ne sont pas saisies dans le système informatique. Cela nuit notamment à l'exhaustivité des listes d'attente et au suivi des délais.

En effet, nous avons observé que :

- les dossiers papier sont utilisés pour gérer une partie des demandes de consultation en orthopédie. Tous les nouveaux patients ne sont donc pas inscrits dans le système informatique. En plus de nuire au suivi des demandes, cette façon de procéder augmente le risque d'erreur dans la priorisation des patients.
- les demandes de consultation en gynécologie reçues à la clinique externe sont transférées à des cabinets¹⁷ à l'extérieur du Centre hospitalier régional de Lanaudière sans être saisies dans le système informatique. Or, les cabinets possèdent leurs propres listes d'attente auxquelles l'établissement n'a pas accès. La liste d'attente du centre hospitalier n'est donc pas représentative du nombre réel de demandes de consultation en attente. Il n'est pas non plus possible d'évaluer les délais d'attente ni de savoir si les demandes transférées ont réellement été prises en charge.

87 Au CHUM, un guichet d'accès unique a été mis en place et le processus de traitement des demandes de consultation a été revu pour la majorité des spécialités. Par exemple, depuis 2024, une équipe est spécifiquement attitrée à la gestion des demandes en orthopédie à la centrale de rendez-vous. Avant cette réorganisation, la gestion des rendez-vous plus urgents était confiée à la clinique externe et le transfert des demandes entre les deux équipes pouvait occasionner la perte de dossiers. Le processus est en cours de révision pour certaines spécialités, dont la gynécologie.

Codes de priorité attribués tardivement ou même absents

88 Dans les établissements audités, les demandes de consultation reçues sont évaluées par un médecin spécialiste pour l'attribution d'un code de priorité. Or, ce processus n'est pas toujours respecté ou effectué en temps opportun.

Clinique externe

Il s'agit d'un secteur dans un centre hospitalier qui regroupe en un même lieu des activités de consultation, de traitement et de suivi ayant trait à l'assistance médicale des patients vus en consultation ou à la suite d'un traitement à l'urgence.

17. Seules les demandes de consultation pour une colposcopie ne sont pas transférées aux cabinets.

Exemple de codes de priorité attribués tardivement

89 Au CHUM, le délai pour l'établissement du code de priorité d'une demande est particulièrement long en orthopédie pour les raisons de consultation liées à la colonne vertébrale¹⁸. Ce délai est passé de 28 jours en moyenne en 2022 à 69 jours en 2024. En outre, pour plus de 60 % des demandes de priorités B et C, le délai pour établir le code de priorité est supérieur au délai d'attente cible pour obtenir une consultation. Cette situation n'est pas sans conséquence, car un patient n'est inscrit sur la liste d'attente que lorsque le code de priorité de sa demande a été établi. Par exemple, dans le cas d'une demande de consultation reçue en 2024, 51 jours sont passés avant que celle-ci soit évaluée par un médecin spécialiste et que le patient soit inscrit sur la liste d'attente. La demande s'est vu attribuer un code de priorité B et le patient a finalement obtenu un rendez-vous 28 jours plus tard. Au total, l'attente a été de 79 jours pour ce patient, alors que le délai cible est de 10 jours ou moins pour une demande de priorité B. Il est à noter que le délai moyen pour établir le code de priorité d'une demande pour une autre raison de consultation en orthopédie est d'environ cinq jours. Le délai moyen pour établir le code de priorité d'une demande de consultation pour une raison liée à la colonne vertébrale est présenté au tableau 6.

TABLEAU 6 Établissement du code de priorité des demandes de consultation pour une raison liée à la colonne vertébrale au CHUM en 2024

Code de priorité	B	C	D	E
Délai d'attente cible pour obtenir une consultation (jours)	10	28	90	365
Nombre de demandes	10	119	277	101
Délai moyen pour établir le code de priorité (jours)	30	57	66	92
Pourcentage des demandes dont le délai pour établir le code de priorité est supérieur au délai d'attente cible pour obtenir une consultation (%)	60	66	34	0

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du CHUM.

Exemples de codes de priorité absents

90 À l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, les demandes de consultation dont le délai d'attente cible n'a pas été établi sont nombreuses, et ce, dans plus d'une spécialité. Or, si aucun délai cible n'est précisé, les demandes risquent d'être en attente pendant une longue période, sans toutefois que l'attente soit considérée comme hors délais. Voici des exemples de situations que nous avons relevées :

- En gynécologie, au 30 novembre 2024, 778 demandes de consultation n'avaient pas de délai d'attente cible et étaient en attente depuis plus de 4 ans en moyenne. Ce nombre représente les deux tiers de l'ensemble des demandes. Pour environ la moitié de ces 778 demandes, l'évaluation pour l'attribution d'un code de priorité clinique n'était pas terminée, mais l'attente durait depuis plus de 1 an.

18. Les demandes de consultation pour des raisons liées à la colonne vertébrale représentaient 17 % des demandes en orthopédie reçues en 2024.

- En orthopédie, au 30 novembre 2024, près de l'ensemble des 730 demandes n'avaient pas de délai d'attente cible, car l'évaluation pour l'attribution d'un code de priorité clinique n'était pas terminée. Elles étaient en attente depuis plus de 2 ans en moyenne.

91 Par ailleurs, un patient ne figurant pas sur la liste d'attente en orthopédie du CHUM peut facilement obtenir une consultation si un orthopédiste demande directement à la centrale de rendez-vous de l'ajouter à son horaire, et ce, sans qu'une demande de consultation soit formellement acheminée, outrepassant ainsi le processus de priorisation. Nous avons observé qu'en 2024, 127 patients ont obtenu une consultation en moyenne 11 jours après leur inscription dans le système informatique, et ce, sans qu'un code de priorité leur ait été attribué. Les orthopédistes concernés ont communiqué avec la centrale de rendez-vous par courriel et n'ont fourni aucune justification quant au traitement prioritaire de ces patients.

Absence de cibles visant à améliorer le respect des délais d'attente cibles et de reddition de comptes

92 Dans le cas des deux établissements audités, aucune reddition de comptes n'a été effectuée auprès des conseils d'administration concernant l'accès à une première consultation en médecine spécialisée. Pourtant, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le président-directeur général d'un établissement doit faire rapport au conseil d'administration¹⁹, au moins tous les trois mois, de l'efficacité du mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés, notamment au regard des délais d'attente pour les patients.

93 De plus, aucun des deux établissements n'a fixé de cible pour améliorer l'accès à une première consultation en médecine spécialisée. Comme mentionné au constat 1, le MSSS a fixé une cible visant à améliorer le respect des délais d'attente cibles et se base uniquement sur les données concernant les demandes sur les listes d'attente des CRDS pour en mesurer l'atteinte. Il n'y a aucune cible pour les listes d'attente des établissements.

19. Depuis l'adoption de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, le président-directeur général d'un établissement doit faire rapport au président et chef de la direction de Santé Québec.

L'information dont dispose le MSSS ne lui permet pas de prioriser adéquatement les besoins des établissements en matière d'effectifs médicaux en spécialité, ce qui nuit à une répartition équitable.

Qu'avons-nous constaté ?

94 Lors de l'exercice de planification des effectifs médicaux en spécialité pour la période 2021-2025²⁰, le MSSS devait établir la priorité des demandes d'ajout de poste des établissements. Toutefois, le MSSS a effectué cet exercice alors qu'il ne disposait pas d'un portrait complet des services médicaux spécialisés, notamment de ceux offerts dans les cabinets de médecins. Ce manque d'information nuit à l'exercice, qui vise une priorisation efficace des besoins, d'autant plus que dans certaines spécialités, une forte proportion des services sont rendus en cabinet.

95 De plus, pour réaliser cet exercice de planification, le MSSS possédait peu d'information sur les listes d'attente des établissements et aucune sur celles des cabinets. En effet, le MSSS a utilisé essentiellement les données concernant les listes d'attente des CRDS, de même que certaines informations fournies par les établissements sur leurs listes d'attente. Ces informations étaient toutefois différentes d'un établissement à l'autre.

96 Enfin, même si les postes sont autorisés, certains demeurent vacants pendant une longue période, ce qui fait que des établissements ont de la difficulté à offrir des services. L'un des mécanismes²¹ prévus pour favoriser la collaboration entre les établissements est la création de corridors de services. Toutefois, les corridors de services sont difficiles à établir et certains nécessitent des démarches auprès d'autres établissements pour chaque patient devant être transféré. Ils peuvent également être interrompus à tout moment.

20. La période couverte par cette planification se termine le 30 novembre 2025.

21. L'accord-cadre intervenu entre le MSSS et la FMSQ prévoit plusieurs mécanismes de collaboration pour rémunérer les médecins qui se déplacent afin d'aider des établissements en difficulté. Ces mécanismes n'ont pas fait l'objet de nos travaux, qui portent plutôt sur les corridors de services entre les établissements.

Pourquoi ce constat est-il important ?

97 L'objectif de la planification des effectifs médicaux en spécialité est de répartir équitablement les médecins spécialistes entre les établissements de la province en fonction des besoins prioritaires et de favoriser l'accès de la population de chaque région aux services médicaux spécialisés²².

98 Pour atteindre cet objectif de répartir équitablement les médecins spécialistes entre les établissements, le MSSS doit disposer d'un portrait de l'offre de services et de la demande par spécialité afin de pouvoir évaluer si tous les postes autorisés par le passé sont nécessaires pour répondre aux besoins actuels.

99 Il importe aussi que le MSSS prenne en compte les services offerts en dehors des établissements, parce que dans certaines spécialités, une forte proportion des consultations qui font suite à des demandes ayant transité par les CRDS sont réalisées dans des cabinets de médecins. Par exemple, dans la région de Montréal, entre le 1^{er} avril et le 16 novembre 2024, 84 % des consultations en dermatologie faisant suite à des demandes ayant transité par les CRDS ont été réalisées en cabinet. À cet effet, la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* est venue préciser la nécessité de prendre en compte les services offerts en dehors des établissements, puisque Santé Québec doit établir des plans territoriaux d'effectifs médicaux qui tiennent compte de cette réalité.

100 Des mécanismes de collaboration entre les établissements sont prévus pour soutenir ceux qui ont de la difficulté à répondre à la demande ou qui n'offrent pas de services dans une spécialité²³. L'un de ces mécanismes est la mise en place de corridors de services en fonction des missions des établissements. Ces corridors visent notamment à :

- favoriser la fluidité des transferts de patients entre les établissements ;
- soutenir les établissements qui desservent des territoires ayant une faible densité de population.

22. L'entente de principe conclue entre le MSSS et la FMSQ en novembre 2023 prévoit la possibilité de définir des activités médicales particulières pour les médecins spécialistes. Ainsi, le MSSS et la FMSQ devront déterminer conjointement les modalités d'application pour chaque spécialité afin de permettre aux médecins spécialistes qui pratiquent à l'extérieur des établissements de contribuer à répondre aux besoins de ces derniers. Au moment de nos travaux, il n'y avait pas d'activités médicales particulières, mais elles pourraient avoir une incidence sur la prestation de services en établissement et sur la planification des effectifs médicaux.

23. À la suite de l'adoption de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, les établissements ont été fusionnés à Santé Québec. Ils ne forment désormais qu'une seule entité. Ainsi, à la demande du conseil d'administration de Santé Québec, un établissement doit apporter sa contribution auprès des autres établissements de son territoire pour prévenir toute rupture de services.

Ce qui appuie notre constat

Peu d'information sur l'offre de services

Information manquante sur les services offerts dans les établissements

101 Dans le cadre de sa planification pour la période 2021-2025, le MSSS a prévu l'ajout de 669 postes de médecins spécialistes aux 9 965 déjà existants. Le nombre de demandes d'ajout de poste au PEM qu'il a reçues des établissements s'élevait toutefois à 1 535²⁴. Le MSSS a établi l'ordre de priorité des demandes reçues alors que l'information dont il disposait sur l'offre de services dans les établissements du réseau était incomplète. Les difficultés rencontrées en raison de ce manque d'information ont d'ailleurs été soulevées dans le cadre des travaux du Comité de gestion des effectifs médicaux en spécialité. Ce comité, composé de représentants du MSSS et de la FMSQ, formule notamment des recommandations sur la planification des effectifs médicaux. Au cours de ces travaux, les représentants de la FMSQ ont rappelé à quelques reprises qu'en l'absence d'information supplémentaire sur l'offre de services dans les établissements du réseau, il était difficile de classer les demandes des établissements par ordre de priorité.

102 En 2016, le MSSS avait amorcé une démarche de « portefeuilles d'établissements » qui devait servir à dresser un portrait des services médicaux spécialisés offerts dans les établissements ainsi que des différents corridors de services établis, et permettre aux établissements de proposer au MSSS des changements à apporter à leur offre de services. Ensuite, le MSSS devait approuver ou modifier l'offre de services des établissements du réseau, revoir la répartition des effectifs médicaux et établir l'ordre de priorité des demandes d'ajout de poste des établissements en fonction de leur offre de services révisée. Or, la démarche n'a pas été menée à terme.

Aucune information sur les services offerts dans les cabinets de médecins

103 Le MSSS ne dispose pas d'information sur l'offre de services des cabinets de médecins, qui varie d'une région à l'autre et d'une spécialité à l'autre. Ainsi, le MSSS a réalisé la planification des effectifs médicaux en spécialité pour la période 2021-2025 sans prendre en considération les services offerts en cabinet dans chaque région. Pourtant, le besoin de postes dans les établissements pourrait être différent si l'ensemble de l'offre de services était pris en considération. Voici des exemples, basés sur des données couvrant la période du 1^{er} avril au 16 novembre 2024, qui démontrent l'importance de prendre en compte les services offerts en cabinet par les médecins spécialistes lors de la répartition des effectifs médicaux.

Pratique en établissement

Un médecin participant au régime d'assurance maladie peut pratiquer en établissement s'il occupe un poste au PEM, sauf dans certaines situations, comme lors d'un remplacement temporaire.

Pratique en cabinet de médecins

Un médecin participant au régime d'assurance maladie, qu'il occupe un poste au PEM d'un établissement ou non, peut pratiquer en cabinet. Un médecin peut pratiquer exclusivement en cabinet.

24. Nous n'avons pas analysé les demandes d'ajout de poste transmises par les établissements pour déterminer si elles étaient justifiées ou non, ni la méthode pour établir la quantité de nouveaux postes aux PEM selon le nombre de médecins disponibles, lequel est établi notamment en fonction du nombre de nouveaux médecins formés.

Exemple en dermatologie

104 Dans la région de Montréal, plus de 24 % des consultations en dermatologie qui font suite à des demandes ayant transité par le CRDS ont été réalisées par des dermatologues qui exercent exclusivement en cabinet. La région compte 28 des 66 dermatologues (42 %) qui pratiquent exclusivement en cabinet au Québec. Quant aux dermatologues de la région de Montréal qui occupent un poste dans un établissement, ils ont réalisé en cabinet 60 % des consultations. En comparaison, en Outaouais, aucun dermatologue n'exerce exclusivement en cabinet. Ainsi, l'ensemble des consultations ont été réalisées par des dermatologues qui occupent un poste au PEM, soit 58 % en établissement et 42 % en cabinet.

Exemple en gynécologie

105 La région de Montréal compte 31 des 57 gynécologues (54 %) qui pratiquent exclusivement en cabinet au Québec. Dans cette région, 40 % des consultations en gynécologie qui font suite à des demandes ayant transité par le CRDS ont été réalisées par des gynécologues qui pratiquent exclusivement en cabinet, et 50 % ont été réalisées en cabinet par des gynécologues occupant un poste dans un établissement. En comparaison, la région de la Capitale-Nationale compte seulement deux gynécologues exerçant exclusivement en cabinet et ceux-ci n'ont réalisé aucune consultation relative à des demandes sur la liste d'attente du CRDS.

Peu d'information sur les demandes de consultation qui ne transitent pas par les CRDS

106 Le MSSS dispose de peu de données concernant les listes d'attente des établissements. Dans certaines situations, de l'information est transmise par les établissements au MSSS pour justifier les demandes d'ajout de poste au PEM. Toutefois, l'information fournie varie d'une demande et d'un établissement à l'autre, et est difficilement comparable. Par exemple, certains établissements fournissent des données sur les demandes en attente, d'autres sur les consultations réalisées, et d'autres encore sur différents indicateurs (ex. : augmentation de la population) permettant de justifier leurs besoins. Ainsi, l'information fournie ne permet pas au MSSS d'avoir une vision globale des besoins, sur une base comparable, pour classer les demandes d'ajout de poste par ordre de priorité. L'obtention d'information sur les listes d'attente des établissements de façon périodique permettrait au MSSS de cibler les établissements et les spécialités dont les services sont les plus difficiles d'accès.

107 Le MSSS ne possède pas non plus d'information concernant les demandes sur les listes d'attente des cabinets de médecins, même lorsqu'il s'agit de demandes pour des services couverts par le régime d'assurance maladie. La *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* prévoit la création de départements territoriaux de médecine spécialisée chargés d'élaborer l'organisation des services médicaux spécialisés offerts par les médecins sur leur territoire, y compris en cabinet, et de préciser les services nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Pour ce faire, de l'information sur les listes d'attente des cabinets devra être disponible. À l'été 2025, les départements territoriaux n'avaient pas encore été créés.

Difficulté à établir des corridors de services

CISSS de Lanaudière

108 Il existe deux types de corridors de services : formels et informels. Dans le cas d'un corridor de services formel, qui peut être d'une durée limitée, le transfert des patients est systématique et ne peut être refusé par l'établissement receveur sans une modification à l'entente. Les entrevues que nous avons menées auprès du CISSS de Lanaudière ont démontré que celui-ci a seulement deux corridors de services formels. Un corridor informel, quant à lui, nécessite que les médecins effectuent des démarches auprès d'autres établissements pour chaque patient devant être transféré. Ces derniers peuvent refuser les patients. Il n'existe pas de registre des tentatives pour établir un corridor de services ni des refus, ce qui ne permet pas de les quantifier. Voici des exemples qui illustrent les difficultés liées aux corridors de services.

Exemple en urologie

109 Le service d'urologie du CISSS de Lanaudière ne parvient pas à établir un corridor de services formel pour les cas urgents. Or, sur les sept postes autorisés en 2024 et les huit autorisés en 2025, un poste est vacant, un médecin est en congé de maternité, un autre est absent et un autre a des disponibilités limitées puisqu'il effectue une pratique minoritaire dans un autre établissement. Cette situation a occasionné une rupture de services d'une journée par semaine. Ainsi, en cas d'urgence, les médecins devaient communiquer avec d'autres établissements pour que le patient soit pris en charge. Selon le CISSS de Lanaudière, il y a des refus et les corridors de services ne fonctionnent pas.

Exemple en neurochirurgie

110 Le CISSS de Lanaudière n'a pas de service de neurochirurgie et aucun corridor de services formel n'a été établi avec un établissement d'une autre région. En cas d'urgence, le CISSS de Lanaudière doit effectuer des démarches pour trouver un autre établissement qui accepterait de prendre en charge le patient.

Corridor de services

Il s'agit d'une relation entre différents établissements qui permet de mieux répondre aux besoins de la population d'une région. Ce type de relation peut s'établir entre des établissements d'une même région ou de régions différentes.

Un corridor de services est formel lorsqu'une entente est signée entre deux établissements et il est informel s'il est établi sur une base historique ou selon les besoins d'un médecin.

Autres établissements

111 Les postes vacants sont nombreux dans les établissements du réseau, et la proportion de postes vacants par rapport à l'ensemble des postes autorisés a augmenté de 2010 à 2024. En 2010, 400 postes de médecins spécialistes étaient vacants, soit 4,8 % des postes autorisés. Ce nombre dépassait les 700 en 2024, ce qui équivalait à 6,6 % des postes autorisés. Les régions plus éloignées, comme l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord et la Gaspésie, sont confrontées à des enjeux de recrutement qui font que des postes restent parfois vacants pendant une longue période. Par exemple, de 2010 à 2024, 31 % des postes autorisés dans la région de la Côte-Nord étaient vacants en moyenne. Les mécanismes de collaboration qui pourraient pallier ces difficultés sont notamment les corridors de services. Voici des exemples de situations dans lesquelles le recours à un corridor de services aurait aidé à répondre à la demande.

Exemple en obstétrique-gynécologie au CISSS de la Côte-Nord

112 Au CISSS de la Côte-Nord, il y a huit postes autorisés en obstétrique-gynécologie²⁵, dont quatre à l'Hôpital de Sept-Îles. L'un de ces postes est vacant depuis 2024 et un autre l'est depuis 2025. En novembre 2024, selon les données du CRDS, les délais d'attente moyens pour les demandes de consultation en gynécologie de priorités C et D dans cette région dépassaient largement les délais cibles, car les patients attendent environ 300 jours. Selon l'information que nous avons obtenue, les longs délais s'expliquent en partie par les postes vacants. Le CISSS de la Côte-Nord n'a pas de corridor de services avec un autre établissement pour cette spécialité.

Exemple en dermatologie au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

113 Au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, sur les huit postes autorisés en dermatologie, cinq postes étaient vacants de 2020 à 2023, quatre en 2024 et trois en 2025. Depuis 2021, le CIUSSS de la Capitale-Nationale acceptait de prendre en charge les patients de la région de la Mauricie-et-Centre-du-Québec, mais il a cessé de le faire en janvier 2025 en raison de l'augmentation de la demande dans la région de la Capitale-Nationale et du recrutement de deux dermatologues au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Toutefois, des difficultés d'accès demeurent, car en 2024, les délais de prise en charge des demandes de priorités C, D et E au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec étaient parmi les plus longs au sein des CRDS. Le nombre de demandes en attente et en attente hors délais a également augmenté au cours des premiers mois de 2025. Le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec n'arrive pas à établir un nouveau corridor de services avec un autre établissement.

25. Les postes au PEM sont autorisés par spécialité et la gynécologie est incluse dans la spécialité obstétrique-gynécologie.

CONSTAT 5

Les établissements audités ne fixent pas d'attentes à l'égard de la disponibilité des médecins spécialistes qui occupent un poste et ne détiennent pas assez d'information pour en faire le suivi.

Qu'avons-nous constaté ?

114 Dans les règles de gestion des PEM en spécialité convenues entre le MSSS et la FMSQ, il est indiqué qu'au moment du recrutement d'un médecin spécialiste, l'établissement doit lui faire part de ses attentes. D'ailleurs, un modèle de lettre d'engagement entre établissement et médecin est annexé aux règles de gestion et prévoit que des attentes en matière de disponibilité (ex. : nombre de semaines de disponibilité de travail, temps consacré aux activités cliniques, à l'enseignement et à la recherche) doivent être incluses. Or, dans le cas des deux établissements audités, ces attentes ne sont pas précisées. Il est également indiqué dans les règles de gestion des PEM que la notion d'équivalent temps complet correspond à 42 semaines de disponibilité par année²⁶. En réalité, le nombre de semaines de disponibilité des médecins est souvent moindre, notamment en dermatologie où les écarts sont plus importants, et ne fait pas l'objet d'un suivi de la part des directeurs des services professionnels en raison d'un manque d'information.

115 Par ailleurs, lorsque les établissements disposent de certaines informations leur permettant de savoir que la pratique d'un médecin est insuffisante pour répondre à leurs besoins, ils interviennent peu. Par exemple, au sein des établissements et des spécialités ayant fait l'objet de nos travaux, deux médecins sont non participants au régime d'assurance maladie et n'exercent plus dans le réseau. Les établissements concernés sont au courant de la situation et ont tout de même renouvelé les privilèges de pratique de ces médecins.

Privilèges de pratique

Il s'agit de privilèges accordés aux médecins spécialistes au moment de leur recrutement au sein d'un établissement. Ces privilèges déterminent la nature des activités médicales qu'ils peuvent y exercer et sont renouvelés à intervalle régulier.

26. Des congés de ressourcement (ex. : activités d'apprentissage, stages de formation) d'un maximum de huit demi-journées par année sont inclus.

Pourquoi ce constat est-il important ?

116 Lors du recrutement d'un médecin spécialiste, des privilèges de pratique lui sont accordés et des obligations rattachées à ces privilèges sont établies. D'ailleurs, des attentes en matière de disponibilité doivent être signifiées au médecin, comme le prévoit le modèle de lettre d'engagement convenu entre le MSSS et la FMSQ.

117 Le MSSS et la FMSQ ont aussi convenu de règles pour encadrer la gestion des effectifs médicaux. Pour leur part, les établissements ont la possibilité d'adapter les obligations des médecins spécialistes pour que l'offre de services de ces derniers réponde aux besoins. Ainsi, il est important que les établissements, par l'entremise de leur directeur des services professionnels respectif, disposent de l'information et des leviers nécessaires pour inciter au respect des différentes règles et obligations.

Ce qui appuie notre constat

Absence de mise à jour des règlements des établissements

118 Au CISSS de Lanaudière et au CHUM, les règlements de département dans les spécialités auditées n'ont pas été révisés depuis de nombreuses années, bien que la presque totalité d'entre eux prévoient une mise à jour tous les trois ou quatre ans. Par exemple, au CHUM, dans deux des spécialités auditées, les règlements de département en vigueur datent de 2003. Des projets de mise à jour ont été préparés en vue d'être adoptés en 2023, soit 20 ans plus tard, mais n'étaient pas encore approuvés au moment de nos travaux. L'un des projets de règlement en attente d'approbation prévoit notamment l'ajout de modalités pour encadrer les absences prolongées et les fins de carrière qui ont des répercussions sur l'offre de services de l'établissement. Il est à noter que, selon les modalités de fin de carrière prévues dans les règles de gestion des PEM en spécialité, le poste d'un médecin ne peut être libéré que s'il accepte de signer un contrat, et ce, même s'il a déjà réduit considérablement ses activités cliniques. D'ailleurs, nous avons observé que certains médecins ont réduit leurs activités cliniques sans avoir signé de contrat de fin de carrière.

119 Au CISSS de Lanaudière, un règlement prévoit que les services qui comptent au moins deux médecins doivent mettre en place un système de garde. Au Centre hospitalier régional de Lanaudière, cette règle n'est pas respectée par le service de dermatologie puisqu'aucune garde n'est effectuée par les trois dermatologues y occupant un poste. Considérant la charge de travail que la garde représenterait pour un si petit nombre de médecins, l'établissement accepte cette situation, mais n'a pas apporté de modification à cet effet dans le règlement.

Absence d'attentes à l'égard de la disponibilité des médecins et peu d'information pour en faire le suivi

120 Dans les établissements audités, les privilèges de pratique accordés aux médecins spécialistes ne sont pas accompagnés d'attentes en matière de disponibilité (ex. : nombre de semaines de disponibilité de travail, temps consacré aux activités cliniques, à l'enseignement et à la recherche), même s'il s'agit de l'un des éléments qui apparaissent dans le modèle de lettre d'engagement convenu entre le MSSS et la FMSQ. Ces attentes ne figurent pas non plus dans la résolution des conseils d'administration lorsqu'ils acceptent la demande de nomination d'un médecin spécialiste.

121 Étant donné que les établissements audités n'ont pas convenu d'attentes en matière de disponibilité avec les médecins spécialistes qui y occupent un poste, nous avons utilisé la notion d'équivalent temps complet prévue dans les règles de gestion des PEM en spécialité, qui correspond à 42 semaines de disponibilité de travail par année, afin d'évaluer la disponibilité des médecins spécialistes dans leur établissement. Il est à noter que les directeurs des services professionnels n'ont pas l'information nécessaire pour faire ce suivi.

122 Notre analyse des données de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a révélé qu'en dermatologie, le nombre moyen de semaines de disponibilité des médecins spécialistes dans l'établissement où ils occupent un poste est bien inférieur à 42. Pour ce qui est des deux autres spécialités, soit l'obstétrique-gynécologie et l'orthopédie, peu d'écarts sont observés. Des données sur le nombre moyen de jours par semaine consacrés à des activités cliniques par les médecins spécialistes sont présentées dans la section Renseignements additionnels. Il est à noter qu'une plus faible disponibilité des médecins dans leur établissement principal, soit celui où ils occupent un poste, ne signifie pas nécessairement que moins de services sont offerts à la population, puisqu'ils peuvent exercer en cabinet ou dans un autre établissement du réseau.

123 Voici les écarts que nous avons observés en dermatologie pour l'année 2023 :

- Au CHUM, 17 postes étaient occupés²⁷, mais le nombre de semaines d'activités cliniques des médecins correspondait plutôt à 13,5 postes.
- Au CISSS de Lanaudière, 6 postes étaient occupés²⁸, mais le nombre de semaines d'activités cliniques des médecins correspondait plutôt à 3,9 postes.

124 Bien qu'il y ait des difficultés d'accès aux services médicaux spécialisés dans les établissements audités (voir constat 3), les directeurs des services professionnels n'ont pas l'information nécessaire pour déterminer si la pratique en dehors de l'établissement principal nuit à l'offre de services des médecins spécialistes dans celui-ci et pour intervenir si nécessaire. Cette information sur l'offre de services des médecins serait également nécessaire pour l'exercice de planification des effectifs médicaux en spécialité (voir constat 4). Notre estimation nous a permis d'observer que les médecins spécialistes qui occupent un poste au CISSS de Lanaudière ou au CHUM, surtout en dermatologie, effectuent une partie de leur pratique en dehors de leur établissement principal (tableau 7).

27. Au total, 20 postes étaient autorisés. Nous avons exclu les médecins en absence prolongée (ex. : congé de maternité).

28. Au total, sept postes étaient autorisés.

TABLEAU 7 Répartition des activités cliniques¹ facturées à la RAMQ selon le lieu de pratique en 2023

	Spécialité	Nombre de médecins ²	Établissement principal	Autres établissements du réseau ³	Cabinets de médecins
			%	%	%
CHUM	Dermatologie	19	44	8	48
	Obstétrique-gynécologie	24	89	1	10
	Orthopédie	9	90	5	5
CISSS de Lanaudière (Hôpital Pierre-Le Gardeur)	Dermatologie	5	15	0	85
	Obstétrique-gynécologie	10	89	0	11
	Orthopédie	5	99	0	1
CISSS de Lanaudière (Centre hospitalier régional de Lanaudière)	Dermatologie	4	27	4	69
	Obstétrique-gynécologie	8	80	1	19
	Orthopédie	6	97	0	3

1. Les autres activités des médecins, comme la recherche et l'enseignement en milieu universitaire, n'ont pas été prises en compte. La proportion est établie selon la rémunération versée pour les activités cliniques effectuées par lieu de pratique.
2. Les médecins n'ayant pas facturé d'actes médicaux dans leur établissement principal (ex. : absence toute l'année, pratique en cabinet ou en clinique privée exclusivement) n'ont pas été pris en compte. Pour chaque médecin, seule la période où le poste au PEM était occupé a été considérée dans le calcul.
3. Il s'agit des établissements dans lesquels les médecins ont effectué notamment une pratique minoritaire.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS et de la RAMQ.

125 Plus d'information sur certains lieux de pratique des médecins spécialistes ainsi que des explications sur les enjeux qui leur sont associés sont fournies dans les paragraphes qui suivent.

Pratique minoritaire dans d'autres établissements

126 Les règles de gestion des PEM en spécialité prévoient les modalités de la pratique minoritaire dans un ou plusieurs établissements. Les directeurs des services professionnels doivent être informés de la demande de pratique minoritaire des médecins, mais ne sont toutefois pas en mesure d'évaluer quel pourcentage de leurs activités cliniques ceux-ci effectuent dans d'autres établissements en raison du manque d'information à cet égard. Pourtant, même si la pratique dans l'établissement principal devrait être majoritaire par rapport à celle dans d'autres établissements, la pratique minoritaire de certains médecins représente une portion importante de leurs activités cliniques, ce qui réduit leur disponibilité dans l'établissement où ils occupent un poste. Par exemple, en 2023, 10 médecins qui occupaient un poste au CHUM ou au CISSS de Lanaudière ont pratiqué de façon régulière dans un autre établissement. Or, seulement 4 de ces médecins avaient reçu l'autorisation d'effectuer une pratique minoritaire, dont 1 qui y a consacré 41 % de ses activités cliniques. Quant aux 6 autres médecins, aucune pratique minoritaire n'a été autorisée, mais 4 d'entre eux ont effectué 26 % à 59 % de leurs activités dans un autre établissement.

127 De plus, un médecin spécialiste qui effectue une pratique minoritaire dans un autre établissement peut être appelé par l'établissement dans lequel il occupe un poste à fournir des services supplémentaires lors d'un changement dans les besoins de celui-ci. Toutefois, les établissements disposent de peu de leviers, car la contribution supplémentaire des médecins est volontaire.

Pratique en cabinet

128 Les dermatologues exercent beaucoup en cabinet, notamment parce que plusieurs consultations ne requièrent pas le plateau technique d'un centre hospitalier et parce qu'il leur est possible d'y offrir, en plus des services couverts par le régime d'assurance maladie, des services non médicalement requis (ex. : interventions esthétiques, traitement et élimination de lésions bénignes). Or, bien que certains services spécialisés puissent être offerts autant en cabinet qu'en établissement, il existe des difficultés d'accès aux services médicaux spécialisés dans les établissements audités (voir constat 3).

Peu d'interventions pour minimiser l'impact de la pratique au privé sur la disponibilité des médecins

129 Les médecins spécialistes peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance maladie du Québec pour pratiquer au privé²⁹. Pendant la période de non-participation, ils ne peuvent offrir des services dans le réseau. Nous avons observé que des médecins spécialistes non participants au régime continuent d'occuper un poste dans un établissement même s'ils n'y rendent plus de services. En effet, notre analyse de données obtenues de la RAMQ concernant les établissements et les spécialités audités révèle que deux médecins spécialistes non participants depuis 2016 et 2022 respectivement occupent toujours un poste et ont même vu leurs privilèges de pratique renouvelés en 2023 jusqu'en 2025. Au moment du renouvellement, il n'y avait aucun poste vacant au sein de leur établissement respectif dans leur spécialité. Les établissements étaient au courant de la situation et ont conservé les privilèges de pratique de ces médecins.

130 Or, la non-participation de médecins spécialistes au régime d'assurance maladie du Québec a des conséquences sur l'offre de services des établissements où ils occupent un poste puisqu'ils n'y pratiquent pas et que le recrutement d'autres médecins n'est pas possible. Par exemple, pendant leur absence, ils ne contribuent pas à réduire le nombre de patients sur les listes d'attente. D'ailleurs, au 30 novembre 2024, l'un des deux médecins mentionnés dans le paragraphe précédent avait toujours plusieurs patients attitrés sur la liste d'attente de l'établissement, et ceux-ci n'étaient pas pris en charge par un autre médecin.

131 Nous avons également analysé les données de la RAMQ en prenant en compte l'ensemble des établissements. Entre le 1^{er} décembre 2020 et le 30 novembre 2024, 212 médecins spécialistes qui occupaient un poste dans un établissement ont déclaré une période de non-participation au régime d'assurance maladie. Plus de détails à ce sujet sont présentés dans la section Renseignements additionnels.

29. Depuis l'adoption de la *Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux* en avril 2025, les demandes de non-participation doivent être autorisées par Santé Québec, qui base sa décision sur différents critères, comme l'absence de répercussions sur les patients de la région du médecin ayant fait la demande.

RECOMMANDATIONS

132 Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux et de Santé Québec. Celles-ci sont présentées ci-dessous.

Recommandation au ministère de la Santé et des Services sociaux

- 1 S'assurer d'avoir un portrait complet des demandes pour une première consultation en médecine spécialisée et des délais d'attente pour obtenir les services, et ce, afin d'évaluer la performance du réseau de la santé et des services sociaux et d'en rendre compte.

Recommandations à Santé Québec

- 2 Mettre en place des mesures favorisant le respect des délais d'attente cibles pour la prise en charge des demandes pour une première consultation et l'atteinte des objectifs stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux à cet égard, et soutenir les mesures qui sont efficaces.
- 3 Revoir la responsabilité des établissements à l'égard de l'atteinte des cibles en matière d'accès aux services médicaux spécialisés.
- 4 S'assurer de la mise en place de mécanismes de gestion des listes d'attente des établissements permettant de rendre l'accès aux services médicaux spécialisés plus cohérent, peu importe la provenance des demandes de consultation.
- 5 Dresser un portrait complet de l'offre et de la demande en services médicaux spécialisés, incluant ceux dans les cabinets de médecins, afin de réaliser la planification des effectifs médicaux.
- 6 Mettre en place des corridors de services plus efficaces permettant la collaboration entre les établissements, et veiller à leur application.
- 7 S'assurer que des attentes en matière de disponibilité sont établies pour tous les médecins spécialistes occupant un poste au plan d'effectifs médicaux d'un établissement.
- 8 Obtenir l'information nécessaire pour réaliser le suivi du respect des obligations des médecins spécialistes, comme celle de respecter les règlements de département.

COMMENTAIRES DES ENTITÉS AUDITÉES

Les entités auditées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits ci-après. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes nos recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pris connaissance avec intérêt du rapport du Vérificateur général du Québec (VGQ). Le MSSS a pris acte des cinq constats formulés dans le rapport et plusieurs des observations à la base de ces constats sont partagées par le MSSS. Celui-ci reconnaît notamment que l'information actuellement disponible au MSSS sur les délais d'accès aux services spécialisés demeure incomplète. Comme mentionné, les données provenant des centres de répartition des demandes de services (CRDS) ne couvrent qu'une partie des listes d'attente.

« Le MSSS tient toutefois à mentionner que la mise en place des CRDS a permis d'avoir un portrait significatif des enjeux d'accès à la médecine spécialisée dans les régions du Québec. Cette information, bien que partielle, a permis de prendre connaissance de l'attente pour une première consultation en spécialité et de déployer des actions pour en améliorer l'accès, notamment le déploiement des projets de trajectoires alternatives, le déploiement du conseil numérique, ainsi que la révision des formulaires CRDS intégrant désormais des algorithmes décisionnels.

« Malgré ces avancées, des efforts supplémentaires demeurent nécessaires pour améliorer tant la qualité de l'information sur les délais d'attente que l'accès aux services spécialisés. À cet égard, des travaux sont en cours, sous la coordination du MSSS. Le MSSS prépare par ailleurs une politique sur l'accès aux services spécialisés, dont l'un des objectifs clés est d'assurer l'intégration de toutes les demandes d'accès en médecine spécialisée au sein d'un mécanisme unique et cohérent. La mise en œuvre de cette orientation permettra d'obtenir un meilleur portrait de l'accès aux services et de mieux soutenir la planification de la répartition des effectifs médicaux sur le territoire.

« Le MSSS est conscient que des efforts importants restent à accomplir, comme le souligne le rapport du VGQ. À cet effet, la collaboration des médecins spécialistes et des médecins de famille demeure essentielle afin d'assurer une prise en charge collective et équitable des patients en attente de services spécialisés.

« Comme le mentionne le rapport, certains leviers organisationnels dans les établissements doivent être mieux exploités pour s'assurer du respect des obligations des médecins spécialistes. Les leviers mentionnés sont pertinents, mais ont une portée d'application limitée et ne peuvent répondre à eux seuls à l'enjeu de l'offre en médecine spécialisée au Québec.

« Enfin, le MSSS prend acte de la recommandation formulée par le VGQ concernant l'accès aux services spécialisés et s'engage à y donner suite dans le cadre de son plan d'action. »

Commentaires de Santé Québec

« Santé Québec est une société d'État chargée de coordonner les opérations du réseau de la santé et des services sociaux québécois. La mission de Santé Québec est d'offrir des soins et services accessibles, de qualité, par l'entremise d'établissements publics, de coordonner et de soutenir l'activité des établissements privés, et de s'occuper des opérations et de l'efficacité des activités du réseau afin de répondre aux besoins de la population. Le réseau regroupe maintenant plus de 347 000 employés répartis dans 30 établissements sur tout le territoire québécois.

« Conformément à son rôle visant à soutenir les opérations du réseau de la santé et des services sociaux, Santé Québec reconnaît la pertinence des 5 grands constats du rapport du Vérificateur général du Québec (VGQ). En ce sens, elle s'engage à poursuivre et à intensifier la mise en œuvre des solutions concrètes pour améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés.

« Parmi les leviers d'amélioration et de transformation qui s'offrent à notre organisation, le Plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec constitue une assise forte pour rehausser l'accès aux soins et services médicaux spécialisés. Ce plan introduit 4 orientations structurantes pour guider nos actions : *une santé plus accessible, un parcours plus fluide, une organisation plus humaine ainsi que des façons de faire plus performantes*. Il intègre 12 chantiers de transformation cohérents aux objectifs stratégiques afin d'améliorer des pratiques, dont l'un porte spécifiquement sur *l'accès aux soins et services spécialisés*. Ce chantier comporte des initiatives portant sur l'optimisation des processus d'accès aux centres de répartition des demandes de services (CRDS). Ces travaux se veulent une réponse concrète et adaptée pour un accès équitable et performant afin d'offrir des services en temps opportun. On y retrouve des solutions directement liées aux constats émis par le VGQ. Les équipes de Santé Québec sont en action pour rehausser la performance de l'accès à ces services.

« La vision qui nous anime est appuyée sur des soins spécialisés selon la pertinence clinique, la qualité et la valeur ajoutée pour les usagers. Les défis soulevés dans l'audit de performance rejoignent nos objectifs prioritaires. Nous agissons notamment pour :

- réduire les délais de la première consultation ;
- intégrer l'ensemble des demandes telles que les premières consultations actuellement hors CRDS (estimées à 80 %) ;
- maximiser l'offre médicale en CRDS ;
- optimiser la réorganisation de la gestion des listes d'attente par une gestion basée sur des indicateurs ;
- instaurer des références, en CRDS, fondées sur la pertinence clinique par des outils améliorés d'aide à la décision offerts aux demandeurs en première ligne ;
- instaurer une priorisation clinique basée sur des systèmes interconnectés soutenant la priorisation et la téléconsultation lorsque possible.

« L'avantage Santé Québec : harmonisation et optimisation des procédés de gestion de l'accès aux services médicaux spécialisés

« La création de Santé Québec permet dorénavant une vision d'ensemble et une gestion coordonnée de l'accès aux services spécialisés entre ses établissements. L'actualisation de nos chantiers de transformation permettra d'atteindre, à terme, les objectifs fixés avec les établissements du réseau.

« Parmi les travaux en cours, Santé Québec s'affaire à opérationnaliser, avec les 15 CRDS, différentes avenues permettant d'obtenir une information consolidée sur les listes d'attente afin de créer une vision intégrée des besoins d'accès aux services spécialisés. Cette vision globale de l'attente entre les CRDS permettra d'améliorer l'efficacité de l'offre de service et d'offrir une meilleure traçabilité des demandes et le soutien administratif nécessaire à la gestion de l'accès. Nous collaborons notamment avec les associations de spécialités médicales en priorisant celles dont les délais d'attente sont les plus élevés (ex. : dermatologie, gastroentérologie, oto-rhino-laryngologie, gynécologie, immunologie, chirurgie plastique). Des interventions ciblées sont également en cours pour favoriser l'adhésion aux CRDS. Aussi, l'intégration d'outils numériques soutenant l'accès et la pertinence clinique s'inscrivent dans notre stratégie d'optimisation du continuum de services. Ces éléments soutiendront autant les demandeurs en première ligne (omnipraticiens, infirmières praticiennes spécialisées) que les autres demandeurs en milieu hospitalier (médecins spécialistes et omnipraticiens intrahospitaliers). Ils favoriseront une orientation plus appropriée des patients vers les ressources répondant à leurs besoins en visant une équité d'accès interrégionale accrue.

« La Loi visant à augmenter l'offre de service de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre facilitera l'accès aux données cliniques et administratives pour la planification des effectifs. De plus, elle permettra la transmission de certains renseignements de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ce qui devrait renforcer la capacité du réseau à documenter l'offre réelle de service et à ajuster l'organisation des soins spécialisés en conséquence.

« Pour répondre aux constats visant à consolider un meilleur accès en médecine spécialisée, nous travaillons actuellement avec les établissements au déploiement des actions précédemment soulevées. Nous serons en mesure d'assurer un suivi rigoureux de l'implantation des mesures correctrices liées aux constats soulevés dans le rapport du VGQ au sein des établissements audités et de soutenir ces derniers au besoin.

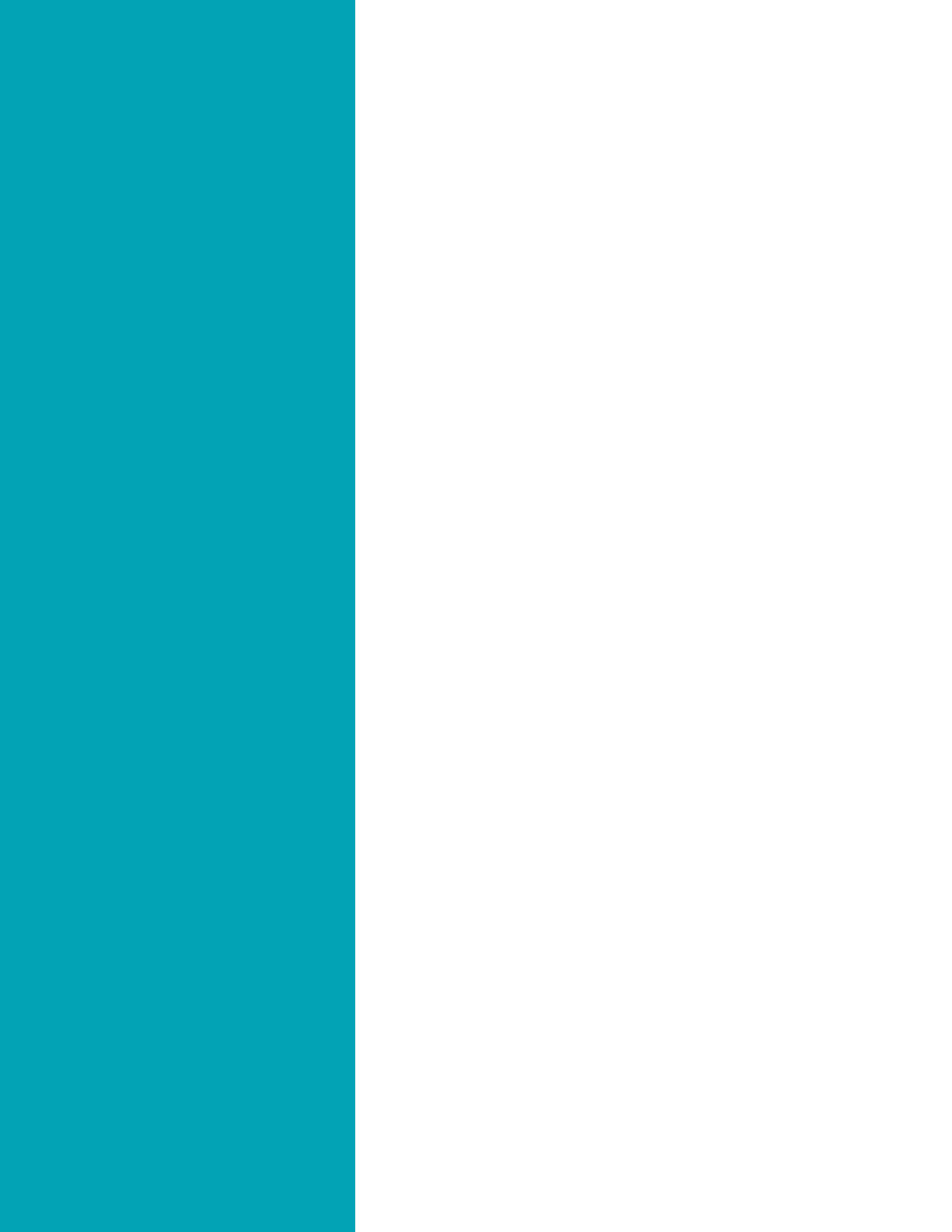
« Des établissements mobilisés à donner une suite concrète aux constats du VGQ

« À la suite des travaux du VGQ, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal a revu ses règlements de département, qui ont été adoptés récemment. La contribution de chaque médecin y est définie afin d'assurer la couverture complète des soins ainsi que des missions d'enseignement et de recherche. Cette contribution sera suivie régulièrement par les chefs de service, avec un encadrement formel et des ajustements au besoin.

« Pour ce qui est du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière, les efforts pour corriger la situation viseront prioritairement à :

- réviser les ententes signées avec les médecins spécialistes lors de l'octroi de privilèges et à assurer la précision des attentes et le respect des règlements de département ;
- revoir le système de priorisation et de liste d'attente (intra et extrahospitalier) dans le but de centraliser les données et d'assurer un traitement efficace et équitable des priorités.

« L'interopérabilité des systèmes d'information représente cependant un défi important à relever. L'implication d'infirmières praticiennes spécialisées pour les priorités D et E et la réduction des chirurgies hors délais seront envisagées, de même que la formalisation de corridors et d'ententes de services avec des établissements partenaires, permettant ainsi d'établir des cibles de réduction de l'attente. Ces cibles seront suivies en salle de pilotage au comité de direction de Santé Québec. Certaines de ces actions devront être réalisées en concertation avec les établissements de Laval et des Laurentides, puisque le CRDS dessert ces deux régions et est sous la responsabilité du CISSS des Laurentides. »



RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Objectif de l'audit et portée des travaux

Rôles et responsabilités des entités

Présentation des 15 CRDS

Exemples de raisons de consultation de priorité E
tirés des formulaires harmonisés

Certaines mesures prises relativement à l'accès
aux services médicaux spécialisés

Spécialités médicales au Québec

Portrait des premières consultations réalisées
dans les établissements audités et proportion
d'entre elles réalisées hors délais

Nombre moyen de jours par semaine consacrés
aux activités cliniques par les médecins spécialistes

Non-participation des médecins spécialistes
au régime d'assurance maladie du Québec



Objectif de l'audit et portée des travaux

Objectif de l'audit

Le présent rapport de mission d'audit indépendant fait partie du tome de novembre 2025 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2025-2026*.

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission d'audit. Pour ce faire, il a recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder sa conclusion et pour obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

Son évaluation est basée sur les critères qu'il a jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Objectif de l'audit	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS et les établissements de Santé Québec ¹ audités prennent les moyens nécessaires pour assurer l'accès aux services médicaux spécialisés.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les établissements audités déterminent les obligations des médecins spécialistes et s'assurent de les faire respecter. ■ Le processus de gestion des effectifs médicaux est efficace. ■ Le MSSS et les établissements audités prennent des moyens suffisants pour assurer une couverture adéquate de leur offre de services en services médicaux spécialisés.

1. Plusieurs responsabilités du MSSS ont été transférées à Santé Québec le 1^{er} décembre 2024. À cette même date, les CISSS, les CIUSSS et les établissements non fusionnés sont devenus des établissements de Santé Québec.

Les travaux d'audit de performance dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les Normes canadiennes de missions de certification (NCCM) présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*, notamment la norme sur les missions d'appréciation directe (NCCM 3001).

De plus, le Vérificateur général applique la Norme canadienne de gestion de la qualité 1. Ainsi, il maintient un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques et des procédures documentées en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables. Au cours de ses travaux, le Vérificateur général s'est conformé aux règles sur l'indépendance et aux autres règles de déontologie prévues dans son code de déontologie.

Portée des travaux

Le présent rapport a été achevé le 17 novembre 2025. L'audit porte sur les moyens pris par le MSSS et les établissements de Santé Québec audités pour assurer l'accès aux services médicaux spécialisés. Nous avons toutefois exclu de nos travaux :

- l'évaluation des décisions cliniques des médecins spécialistes ;
- les consultations de suivi ;
- les admissions en médecine spécialisée ;
- les délais d'attente pour une chirurgie ;
- la gestion des salles d'opération ;
- les services médicaux spécialisés offerts au privé ;
- les ententes de rémunération des médecins spécialistes.

Nous avons également exclu de nos travaux la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James ainsi que le Centre local de services communautaires Naskapi.

Pour mener nos travaux à terme, nous avons effectué des entrevues auprès de gestionnaires, de médecins et de membres du personnel des entités auditées et nous avons eu des échanges avec plusieurs parties prenantes, dont des membres du personnel d'établissements autres que ceux audités. De plus, nous avons analysé divers documents ainsi que des données provenant de différents systèmes d'information.

Nos analyses se sont concentrées sur 10 spécialités pour lesquelles le nombre de demandes de consultation en attente hors délais était important, soit les suivantes :

- chirurgie plastique ;
- dermatologie ;
- gastroentérologie ;
- gynécologie ;
- immunologie ;
- neurologie ;
- ophtalmologie ;
- orthopédie ;
- oto-rhino-laryngologie ;
- physiothérapie.

Trois de ces spécialités, soit la dermatologie, la gynécologie et l'orthopédie, ont fait l'objet de travaux plus détaillés dans les deux établissements audités.

Nos travaux se sont déroulés principalement de juin 2024 à juin 2025. La période couverte par nos travaux s'étend d'avril 2021 à mars 2025. Toutefois, certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période. Même si les résultats de notre audit ne peuvent être extrapolés, ils donnent des indications sur les bonnes pratiques et les éléments que les établissements de Santé Québec doivent prendre en compte.

Rôles et responsabilités des entités

La *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, sanctionnée en décembre 2023, a instauré un nouveau cadre de gouvernance qui a mené à la création de Santé Québec. Cette entité, distincte du MSSS, a pour mission d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions du Québec. Elle coordonne et soutient également l'offre de services par des prestataires privés, applique certaines réglementations prévues par la loi, et met en œuvre les orientations, cibles et standards déterminés par le MSSS. En vertu de cette loi, les CISSS, les CIUSSS et les établissements non fusionnés sont devenus des établissements de Santé Québec, et certaines de leurs responsabilités ont été modifiées ou transférées.

L'entrée en vigueur de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* a occasionné plusieurs changements terminologiques. Les termes pertinents dans le cadre de notre audit qui ont changé par rapport à ceux employés dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* sont présentés ci-après.

Termes employés dans la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>	Termes employés dans la <i>Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux</i>
Centres intégrés de santé et de services sociaux et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux	Établissements territoriaux
Établissements non fusionnés	Établissements autres que territoriaux
Mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés des départements cliniques	Gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés des départements cliniques
Conseil d'administration	Conseil d'administration de Santé Québec Conseil d'administration d'établissement
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes
Directeur des services professionnels	Directeur médical et des services professionnels

Les principales responsabilités pertinentes dans le cadre de notre audit, telles qu'elles sont définies dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, sont présentées ci-après.

Responsabilités générales

	Responsables avant la création de Santé Québec	Responsables depuis le 1^{er} décembre 2024
Déterminer les orientations et les indicateurs de performance relatifs aux standards d'accès, notamment aux services médicaux spécialisés, et veiller à leur application	MSSS	MSSS
Mettre en œuvre les orientations, les cibles et les standards déterminés par le MSSS, notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation de services de santé et de services sociaux	CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés	Santé Québec
Mettre en place des mécanismes d'accès aux services de santé, notamment aux services médicaux spécialisés	CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés	Santé Québec

Responsabilités liées au mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés

	Responsables avant la création de Santé Québec	Responsables depuis le 1^{er} décembre 2024
Prendre toute mesure nécessaire pour que des mécanismes particuliers soient mis en place pour rendre le service visé accessible à l'intérieur du délai qu'il juge raisonnable	MSSS	Président et chef de la direction de Santé Québec
Prévoir les règles à suivre pour inscrire un patient sur la liste d'accès aux services médicaux spécialisés et identifier le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés	CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés	Président-directeur général de chaque établissement
Assurer l'accessibilité aux services de l'établissement sur le territoire sous sa responsabilité	Conseil d'administration de chaque établissement	Président-directeur général de chaque établissement
Faire rapport au président et chef de la direction de Santé Québec (anciennement au conseil d'administration de l'établissement), au moins tous les trois mois, de l'efficacité du mécanisme, notamment au regard du temps d'attente pour les patients	Président-directeur général de chaque établissement ¹	Président-directeur général de chaque établissement
S'assurer que les chefs de département voient au respect et à la bonne mise en œuvre des règles établies sur la gestion de l'accès	Responsable de la gestion de l'accès de chaque établissement	Responsable de la gestion de l'accès de chaque établissement
S'assurer, dans son département, du respect et de la bonne mise en œuvre des règles établies sur la gestion de l'accès	Chefs de département clinique de chaque établissement	Chefs de département clinique de chaque établissement

1. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* fait référence au directeur général de chaque établissement et l'article 50 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* fait référence au président-directeur général de chaque établissement.

Responsabilités liées à la planification des effectifs médicaux en spécialité et à l'organisation des services

	Responsables avant la création de Santé Québec	Responsables depuis le 1^{er} décembre 2024
Élaborer un PEM pour son établissement avec le nombre de médecins spécialistes par spécialité et la répartition dans chaque installation	CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés	Président-directeur général de chaque établissement
Approuver les PEM soumis par les établissements	MSSS	Président et chef de la direction de Santé Québec
Établir le plan territorial des effectifs médicaux de chaque territoire à partir des PEM soumis par les établissements	-	Santé Québec
Approuver le plan territorial des effectifs médicaux avec ou sans modification	-	MSSS
Élaborer l'organisation des services médicaux offerts par les médecins qui font partie du territoire	CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés	Départements territoriaux de médecine spécialisée
Recommander les activités médicales particulières des médecins spécialistes	-	Départements territoriaux de médecine spécialisée
Établir les corridors de services en considérant les propositions du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux ¹	CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés	Établissements territoriaux et autres que territoriaux
Contribuer à l'offre de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux, apporter sa contribution auprès des autres établissements du territoire pour éviter toute rupture de services et offrir des services généraux et spécialisés aux établissements du territoire sur lequel il se trouve ²	Chaque établissement membre d'un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux	Chaque établissement désigné institut universitaire, centre hospitalier universitaire ou centre affilié universitaire membre d'un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux

1. Un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux contribue à l'amélioration de la qualité, de la pertinence, de l'accessibilité et de l'organisation des soins de santé et des services sociaux, notamment en favorisant la collaboration entre les établissements de son territoire, en accord avec les missions de chacun pour assurer à l'ensemble de la population une offre de soins hiérarchisée en fonction de l'organisation des soins et des services.

2. Les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux sont des territoires de référence au MSSS. Les membres d'un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux sont les établissements ayant des installations sur le territoire de ce réseau. Au nombre de quatre, ces réseaux sont respectivement rattachés aux universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke.

Responsabilités liées à la nomination, au renouvellement des privilèges de pratique et aux règlements applicables

	Responsables avant la création de Santé Québec	Responsables depuis le 1^{er} décembre 2024
Nominations, règlements, privilèges de pratique et obligations		
Nommer les médecins, leur attribuer un statut, des privilèges et des obligations ¹ , et procéder à leur renouvellement	Conseil d'administration de chaque établissement	Président-directeur général de chaque établissement
Recommander les règles d'utilisation des ressources	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes
Diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique	Directeur des services professionnels de chaque établissement	Directeur médical et des services professionnels de chaque établissement
Élaborer les règles de fonctionnement du département	Chefs de département clinique de chaque établissement	Chefs de département clinique de chaque établissement
Élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité des professionnels faisant partie du département	Chefs de département clinique de chaque établissement	Chefs de département clinique de chaque établissement
Exercer à l'égard du service les mêmes fonctions que le chef de département exerce à l'égard du département, et ne pas élaborer de règles contradictoires	–	Chefs de service de chaque établissement
Prendre des mesures disciplinaires ² à l'égard des médecins qui vont de la réprimande à la révocation des privilèges	Conseil d'administration de chaque établissement	Président-directeur général ³ , directeur médical et des services professionnels et chefs de département de chaque établissement
Appliquer les sanctions administratives prévues dans les règles d'utilisation des ressources	Directeur des services professionnels de chaque établissement	Directeur médical et des services professionnels de chaque établissement

1. Ces obligations doivent être établies clairement et avoir pour but d'assurer la participation des médecins aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services.

2. Une mesure disciplinaire doit être motivée uniquement par le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite, l'inobservation des règlements de l'établissement ou le non-respect des obligations. Des dispositions semblables se trouvent dans la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*.

3. Selon la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, le président-directeur général est le seul à pouvoir révoquer les privilèges d'un médecin.

	Responsables avant la création de Santé Québec	Responsables depuis le 1^{er} décembre 2024
Règles de gestion des PEM en spécialité		
Négocier avec la FMSQ les règles de gestion des PEM	MSSS	MSSS
Veiller à l'application des règles de gestion des PEM, autoriser les ajustements d'effectifs et approuver les demandes de conformité au PEM	MSSS	Santé Québec
Approuver les demandes transmises à Santé Québec (anciennement au MSSS) pour le maintien à jour de la liste nominative des médecins occupant des postes autorisés au PEM d'un établissement	Directeur des services professionnels de chaque établissement	Directeur médical et des services professionnels de chaque établissement

Présentation des 15 CRDS

	Établissement où se situe le CRDS	Nombre d'établissements	Nombre de demandes de consultation reçues par année ¹
CRDS du Bas-Saint-Laurent	CISSS du Bas-Saint-Laurent	1	17 097
CRDS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	1	23 652
CRDS de la Capitale-Nationale	CIUSSS de la Capitale-Nationale	3 ²	62 984
CRDS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	1	42 644
CRDS de l'Estrie	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	1	41 835
CRDS de Montréal	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	10 ³	97 122
CRDS de l'Outaouais	CISSS de l'Outaouais	1	31 290
CRDS de l'Abitibi-Témiscamingue	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1	14 788
CRDS de la Côte-Nord	CISSS de la Côte-Nord	1	7 890
CRDS du Nord-du-Québec	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	1	373
CRDS de la Gaspésie	CISSS de la Gaspésie	1	8 127
CRDS de Chaudière-Appalaches	CISSS de Chaudière-Appalaches	1	30 936
CRDS de Lanaudière, Laurentides et Laval	CISSS des Laurentides	3 ⁴	105 926
CRDS de la Montérégie	CISSS de la Montérégie-Est	3 ⁵	98 146
CRDS des Îles-de-la-Madeleine	CISSS des Îles-de-la-Madeleine	1	1 970

1. Il s'agit du nombre moyen de demandes de consultation reçues par année pour les 10 spécialités auditées selon les données de 2021-2022, 2022-2023 et 2023-2024.

2. Les trois établissements sont le CIUSSS de la Capitale-Nationale, le Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval et l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec.

3. Les 10 établissements sont le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, le CHUM, le Centre universitaire de santé McGill, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

4. Les trois établissements sont le CISSS de Lanaudière, le CISSS des Laurentides et le CISSS de Laval.

5. Les trois établissements sont le CISSS de la Montérégie-Est, le CISSS de la Montérégie-Centre et le CISSS de la Montérégie-Ouest.

Exemples de raisons de consultation de priorité E tirés des formulaires harmonisés

Les exemples de raisons de consultation présentés ci-après sont tirés des formulaires harmonisés élaborés par le MSSS en collaboration avec des médecins spécialistes et des médecins de famille. À elle seule, la raison de consultation d'un patient n'est pas suffisante pour demander une consultation en médecine spécialisée. Sa condition clinique doit d'abord être évaluée par un médecin de famille.

Spécialité	Exemples de raisons de consultation
Chirurgie plastique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cicatrice vicieuse au visage ■ Masse de plus de 5 cm à la tête ■ Réduction mammaire
Dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eczéma ou psoriasis étendu sur moins de 30 % de la surface corporelle ■ Autres lésions acnéiformes, comme l'acné rosacée
Gastroentérologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diarrhée chronique ■ Douleur abdominale chronique ■ Kyste pancréatique de moins de 20 mm
Gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contraception complexe, ligature des trompes ou stérilet ■ Infertilité
Immunologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Allergies alimentaires chez les personnes de 2 ans et plus ■ Allergie à la pénicilline
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tunnel carpien avec impact fonctionnel important au travail, sans arrêt de travail ■ Épilepsie connue et contrôlée
Ophthalmologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cataracte documentée et symptomatique ■ Larmoiement chronique chez un adulte
Orthopédie ¹	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hallux valgus (« oignon » au pied)
Oto-rhino-laryngologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acouphène incommodant depuis plus de 6 mois ■ Amygdalites à répétition
Physiatrie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteinte locomotrice connue depuis 1 an ou plus ■ Douleur vertébrale présente depuis 1 an ou plus

1. Il y a seulement une raison de consultation de priorité E dans le formulaire en orthopédie.

Certaines mesures prises relativement à l'accès aux services médicaux spécialisés

2015

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* est adoptée. Elle a pour but de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficience du réseau. Les CISSS, les CIUSSS et les établissements non fusionnés sont créés.

La Loi édictant la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* (projet de loi 20) est adoptée. Elle vise notamment à améliorer l'accès aux médecins spécialistes. Une entente de principe entre le MSSS et la FMSQ prévoit que certaines dispositions de cette loi n'entreront pas en vigueur et qu'en contrepartie, la FMSQ s'engage entre autres à accroître et à améliorer l'accès aux consultations en médecine spécialisée.

2017

La *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux* (projet de loi 130) est adoptée. Elle prévoit des changements à la gouvernance médicale d'un établissement, à son organisation et aux statuts et privilèges de pratique accordés aux médecins spécialistes. Par exemple, les obligations d'un médecin doivent dorénavant être établies clairement et avoir pour but d'assurer sa participation aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services, à leur qualité et à leur pertinence.

2018

Une entente de principe concernant les conditions de pratique des médecins spécialistes est conclue entre le MSSS et la FMSQ. À la suite de cette entente, un comité conjoint est créé. Il a le mandat de formuler des recommandations au MSSS et à la FMSQ sur diverses questions d'intérêt, telles que les règles relatives à la gestion des effectifs médicaux, les obligations générales ou spécifiques rattachées aux privilèges de pratique et le rôle des chefs de département.

2021

Une version révisée des règles de gestion des PEM en spécialité est publiée par le comité conjoint. Elles balisent plusieurs éléments de la pratique médicale, comme la gestion de fin de carrière et l'invalidité. Afin de préciser les obligations d'un médecin envers l'établissement dans lequel il occupe un poste, un modèle de lettre d'engagement est annexé aux règles de gestion.

2023

La *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (projet de loi 15) est adoptée. Elle vise notamment à améliorer la prise en charge des patients par les médecins et établit des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettent une gestion de proximité ainsi qu'une gestion par territoire basées sur une approche populationnelle et qui favorisent une plus grande fluidité des services.

Une entente de principe est conclue entre le MSSS et la FMSQ pour que les médecins spécialistes qui ne pratiquent pas dans un établissement du réseau contribuent à répondre aux besoins de la population, notamment en participant aux activités hospitalières. Les parties doivent déterminer les modalités d'application des activités médicales particulières pour chacune des spécialités médicales.

Source : Vérificateur général du Québec.

Illustration : Vérificateur général du Québec.

Spécialités médicales au Québec

Le Collège des médecins du Québec reconnaît 60 spécialités médicales. Les CRDS reçoivent les demandes de consultation provenant des médecins de famille pour 26 de ces spécialités seulement. Les spécialités incluses dans la portée de nos travaux ainsi que celles couvertes par les CRDS sont présentées ci-après.

	Spécialités ciblées dans les plans d'action du MSSS	Spécialités auditées	Spécialités ayant fait l'objet de travaux plus détaillés dans les établissements audités	Spécialités couvertes par les CRDS
Dermatologie adulte et pédiatrique	✓	✓	✓	✓
Gynécologie adulte		✓	✓	✓
Orthopédie adulte	✓	✓	✓	✓
Chirurgie plastique adulte	✓	✓		✓
Gastroentérologie adulte	✓	✓		✓
Immunologie adulte et pédiatrique	✓	✓		✓
Neurologie adulte		✓		✓
Ophthalmologie adulte et pédiatrique		✓		✓
Oto-rhino-laryngologie adulte et pédiatrique	✓	✓		✓
Physiatrie adulte		✓		✓
Cardiologie adulte				✓
Chirurgie générale adulte				✓
Chirurgie vasculaire et endovasculaire adulte				✓
Endocrinologie adulte				✓
Gériatrie				✓
Hémato-oncologie / hématologie adulte				✓
Médecine interne adulte				✓
Microbiologie-infectiologie adulte				✓
Néphrologie adulte				✓
Neurochirurgie adulte				✓
Oncologie médicale adulte				✓
Pédiatrie générale				✓
Pneumologie adulte				✓
Psychiatrie adulte				✓
Rhumatologie adulte				✓
Urologie adulte et pédiatrique				✓

Portrait des premières consultations réalisées dans les établissements audités et proportion d'entre elles réalisées hors délais³⁰

CHUM

Délai d'attente cible (code de priorité clinique ¹)	2022			2023			2024		
	Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²	Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²	Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²			
	Nbre	Proportion	Retard moyen ³ (jours)	Nbre	Proportion	Retard moyen ³ (jours)	Nbre	Proportion	Retard moyen ³ (jours)
Dermatologie									
10 jours ou moins (A et B)	640	46 %	13	646	35 %	13	647	36 %	13
Moins de 1 mois (C)	882	78 %	26	736	73 %	47	1 064	65 %	29
Moins de 3 mois (D)	1 587	28 %	63	2 435	65 %	95	2 895	54 %	86
Moins de 12 mois (E)	9	11 %	143	135	48 %	104	200	4 %	144
Délai établi (demandes sans code de priorité)	218	8 %	33	158	23 %	119	275	10 %	114
Sous-total	3 336	43 %	s. o.	4 110	59 %	s. o.	5 081	50 %	s. o.
Gynécologie									
10 jours ou moins (A et B)	21	76 %	26	17	76 %	20	17	47 %	121
Moins de 1 mois (C)	415	87 %	63	686	87 %	58	865	86 %	56
Moins de 3 mois (D)	382	59 %	68	620	48 %	94	752	51 %	120
Moins de 12 mois (E)	34	3 %	419	300	40 %	117	492	54 %	178
Délai établi (demandes sans code de priorité)	26	42 %	69	92	57 %	88	110	42 %	133
Sous-total	878	70 %	s. o.	1 715	63 %	s. o.	2 236	65 %	s. o.

1. Le CHUM utilise des codes de priorité semblables à ceux du CRDS.
2. Le délai d'attente cible diffère selon le code de priorité et cela a une incidence sur l'analyse des demandes de consultation en attente hors délais et du nombre moyen de jours de retard. Par exemple, une demande de priorité B est considérée hors délais après 10 jours, alors qu'une demande de priorité E l'est après 12 mois.
3. Dans certains cas, le calcul du retard moyen est basé sur un petit nombre de demandes de consultation. Ainsi, la présence de quelques demandes avec un retard important peut faire augmenter la moyenne de manière significative.

30. Une consultation est considérée comme réalisée lorsque le rendez-vous a eu lieu. Pour chaque année, la période de référence est du 1^{er} décembre au 30 novembre.

Délai d'attente cible (code de priorité clinique ¹)	2022			2023			2024		
	Consultations réalisées		Consultations réalisées hors délais ²	Consultations réalisées		Consultations réalisées hors délais ²	Consultations réalisées		Consultations réalisées hors délais ²
	Nbre	Proportion	Retard moyen ³ (jours)	Nbre	Proportion	Retard moyen ³ (jours)	Nbre	Proportion	Retard moyen ³ (jours)
Orthopédie									
10 jours ou moins (A et B)	478	31 %	13	448	40 %	14	508	35 %	22
Moins de 1 mois (C)	460	70 %	49	524	77 %	84	473	82 %	116
Moins de 3 mois (D)	866	43 %	91	1 308	54 %	101	1 542	46 %	134
Moins de 12 mois (E)	87	5 %	235	225	14 %	85	261	13 %	96
Délai établi (demandes sans code de priorité) ⁴	501	6 %	15	667	10 %	31	832	12 %	38
Sous-total	2 392	37 %	s. o.	3 172	44 %	s. o.	3 616	39 %	s. o.
Total	6 606	44 %	s. o.	8 997	54 %	s. o.	10 933	49 %	s. o.

1. Le CHUM utilise des codes de priorité semblables à ceux du CRDS.
2. Le délai d'attente cible diffère selon le code de priorité et cela a une incidence sur l'analyse des demandes de consultation en attente hors délais et du nombre moyen de jours de retard. Par exemple, une demande de priorité B est considérée hors délais après 10 jours, alors qu'une demande de priorité E l'est après 12 mois.
3. Dans certains cas, le calcul du retard moyen est basé sur un petit nombre de demandes de consultation. Ainsi, la présence de quelques demandes avec un retard important peut faire augmenter la moyenne de manière significative.
4. Les demandes en orthopédie dont le code de priorité n'a pas été établi sont majoritairement celles de patients vus en urgence.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du CHUM.

Hôpital Pierre-Le Gardeur

Délai d'attente cible (code de priorité clinique ¹)	2022			2023			2024		
	Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²		Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²		Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²	
	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ³ (jours)	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ³ (jours)	N ^{bre}	Proportion	Retard moyen ³ (jours)
Dermatologie									
10 jours ou moins (A et B)	157	93 %	43	133	87 %	57	103	64 %	365
Moins de 1 mois (C)	53	87 %	216	204	96 %	232	216	74 %	105
Moins de 3 mois (D)	8	63 %	40	70	89 %	267	260	61 %	60
Moins de 12 mois (E)	0	s. o.	s. o.	10	100 %	201	62	39 %	50
Délai établi (demandes sans code de priorité)	33	45 %	54	113	63 %	20	37	35 %	114
Sous-total	251	84 %	s. o.	530	86 %	s. o.	678	62 %	s. o.
Aucun délai établi (demandes sans code de priorité)	48	s. o.	s. o.	26	s. o.	s. o.	16	s. o.	s. o.
Sous-total – Dermatologie	299	s. o.	s. o.	556	s. o.	s. o.	694	s. o.	s. o.
Gynécologie									
10 jours ou moins (A et B)	438	91 %	52	161	80 %	55	69	36 %	17
Moins de 1 mois (C)	180	78 %	202	630	64 %	107	677	24 %	92
Moins de 3 mois (D)	33	12 %	268	178	71 %	162	188	15 %	233
Moins de 12 mois (E)	8	50 %	597	327	55 %	214	442	15 %	1 208
Délai établi (demandes sans code de priorité)	55	55 %	103	83	59 %	99	91	44 %	271
Sous-total	714	81 %	s. o.	1 379	64 %	s. o.	1 467	22 %	s. o.
Aucun délai établi (demandes sans code de priorité)	111	s. o.	s. o.	46	s. o.	s. o.	114	s. o.	s. o.
Sous-total – Gynécologie	825	s. o.	s. o.	1 425	s. o.	s. o.	1 581	s. o.	s. o.

1. Le CISSS de Lanaudière utilise des codes de priorité différents de ceux des CRDS. Nous les avons regroupés selon l'échelle de priorité clinique des CRDS pour permettre une meilleure comparaison.

2. Le délai d'attente cible diffère selon le code de priorité et cela a une incidence sur l'analyse des demandes de consultation en attente hors délais et du nombre moyen de jours de retard. Par exemple, une demande de priorité B est considérée hors délais après 10 jours, alors qu'une demande de priorité E l'est après 12 mois.

3. Dans certains cas, le calcul du retard moyen est basé sur un petit nombre de demandes de consultation. Ainsi, la présence de quelques demandes avec un retard important peut faire augmenter la moyenne de manière significative.

Délai d'attente cible (code de priorité clinique ¹)	2022			2023			2024		
	Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²	Retard moyen ³ (jours)	Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²	Retard moyen ³ (jours)	Consultations réalisées	Consultations réalisées hors délais ²	Retard moyen ³ (jours)
	N ^{bre}	Proportion		N ^{bre}	Proportion		N ^{bre}	Proportion	
Orthopédie									
10 jours ou moins (A et B)	1 517	10%	35	1 577	15%	28	1 967	16%	45
Moins de 1 mois (C)	178	89%	283	237	62%	204	381	69%	260
Moins de 3 mois (D)	8	13%	63	35	63%	34	120	73%	113
Moins de 12 mois (E)	403	96%	346	361	97%	383	269	90%	654
Délai établi (demandes sans code de priorité)	1 004	19%	33	749	27%	64	266	26%	265
Sous-total	3 110	29%	s. o.	2 959	32%	s. o.	3 003	32%	s. o.
Aucun délai établi (demandes sans code de priorité)	101	s. o.	s. o.	117	s. o.	s. o.	42	s. o.	s. o.
Sous-total – Orthopédie	3 211	s. o.	s. o.	3 076	s. o.	s. o.	3 045	s. o.	s. o.
Ensemble des demandes dont le délai était établi	4 075	41%	s. o.	4 868	47%	s. o.	5 148	33%	s. o.
Ensemble des demandes dont le délai n'était pas établi	260	s. o.	s. o.	189	s. o.	s. o.	172	s. o.	s. o.
Total	4 335	s. o.	s. o.	5 057	s. o.	s. o.	5 320	s. o.	s. o.

1. Le CISSS de Lanaudière utilise des codes de priorité différents de ceux des CRDS. Nous les avons regroupés selon l'échelle de priorité clinique des CRDS pour permettre une meilleure comparaison.
2. Le délai d'attente cible diffère selon le code de priorité et cela a une incidence sur l'analyse des demandes de consultation en attente hors délais et du nombre moyen de jours de retard. Par exemple, une demande de priorité B est considérée hors délais après 10 jours, alors qu'une demande de priorité E l'est après 12 mois.
3. Dans certains cas, le calcul du retard moyen est basé sur un petit nombre de demandes de consultation. Ainsi, la présence de quelques demandes avec un retard important peut faire augmenter la moyenne de manière significative.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du CISSS de Lanaudière.

Centre hospitalier régional de Lanaudière

Au Centre hospitalier régional de Lanaudière, l'information concernant la dermatologie, la gynécologie et l'orthopédie est incomplète dans le système de gestion des listes d'attente. Par conséquent, nous ne sommes pas mesure de présenter un tableau similaire à ceux du CHUM et de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur pour le Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Nombre moyen de jours par semaine consacrés aux activités cliniques par les médecins spécialistes

La disponibilité des médecins spécialistes peut être évaluée en tenant compte non seulement des semaines de disponibilité de travail, mais également du nombre de jours par semaine consacrés aux activités cliniques. Il est à noter que le nombre de jours attendu par semaine n'est pas précisé dans la plus récente version des règles de gestion des PEM en spécialité³¹. Il est possible d'observer, à partir des données de facturation de la RAMQ, que le nombre moyen de jours par semaine consacrés aux activités cliniques par les médecins dans l'établissement où ils occupent un poste est inférieur à 5 (tableau 8).

TABLEAU 8 Nombre moyen de jours par semaine consacrés aux activités cliniques¹ par les médecins spécialistes en 2023

	CHUM	CISSS de Lanaudière	
		Hôpital Pierre-Le Gardeur	Centre hospitalier régional de Lanaudière
Dermatologie	2,4	1,1	2,3
Obstétrique-gynécologie	4,5	3,8	3,7
Orthopédie	4,6	3,9	4,3

1. Le nombre de jours consacrés aux activités cliniques par semaine correspond au nombre de jours où au moins un acte médical a été facturé à la RAMQ (ex. : consultation, chirurgie). Nous avons uniquement pris en compte les semaines durant lesquelles les médecins spécialistes ont pratiqué dans l'établissement où ils occupent un poste.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS et de la RAMQ.

31. En 2017, le MSSS a publié une version des règles de gestion des PEM en spécialité dans laquelle la notion d'équivalent temps complet correspondait à 42 semaines de disponibilité de travail, à raison de 5 jours de travail et d'un quart de garde par semaine. En 2021, le MSSS et la FMSQ se sont entendus pour revoir cette notion et la rendre plus souple, et ce, en conservant les 42 semaines de disponibilité, sans toutefois préciser le nombre de jours de travail et de garde.

Non-participation des médecins spécialistes au régime d'assurance maladie du Québec

Les médecins ont le choix de participer ou non au régime d'assurance maladie du Québec. Un médecin peut changer de statut aussi souvent qu'il le souhaite, mais il doit attendre 30 jours avant d'obtenir un statut de non participant et la période de non-participation doit être d'au minimum 8 jours. Selon notre analyse des données de la RAMQ, 212 médecins spécialistes ont déclaré une période de non-participation entre le 1^{er} décembre 2020 et le 30 novembre 2024 alors qu'ils occupaient un poste dans un établissement (tableau 9). Voici ce que nous avons observé :

- La période de non-participation est variable d'un médecin à l'autre. En moyenne, les 212 médecins spécialistes ont été non participants pendant 13 % du temps où ils occupaient un poste dans un établissement.
- En 2021, 4 médecins spécialistes ont été non participants toute l'année, et ce nombre a augmenté à 12 en 2024. Quatre de ces médecins ont été non participants pendant les quatre années couvertes par notre analyse.

TABLEAU 9 Médecins spécialistes occupant un poste dans un établissement et ayant déclaré une période de non-participation au régime d'assurance maladie entre le 1^{er} décembre 2020 et le 30 novembre 2024

Spécialité	Nombre de médecins ayant déclaré une période de non-participation	Proportion moyenne du temps où le poste était occupé durant lequel il y a eu non-participation (%)	Nombre de postes autorisés aux PEM en 2024
Anatomo-pathologie	1	5	296
Anesthésiologie	20	16	800
Cardiologie	1	1	445
Chirurgie générale	19	13	510
Chirurgie orthopédique	52	11	338
Chirurgie plastique	4	44	136
Chirurgie vasculaire	2	8	58
Dermatologie	10	23	164
Gastroentérologie	5	22	268
Médecine interne	2	18	749
Médecine physique et réadaptation	4	1	110
Neurochirurgie	6	15	84
Neurologie	1	12	271
Obstétrique-gynécologie	3	2	521
Ophtalmologie	9	14	305

Spécialité	Nombre de médecins ayant déclaré une période de non-participation	Proportion moyenne du temps où le poste était occupé durant lequel il y a eu non-participation (%)	Nombre de postes autorisés aux PEM en 2024
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	10	4	218
Pneumologie	24	4	271
Psychiatrie	1	16	925
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1	82	241
Radiologie diagnostique	20	9	610
Rhumatologie	1	1	134
Urologie	16	19	188
Total	212	13	7 642¹

1. Ce nombre ne représente pas l'ensemble des postes autorisés aux PEM en spécialité, puisque dans certaines spécialités, aucun médecin n'a déclaré une période de non-participation. Ces spécialités n'apparaissent pas dans le tableau.

Source : Vérificateur général du Québec d'après des données du MSSS et de la RAMQ.