

Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014

Vérification de l'optimisation des ressources

Printemps 2013

Photo de la page couverture
Hôtel du Parlement, *Daniel Lessard*, Collection Assemblée nationale



Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014

Vérification de l'optimisation des ressources

Printemps 2013

La forme masculine employée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes, le cas échéant.

Le texte de ce document a été imprimé sur un papier québécois contenant 100 % de fibres recyclées postconsommation, certifié Éco-logo, Procédé sans chlore, FSC Recyclé et fabriqué à partir d'énergie biogaz.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
DU QUÉBEC

Québec, mai 2013

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

Conformément à l'article 44 de la *Loi sur le vérificateur général*, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport intitulé *Vérification de l'optimisation des ressources* (printemps 2013). Ce tome fait partie du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014*. Il est accompagné du document présentant le rapport sous la forme d'un diaporama.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Le vérificateur général par intérim,

Michel Samson, CPA, CA

Table des matières

Chapitre 1 Observations du vérificateur général par intérim, M. Michel Samson

Chapitre 2 Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Chapitre 3 Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances

Chapitre 4 Services à domicile

Chapitre 5 Non-production de déclarations à Revenu Québec

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2013

CHAPITRE

1

Observations du vérificateur général par intérim, M. Michel Samson

Table des matières

1 **Introduction** 4

2 **Recommandations liées aux vérifications de l'optimisation des ressources** 5

2.1 Introduction 5

2.2 Formulation et suivi des recommandations : approche en vigueur 6

2.3 Processus d'autres vérificateurs législatifs canadiens 9

2.4 Conclusion 10

Sigles 11

1 Introduction

1 L'Assemblée nationale du Québec confie au Vérificateur général le mandat de favoriser, par la vérification, le contrôle parlementaire sur les fonds et autres biens publics. Ce mandat comporte, dans la mesure jugée appropriée par le Vérificateur général, la vérification financière, celle de la conformité des opérations avec les lois, règlements, énoncés de politique et directives, ainsi que la vérification de l'optimisation des ressources. Son champ de compétence s'étend principalement au gouvernement, à ses organismes et à ses entreprises ; il a également compétence en matière de vérification se rapportant aux fonds versés sous forme de subventions.

2 Dans le rapport qu'il soumet à l'Assemblée nationale, le Vérificateur général signale les sujets découlant de ses travaux qui méritent d'être portés à l'attention des parlementaires. Ce document est livré sous forme de tomes. Celui-ci est consacré à des travaux de vérification de l'optimisation des ressources réalisés au cours des 12 derniers mois. Il renferme les constatations, les conclusions et les recommandations y afférentes.

3 Le présent tome débute par un chapitre qui donne au vérificateur général par intérim l'occasion d'établir un contact plus personnel avec le lecteur. Il y fait part de ses préoccupations à l'égard des recommandations liées aux vérifications de l'optimisation des ressources.

2 Recommandations liées aux vérifications de l'optimisation des ressources

2.1 Introduction

4 La contribution de l'organisation que je dirige à l'égard du contrôle parlementaire se concrétise par les différents rapports que je publie, dont ceux découlant des missions de vérification de l'optimisation des ressources (VOR).

5 Dans ce contexte, je vise à fournir aux parlementaires un portrait reflétant le plus exactement possible la situation observée. Je considère comme tout aussi important que mes interventions mènent à des améliorations concrètes en matière de gestion publique, au bénéfice des citoyennes et des citoyens du Québec. C'est pourquoi, au terme de mes travaux de vérification, je formule des recommandations dont la mise en œuvre incombe aux dirigeants des entités gouvernementales concernées, en fonction des pouvoirs qui leur sont conférés.

6 C'est dans la même perspective que j'effectue ultérieurement des suivis portant sur ces recommandations. Ils permettent d'évaluer dans quelle mesure les entités ont déployé les moyens nécessaires pour y donner suite. En plus d'inciter l'administration publique à agir, ces suivis servent à établir le taux d'application de mes recommandations et à informer l'Assemblée nationale des progrès accomplis, le cas échéant.

7 Depuis 2008-2009, je fais état dans mon rapport annuel de gestion (RAG) du taux d'application obtenu pour chacune des VOR ayant fait l'objet d'un suivi trois ans après la publication du rapport. Le bilan relatif à l'évolution du taux d'application (tableau 1) montre que ce dernier a plafonné ; on pourrait même conclure qu'il a tendance à régresser. D'ailleurs, la cible énoncée dans notre plan stratégique n'a pu être atteinte au cours des trois dernières années.

Tableau 1 Application des recommandations (trois ans après la publication du rapport)

	2012-2013[1]	2011-2012	2010-2011	2009-2010	2008-2009
Cible du plan stratégique	70 %	75 %	70 %	65 %	65 %
Recommandations donnant lieu à des progrès satisfaisants	59 %	54 %	66 %	71 %	66 %
Nombre de recommandations	151	89	184	192	35
Nombre de rapports de VOR	13	6	12	9	4

1. Il s'agit de données préliminaires.

8 En analysant les données, je remarque que la situation diffère d'un secteur d'activité à l'autre et que certains ont plus de difficulté à appliquer les recommandations qui leur sont destinées.

9 Plusieurs facteurs peuvent expliquer les limites observées quant à la mise en œuvre de mes recommandations. L'ampleur des problèmes en cause, le temps nécessaire pour modifier les façons de faire, les priorités du secteur en font certainement partie. D'ailleurs, je constate qu'après cinq ans, le taux d'application est à la hausse. Soucieux de raffiner sans cesse nos pratiques, j'ai l'intention de me pencher, au cours des prochains mois, sur les approches favorisant avec encore plus d'efficacité l'amélioration de la gestion publique. C'est pourquoi j'entreprends une réflexion sur le processus qui chapeaute la formulation et le suivi des recommandations pour voir si l'on peut faire mieux, l'objectif étant de susciter des progrès tangibles.

10 Je crois utile de rappeler les principales étapes de ce processus, lequel contient déjà des mesures incitatives afin que les entités posent, avec diligence, des gestes appropriés.

2.2 Formulation et suivi des recommandations : approche en vigueur

11 Actuellement, chaque directeur est responsable d'inclure dans son rapport de VOR les recommandations qu'il juge appropriées dans les circonstances. Celles-ci sont orientées de façon à guider l'action corrective tout en laissant aux dirigeants des entités vérifiées le choix de l'approche à privilégier pour les appliquer. Nous visons à ce que les recommandations soient claires, réalistes et axées sur les résultats. C'est pourquoi nous les validons auprès des dirigeants appelés à les mettre en œuvre et tenons compte de leurs commentaires afin de les bonifier, au besoin.

12 Je demande également à ces dirigeants d'indiquer explicitement s'ils adhèrent ou non aux recommandations avant la publication du rapport. Cette démarche additionnelle permet d'en confirmer la pertinence et représente un engagement concret des entités à redresser la situation. Depuis l'instauration de cette mesure en 2006-2007, j'ai presque toujours obtenu l'adhésion des responsables gouvernementaux (97 % de l'ensemble des recommandations).

13 Une fois le rapport déposé à l'Assemblée nationale, la Commission de l'administration publique (CAP) exige des responsables des entités vérifiées qu'ils produisent, dans les six mois du dépôt, un plan d'action à l'égard de mes recommandations. Ce plan doit notamment contenir des actions structurantes et un échéancier réaliste. De plus, un responsable quant à la mise en œuvre de celles-ci doit être désigné.

14 Avant même l'expiration de ce délai de six mois, les membres de la CAP peuvent convoquer en audition publique les dirigeants des entités ayant fait l'objet d'une VOR afin de discuter du contenu du rapport et de la mise en œuvre de mes recommandations. En pareil cas, le plan d'action est demandé au moins deux semaines avant la tenue de l'audition. Celle-ci donne par ailleurs aux membres de la CAP l'occasion de formuler leurs propres recommandations sur le sujet.

15 Afin de bien servir les intérêts des parlementaires, je me suis fixé comme objectif d'analyser tous les plans d'action dressés par les entités vérifiées. Ainsi, depuis l'ajout de cette mesure en 2006-2007, je les revois systématiquement et je communique le résultat de cet exercice aux intéressés, soit les dirigeants des entités et les membres de la CAP.

16 Depuis 2007-2008, toutes les recommandations incluses dans les rapports de VOR publiés trois ans auparavant donnent lieu à des suivis, alors qu'antérieurement mes travaux ne portaient que sur un nombre limité de recommandations. Ces suivis, dits « allégés », ne sont pas faits dans le cadre de vérifications et ne visent donc pas à fournir un niveau d'assurance aussi élevé. Les progrès relatifs à l'application des recommandations sont d'abord appréciés par les entités vérifiées, qui nous transmettent l'information appuyant leur autoévaluation. Par la suite, nous regardons la plausibilité de l'information reçue ; s'il y a lieu, des renseignements additionnels sont demandés, lesquels peuvent nous amener à réviser les conclusions des entités.

17 Parmi les missions de vérification sujettes à un suivi allégé, nous en retenons certaines aux fins d'un suivi détaillé. Ce dernier peut porter sur l'ensemble ou sur une partie des recommandations incluses dans la VOR initiale. Le but recherché est d'apprécier de façon plus précise dans quelle mesure les recommandations ont été mises en œuvre et, le cas échéant, d'évaluer si elles ont effectivement mené à la correction des lacunes relevées à l'époque. Nous cherchons à obtenir un niveau d'assurance similaire à celui offert par la vérification initiale.

18 Plusieurs critères orientent le choix des missions et des recommandations faisant l'objet d'un suivi détaillé, comme :

- la contribution relative des recommandations à l'amélioration de la gestion publique ;
- l'intérêt des parlementaires ;
- l'importance des montants en cause ;
- le résultat du suivi allégé.

19 Le suivi détaillé vient compléter la vérification initiale. Constituant un chapitre distinct de mon rapport à l'Assemblée nationale, il informe les parlementaires des gestes posés par les dirigeants pour pallier les lacunes dont j'avais fait état. Lorsque des problèmes ne sont pas résolus, les causes et les conséquences y sont brièvement rappelées et j'invite les entités à poursuivre ou à intensifier leurs efforts.

20 Depuis 2009-2010, les recommandations pour lesquelles les progrès sont jugés insatisfaisants trois ans après la publication du rapport initial font de nouveau l'objet d'un suivi, deux ans plus tard. Cette façon de faire offre aux entités un délai additionnel pour démontrer qu'elles sont parvenues à combler les déficiences de gestion qui perduraient. Comme il a été mentionné précédemment, nous remarquons une hausse du taux d'application des recommandations lors du deuxième suivi. Ce gain me confirme la pertinence des recommandations que je formule, tout en alimentant ma réflexion quant au moment opportun d'effectuer mes travaux de suivi.

21 Mon organisation procède aussi depuis 2009-2010 au suivi des recommandations de la CAP, incluses dans ses rapports sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics. Les progrès enregistrés, le cas échéant, de même que mon analyse à l'égard des recommandations visées, sont ensuite transmis à la CAP pour qu'elle puisse dresser son propre bilan, qu'elle communique à l'Assemblée nationale.

22 Nous présentons ci-après un sommaire des différents types d'intervention que je réalise en matière de suivi et leurs modalités, en indiquant l'information que je publie dans mon RAG concernant ces travaux. Mon organisation peut également répondre à toute demande particulière adressée par les parlementaires, notamment s'ils jugent que certains suivis doivent se faire plus rapidement.

Type d'intervention	**Échéance de réalisation**	**Portée**	**Résultats publiés dans le RAG du VGQ[1]**
Suivi allégé des recommandations du VGQ	3 ans après la publication du rapport de VOR	Toutes les recommandations	Taux d'application global et par rapport de VOR
Suivi détaillé des recommandations du VGQ		Recommandations les plus structurantes	
Suivi allégé ou détaillé des recommandations de la CAP		Recommandations les plus structurantes	Pourcentage des recommandations faisant l'objet d'un suivi
Suivi allégé ou détaillé des recommandations du VGQ	5 ans après la publication du rapport de VOR	Recommandations donnant lieu à des progrès insatisfaisants lors du 1er suivi	Variation du taux d'application global entre le 1er et le 2e suivi

1. Les résultats des suivis détaillés des recommandations du VGQ et de la CAP font aussi l'objet d'un chapitre distinct dans le rapport annuel du VGQ à l'Assemblée nationale.

VGQ Vérificateur général du Québec

23 Plusieurs éléments du processus actuel incitent les entités à passer à l'action. Malgré cela, les résultats mitigés des dernières années quant à la mise en œuvre des recommandations m'amènent à m'interroger sur la façon dont mon organisation pourrait susciter un meilleur taux d'application et fournir aux parlementaires l'information la plus pertinente à ce sujet.

24 Le nombre et la nature des recommandations, les modalités en matière de suivi et de diffusion des résultats ainsi que les délais accordés aux entités pour accomplir les gestes attendus font partie des volets que je veux revoir. À cet effet, j'ai examiné les processus adoptés par d'autres vérificateurs législatifs canadiens.

2.3 Processus d'autres vérificateurs législatifs canadiens

25 À l'échelle du Canada, les pratiques des vérificateurs législatifs en matière de suivi sont très variées. Par exemple, la plupart d'entre eux utilisent comme information de base les évaluations produites par les entités vérifiées, mais l'ampleur de l'analyse portant sur la fiabilité de cette information diffère, ce qui influe sur le niveau d'assurance obtenu. Dans certains cas, la justesse de ces évaluations est remise en question et des travaux additionnels sont nécessaires pour les rendre plus fiables.

26 Dans l'ensemble, les vérificateurs législatifs cherchent à étendre la portée des suivis au plus grand nombre de recommandations possible, sinon à toutes. Le défi est de taille : un effort important doit être déployé, considérant qu'il faut traiter beaucoup de recommandations tout en recherchant le niveau d'assurance adéquat afin de maximiser la valeur ajoutée des travaux.

27 Le temps alloué aux entités avant la réalisation des suivis varie également (un an à cinq ans). Cette fréquence peut toutefois changer selon les missions, notamment si l'on juge que des mesures correctives doivent être prises rapidement.

28 Quant au moment de mettre fin aux suivis, j'ai noté différents scénarios : tantôt, ils se poursuivent jusqu'à ce que les recommandations soient appliquées, tantôt, ils couvrent une période restreinte.

29 La façon de déterminer le taux d'application des recommandations est aussi fort différente d'un vérificateur législatif à l'autre, ce qui rend les mesures difficilement comparables. Entre autres, il arrive que les recommandations appliquées en partie soient additionnées avec celles qui le sont entièrement aux fins du calcul. De plus, comme je viens de le signaler, la fréquence des suivis n'est pas la même, ce qui peut avoir une grande incidence sur les résultats obtenus.

30 Peu importe la nature des travaux, leur fréquence ou encore le niveau d'assurance obtenu, tous les vérificateurs législatifs diffusent de l'information ayant trait à l'application de leurs recommandations. Certains le font dans une publication distincte, tandis que d'autres y consacrent un chapitre de leur rapport à l'assemblée législative. Quelques-uns présentent telles quelles les autoévaluations des entités vérifiées, en les commentant ou non. Des vérificateurs livrent plutôt les observations découlant de leur propre analyse

concernant l'application des recommandations par secteurs d'activité. Notons également l'initiative d'une entité vérifiée, qui a fait le point sur son site Internet quant à l'avancement de ses travaux visant à mettre en œuvre les recommandations qui lui avaient été adressées.

31 L'examen des pratiques utilisées par mes homologues canadiens a confirmé que l'approche idéale n'a pas encore été trouvée et qu'il y a plusieurs façons de faire les choses. Cet exercice s'est avéré très pertinent, faisant ressortir que l'efficacité du processus encadrant la réalisation des suivis est un sujet qui suscite de l'intérêt. Les disparités que j'ai relevées fournissent des pistes de réflexion qui méritent d'être explorées en vue d'accroître l'impact positif de nos interventions.

2.4 Conclusion

32 Mes travaux de vérification font mention de lacunes importantes à combler dans la gestion publique et, bien évidemment, je souhaite que mes recommandations soient appliquées. Même s'il reste du chemin à parcourir, je constate que les entités, en règle générale, investissent des efforts pour apporter des solutions viables aux problèmes soulevés et je tiens à souligner leur contribution soutenue en ce sens.

33 Je suis conscient qu'il n'est pas toujours facile de corriger le tir et que, devant les nombreux défis à relever, l'Administration doit établir ses priorités. Améliorer la gestion publique est un objectif qui interpelle toutes les parties, que ce soit les entités, les parlementaires ou les institutions de contrôle, comme le Vérificateur général.

34 Il me paraît essentiel de poursuivre ma démarche, de concert avec les dirigeants et les membres de la CAP, afin d'instaurer des pratiques optimales au sein du gouvernement du Québec, au profit de la population. L'une des avenues qui s'offrent à moi est de formuler les recommandations les plus utiles et structurantes possibles et de prévoir des mécanismes incitant les décideurs à l'action. Avec l'aide de mon équipe, je vais donc revoir mon approche en matière de suivi des recommandations.

Sigles

Sigles

CAP	Commission de l'administration publique	**VGQ**	Vérificateur général du Québec
RAG	Rapport annuel de gestion	**VOR**	Vérification de l'optimisation des ressources

Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2013

CHAPITRE
2

Services de santé et services sociaux

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
Centre de santé et de services sociaux de la Montagne
Centre de santé et de services sociaux Champlain–Charles-Le Moyne
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent
Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est

Faits saillants

Objectifs des travaux

En 2011-2012, le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement a nécessité des dépenses de 868,6 millions.

Notre vérification avait pour but de nous assurer que :

- le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les agences vérifiées ont établi des orientations ainsi que des priorités et assument leurs rôles et responsabilités quant au continuum de services et à l'évaluation des résultats liés à la qualité des services ;
- les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) vérifiés ont mis en place un continuum de services ainsi que des mécanismes favorisant l'accessibilité ;
- les CRDITED vérifiés offrent des services de façon économique et efficiente et mettent en place des mesures qui assurent leur qualité.

Le rapport entier est disponible sur le site http://www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant les services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED).

Accès difficile aux services. L'obtention d'un diagnostic de TED est longue et ardue pour les trois régions visitées et un nombre élevé d'usagers ne reçoivent pas les services dans le délai établi par le ministère. De plus, le portrait que suit le ministère sur l'accès aux services ne porte que sur 37 % des personnes en attente.

Grande variation de l'intensité des services spécialisés (en heures) entre les CRDITED vérifiés et entre les types de clientèle. Peu d'analyses sont réalisées par le ministère pour expliquer les écarts.

Continuité des services partiellement assurée. Les mécanismes prévus pour assurer la continuité des services ont été mis en place partiellement par le ministère, les agences et les établissements vérifiés. De plus, des zones grises subsistent quant au partage des rôles et responsabilités entre les CSSS et les CRDITED.

Peu d'analyses comparatives des coûts et aucune analyse de productivité des ressources humaines. Il y a des écarts importants de coûts entre les CRDITED et, pour une proportion importante du temps des intervenants, les services ne sont pas effectués en présence de l'usager.

Évaluation de la qualité des services à parfaire. Certains mécanismes existent, mais ils ne sont pas intégrés. Les CRDITED n'ont pas mis en place de processus global pour évaluer la qualité des services.

Financement des services établi sur une base historique. Le financement des services n'est pas accordé en fonction des besoins, pas plus qu'il ne tient compte de la hausse significative de la clientèle présentant un TED ces dernières années.

Soutien aux familles offert par les CSSS vérifiés non revu depuis plus de 20 ans. Les montants pris en compte dans le calcul des allocations directes n'ont pas été ajustés. Les critères d'attribution varient d'une région à l'autre.

Orientations ministérielles du programme non revues. Les orientations ministérielles n'ont pas été mises à jour depuis leur publication il y a 10 ans et leur suivi est incomplet, ce qui retarde ainsi l'application des mesures.

Absence d'arrimage des systèmes d'information. Cette absence ne favorise pas la circulation de l'information et, par conséquent, nuit au continuum de services.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du MSSS, des agences, des CSSS et des CRDITED. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires des entités vérifiées. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère, en collaboration avec les agences

1 **S'assurer de bien suivre l'ensemble des délais d'accès aux services.**

2 **Suivre l'intensité des services spécialisés tout en faisant l'analyse des écarts entre les centres de réadaptation.**

3 **Veiller à ce que des mécanismes soient mis en place par les établissements pour assurer la continuité des services.**

8 **Fixer des balises quant à la répartition du temps des intervenants cliniques pour les services effectués notamment en présence de l'usager et en effectuer le suivi.**

9 **Établir des orientations pour l'évaluation de la qualité des services rendus aux usagers dans les centres de réadaptation.**

13 **Mettre à jour les orientations ministérielles et déterminer des indicateurs de gestion et des cibles permettant d'évaluer et de suivre la performance du programme.**

14 **Revoir le mode de financement des services afin qu'il tienne compte des besoins des personnes.**

15 **Revoir les allocations directes et les critères d'attribution concernant les mesures de soutien aux familles afin de mieux répondre aux besoins et d'harmoniser les pratiques.**

16 **Arrimer les systèmes d'information du programme afin de favoriser la circulation de l'information et la continuité des services tout en s'assurant de la confidentialité des données.**

Recommandation aux agences vérifiées, en collaboration avec les CSSS

4 **Prendre les moyens afin que les diagnostics d'un trouble envahissant du développement soient accessibles dans un délai raisonnable.**

Recommandation aux CSSS et aux CRDITED vérifiés

5 **Mettre en place les mécanismes pour assurer la complémentarité et la continuité des services.**

Recommandations aux CRDITED vérifiés

6 **Prendre les mesures pour réduire le délai d'accès à leurs services, y compris les services professionnels spécialisés.**

7 **Offrir une intensité de services spécialisés adaptée aux besoins des usagers, dont ceux ayant un retard global de développement ainsi que ceux avec un trouble grave du comportement.**

10 **Mettre en place des mesures afin de maximiser la proportion du temps que les intervenants cliniques passent en présence des usagers.**

11 **Mettre en œuvre un processus d'évaluation de la qualité des services rendus aux usagers.**

Recommandation aux CRDITED vérifiés, en collaboration avec les agences

12 **Effectuer de façon périodique des analyses comparatives de leurs coûts et de la productivité de leurs ressources humaines afin d'optimiser leurs ressources.**

Table des matières

1 **Mise en contexte** 6

2 **Résultats de la vérification** 9

2.1 **Offre de services** 9

Accessibilité

Intensité des services spécialisés

Continuité des services

Recommandations

2.2 **Gestion des centres de réadaptation** 25

Ressources financières et humaines

Qualité des services offerts

Recommandations

2.3 **Encadrement du réseau** 30

Financement du programme

Orientations, balises et suivi

Systèmes d'information

Recommandations

Commentaires des entités vérifiées 37

Annexes et sigles 49

Équipe

Carole Bédard
Directrice de vérification

Jérémie Bégin
Émilie Boutin
Maud Déry
Carolyne Paquette
Jacques Robert
Katherine Roy

1 Mise en contexte

1 Le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement regroupe les services destinés à répondre aux besoins des personnes présentant l'une ou l'autre de ces incapacités.

2 On parle de déficience intellectuelle (**DI**) lorsque des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif se manifestent par rapport aux habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. Quant aux personnes ayant un trouble envahissant du développement (**TED**), elles peuvent présenter un déficit sur les plans cognitif, social, affectif, intellectuel et sensoriel, et en matière d'acquisition du langage. Des déficiences majeures touchent trois secteurs de son développement, soit les interactions sociales, la communication verbale ou non verbale ainsi que les intérêts et les comportements qui ont un caractère restreint, stéréotypé et répétitif. L'autisme est l'exemple le plus connu de ce type de troubles.

En 2012, pour l'ensemble du Québec, on estime le nombre de personnes ayant une DI à 240 000 et celui des personnes présentant un TED à 80 000. Pour ces dernières, il y a eu une augmentation de plus de 600 % depuis 2002.

3 Les services offerts visent à réduire les situations de handicap, à compenser les incapacités et à soutenir l'intégration et la participation sociales. Depuis la mise en place en 2004 des réseaux locaux de services dans le réseau de la santé et des services sociaux, la prestation des services doit être assurée par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour les **services de première ligne** (services généraux offerts à l'ensemble de la population et **services spécifiques** pour des clientèles vulnérables ou particulières telles que les personnes présentant une DI ou un TED). Quant aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED), ils fournissent les **services de deuxième ligne** (services spécialisés). Ces centres rendent notamment à leur clientèle des services d'adaptation et de réadaptation, d'intégration résidentielle, au travail et communautaire et ils procurent des services d'assistance éducative aux familles et aux proches ainsi que des services de soutien aux partenaires. Des organismes communautaires, tels que des regroupements de parents, fournissent également des services d'aide, de soutien et de répit.

En 2011-2012, près de 27 000 personnes ayant une DI ou un TED ont obtenu des services de première ligne et un peu plus de 33 000 personnes, des services de deuxième ligne.

Les services spécifiques comprennent notamment l'aide psychosociale, le service de soutien à domicile et le soutien aux familles.

Dépenses du programme

4 Le tableau 1 présente la répartition, par service, des dépenses engagées dans le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, lesquelles se chiffraient à 868,6 millions de dollars pour l'année 2011-2012. L'annexe 2 détaille par région les dépenses ainsi que le nombre d'usagers recevant des services.

Tableau 1 Dépenses du programme par service en 2011-2012

	M$	%
Services de première ligne		
Services à domicile	45,6	5,3
Organismes communautaires	21,2	2,4
Services aux usagers en milieu naturel	14,2	1,6
Sous-total	**81,0**	**9,3**
Services de deuxième ligne		
Intégration résidentielle	402,0	46,3
Soutien à l'intégration sociale	262,6	30,2
Intégration socioprofessionnelle	53,5	6,1
Soutien au programme[1]	44,9	5,2
Hébergement (internat)	23,2	2,7
Services connexes à l'hébergement en internat	1,4	0,2
Sous-total	**787,6**	**90,7**
Total	**868,6**	**100,0**

1. Ce poste regroupe notamment l'organisation et la coordination des activités ainsi que le soutien au personnel travaillant auprès des usagers dans des domaines tels que la psychologie et le service social.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Rôles et responsabilités

5 Pour ce programme, le MSSS doit notamment déterminer les priorités, les objectifs et les orientations sur le plan national et en effectuer le suivi. Il doit également évaluer les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Pour leur part, les 16 agences ont pour mission de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région. Elles doivent se préoccuper particulièrement d'allocations budgétaires, de planification des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés.

6 Quant aux 94 CSSS de la province, ils sont responsables notamment d'orienter les personnes vers un service d'évaluation diagnostique et de s'assurer de l'évaluation globale de leurs besoins. De plus, ils doivent accompagner la personne, ainsi que ses proches, dans sa démarche pour obtenir les services requis auprès des divers prestataires. Enfin, 17 CRDITED et 5 autres établissements à vocation multiple ont la responsabilité d'offrir des services spécialisés aux usagers qui ont été orientés vers eux par les CSSS. L'annexe 3 détaille les rôles et responsabilités de ces acteurs.

7 L'encadrement légal pour les services qui sont touchés par nos travaux de vérification provient principalement de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui vise à favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes ainsi que leur intégration ou leur réintégration sociales. De plus, le MSSS a élaboré des documents d'orientation particuliers pour le programme. En voici les principaux.

	Document	**Objectif**
2001	*De l'intégration sociale à la participation sociale : politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches* (politique et plan d'action)	Définir l'organisation des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches
2003	*Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches* (politique et plan d'action)	
2006	*Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle*	Garantir des services de qualité, accessibles, continus et complémentaires par la conclusion d'ententes entre les CSSS et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (devenus les CRDITED)
2008	*Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*	Soutenir les programmes Déficience physique et Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services

8 La présente vérification a été effectuée auprès du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de Montréal et de la Montérégie. Dans chacune de ces régions, un CSSS et un CRDITED ont fait l'objet de travaux de vérification, soit le CSSS de Rivière-du-Loup, le CSSS de la Montagne et le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne ainsi que le CRDITED du Bas-Saint-Laurent, le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM) et le CRDITED de la Montérégie-Est. Des représentants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, d'associations de parents et d'organismes communautaires ont également été rencontrés.

9 Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

10 Les travaux se sont articulés autour de trois axes, soit l'offre de services, la gestion des CRDITED et l'encadrement fait par le ministère et les agences.

2.1 Offre de services

11 Les services offerts aux personnes ayant une DI ou un TED doivent être accessibles et répondre aux besoins des usagers en termes d'intensité. De plus, des mécanismes doivent être mis en place afin de favoriser la continuité de ces services.

Accessibilité

12 Les politiques ministérielles reconnaissent qu'il est essentiel que l'organisation des services soit fondée sur la réponse aux besoins des personnes. Les services requis peuvent être spécifiques (première ligne) ou encore spécialisés (deuxième ligne), ces derniers incluant des services professionnels tels que ceux relatifs à la psychoéducation, au travail social ou ceux d'orthophonie et d'ergothérapie.

13 En juin 2008, le MSSS a lancé le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* et l'a accompagné d'un investissement de 41,5 millions de dollars dans le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. Cet investissement a été réparti sur une période de trois ans. Comme le plan représente l'avenue privilégiée pour améliorer les services offerts à cette clientèle, le ministère a fixé des standards d'accès : il a voulu que la clientèle soit assurée d'obtenir une **première intervention** à l'intérieur d'un délai raisonnable, que ce soit au CSSS ou au CRDITED. De même, il a tenu à optimiser et à harmoniser la gestion de l'accès.

Selon le plan d'accès, la première intervention sert notamment à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention. Elle doit être effectuée en présence de l'usager lors d'une rencontre ou d'une communication téléphonique.

14 L'accès aux services demeure difficile pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Le délai pour obtenir un diagnostic ou des services spécialisés est parfois très long.

Diagnostic ou conclusion clinique d'un trouble envahissant du développement

15 Pour les personnes ayant un TED, bien que le diagnostic que le médecin doit établir ou la **conclusion clinique** que le psychologue doit faire puisse être complexe à formuler, il facilite l'accès aux services offerts par les CSSS et les CRDITED.

Depuis septembre 2012, une modification législative permet aux psychologues d'établir une conclusion clinique de TED, ce qui devrait aider à réduire le délai.

16 L'obtention d'un diagnostic ou d'une conclusion clinique pour les personnes ayant un TED est longue et ardue pour les trois régions visitées. D'après les personnes rencontrées, le délai peut être d'environ deux ans, ce qui inclut l'attente pour avoir accès à l'évaluation et le temps nécessaire pour que cette dernière soit effectuée.

17 Le plan d'accès aux services mis de l'avant par le ministère mentionne que l'intervention précoce auprès des enfants augmente le potentiel de développement de leurs capacités, d'où l'importance qu'un diagnostic soit établi le plus rapidement possible lorsque l'on soupçonne un TED. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le CSSS est responsable d'orienter l'enfant vers un service d'évaluation conduisant à un diagnostic ou à une conclusion clinique. Dans les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Montérégie, les CSSS ont mis en place, avec le soutien des agences, des cliniques spécialisées alors que, dans la région de Montréal, quatre centres hospitaliers ont été désignés en 2004 pour faire cette évaluation.

18 Les CSSS ne suivent pas le délai relié à l'évaluation diagnostique. Selon les personnes rencontrées dans les régions visitées, le long délai d'attente pour obtenir un diagnostic de TED limite l'intervention précoce auprès des enfants. De plus, le ministère n'effectue aucun suivi et seule l'agence de la Montérégie détient des données à cet égard. Le MSSS reconnaît ces difficultés et indique même que les parents doivent souvent multiplier les démarches pour obtenir un diagnostic, car il n'y a pas de guichet unique régional pour ce type d'évaluation dans les régions visitées. La présence de tels guichets éviterait le chevauchement des démarches pour les parents et donnerait un portrait plus juste de l'attente sur un territoire. Par conséquent, 11 enfants, selon les données du CROM, n'ont pu avoir accès à des services spécialisés en 2010-2011 et en 2011-2012, faute d'avoir obtenu un diagnostic en temps opportun.

19 Le CSSS de Rivière-du-Loup a instauré une mesure qui permet d'accélérer le processus. Ainsi, il a mis sur pied une clinique de développement interdisciplinaire pour les diagnostics d'enfants de cinq ans ou moins.

20 Soulignons qu'au Québec, une proportion significative de parents, soit près du quart, se tourne vers le secteur privé pour obtenir plus rapidement un diagnostic. Cette pratique coûte de 800 à 1 500 dollars, ce qui représente une somme considérable pour certaines familles.

Délai d'accès aux services

21 Un nombre élevé d'usagers des CRDITED vérifiés ne reçoivent pas les services dans le délai établi. Le portrait du ministère quant à l'accès aux services est très partiel : il ne tient compte que de la clientèle qui attend une première intervention, ce qui représente 37 % des personnes en attente.

Délai d'accès pour la première intervention

22 L'accès aux services spécifiques et spécialisés demeure préoccupant au Québec et dans les régions visitées, bien que des améliorations aient été apportées aux processus et à l'organisation des services depuis la mise en place du plan d'accès aux services.

23 Le MSSS a établi des standards pour assurer un accès aux services dans un délai raisonnable, de même qu'un accompagnement personnalisé. Entre autres, il a établi un délai d'attente maximum pour le **début des services** dans le CSSS et le CRDITED selon les niveaux de priorité des demandes.

Selon le ministère, l'attente prend fin lorsque la personne commence à recevoir ses services. Le début des services est marqué par une première intervention en présence de la personne.

24 Les niveaux de priorité sont les suivants :

- urgent : l'intégrité et la sécurité de la personne ou de sa famille sont présentement menacées ;
- élevé : pour les services du CSSS, l'intégrité ou la sécurité de la personne ou de sa famille risquent d'être menacées si l'on n'intervient pas dans les 30 jours ; pour ceux du CRDITED, l'intégrité et le développement de la personne risquent d'être irrémédiablement compromis si l'on n'intervient pas dans les 90 jours ;
- modéré : pour les services du CSSS, l'intégrité ou la sécurité de la personne ou de sa famille ne sont pas menacées à court terme (jusqu'à 30 jours), mais l'intervention est nécessaire pour le maintien de la personne dans sa communauté ; pour ceux du CRDITED, la détérioration ou l'aggravation de la situation de la personne ne sont pas prévisibles dans les 90 jours, mais l'intervention est nécessaire pour que la personne puisse conserver ses habitudes de vie ou assurer son intégration sociale.

25 Le tableau 2 donne le délai maximum d'accès pour le début des services selon le niveau de priorité.

Tableau 2 Délai maximum d'accès pour le début des services (en jours)

Niveau de priorité	CSSS	CRDITED
Urgent	3	3
Élevé	33	97
Modéré	360	360

Source : MSSS.

26 Le ministère effectue le suivi du respect du délai en considérant le pourcentage des personnes ayant une déficience traitées dans ce délai. Dans ses orientations stratégiques, il s'est donné la cible suivante : le taux doit s'élever à 90 % d'ici 2015. À l'échelle provinciale, bien que ce taux soit variable d'un établissement à l'autre et qu'il se soit amélioré dans certains cas au cours des trois dernières années, du travail reste à faire pour atteindre la cible. Le tableau 3 présente les résultats obtenus depuis 2009-2010.

Tableau 3 Respect des standards d'accès au Québec (en pourcentage)

Niveau de priorité	CSSS			CRDITED		
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Urgent	15	25	44	71	24	62
Élevé	37	52	63	53	54	74
Modéré	s.o.	n.d.[1]	85	s.o.	n.d.[1]	81

1. Les données provinciales ne sont pas disponibles pour ce niveau de priorité, compte tenu de l'entrée en vigueur des standards le 1er novembre 2010.

Source : MSSS.

27 Plus précisément en ce qui a trait aux services offerts par les CSSS vérifiés, le taux de respect des standards se rapproche de la cible provinciale. En 2011-2012, il s'est élevé en moyenne à 83 % (5 des 6 demandes reçues) au CSSS de Rivière-du-Loup, à 89 % (62 des 70 demandes) au CSSS de la Montagne et à 100 % (12 demandes) au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne. Toutefois, mentionnons que l'indicateur du ministère ne considère pas les demandes prises en compte initialement par d'autres programmes-services tels que Jeunes en difficulté. En 2011-2012, elles représentaient près de 80 % des demandes de services concernant le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, près de la moitié des demandes au CSSS de la Montagne et le quart des demandes au CSSS de Rivière-du-Loup.

28 Dans les CRDITED vérifiés, des usagers ne reçoivent pas un premier service dans le délai établi. Le tableau 4 présente de façon plus détaillée les résultats de 2011-2012.

Tableau 4 Respect des standards d'accès pour les CRDITED vérifiés (2011-2012)

Niveau de priorité	CRDITED du Bas-Saint-Laurent		CROM		CRDITED de la Montérégie-Est	
	Nbre de demandes traitées	Respect (%)	Nbre de demandes traitées	Respect (%)	Nbre de demandes traitées	Respect (%)
Urgent	–	–	–	–	1	100
Élevé						
■ Usagers de 5 ans et moins	19	74	33	6	16	100
■ Usagers de 6 ans et plus	22	91	19	13	42	95
Modéré	27	96	8	35	248	64
Total	**68**		**60**		**307**	
Moyenne		**88**		**12**		**69**

Source : MSSS.

29 Certains taux nous apparaissent préoccupants, notamment ceux du CROM. La situation s'explique en partie par le fait que ce centre n'applique pas l'un des critères de la même manière que les deux autres CRDITED : il classe systématiquement la clientèle de cinq ans ou moins dans le niveau de priorité élevé, ce qui n'est pas une pratique conforme aux standards du plan d'accès selon le MSSS.

30 D'autres lacunes à l'égard des standards d'accès ainsi que de la mise en place du plan d'accès ont été relevées, dont les suivantes :

- Pour les CRDITED, l'écart entre le délai maximal quant au niveau de priorité élevé (97 jours) et celui se rapportant au niveau de priorité modéré (360 jours) fait en sorte qu'il peut être difficile de déterminer lequel de ces deux niveaux sera retenu, car cette décision a un impact sur le délai, qui peut être important. Ainsi, ce standard ne permet pas de nuancer suffisamment les résultats quant au respect du délai, car l'écart pour le nombre de jours entre ces deux niveaux est trop grand.
- Selon le plan d'accès, lorsqu'une demande est de niveau de priorité modéré, l'établissement doit réaliser un suivi afin de s'assurer que la situation de l'usager ne s'aggrave pas. Dans les CRDITED vérifiés, cette responsabilité est généralement transférée à la personne qui fait la demande, ou au proche aidant, qui doit entreprendre la démarche de réévaluation en entrant en contact avec l'établissement, car ce dernier ne le fait pas.

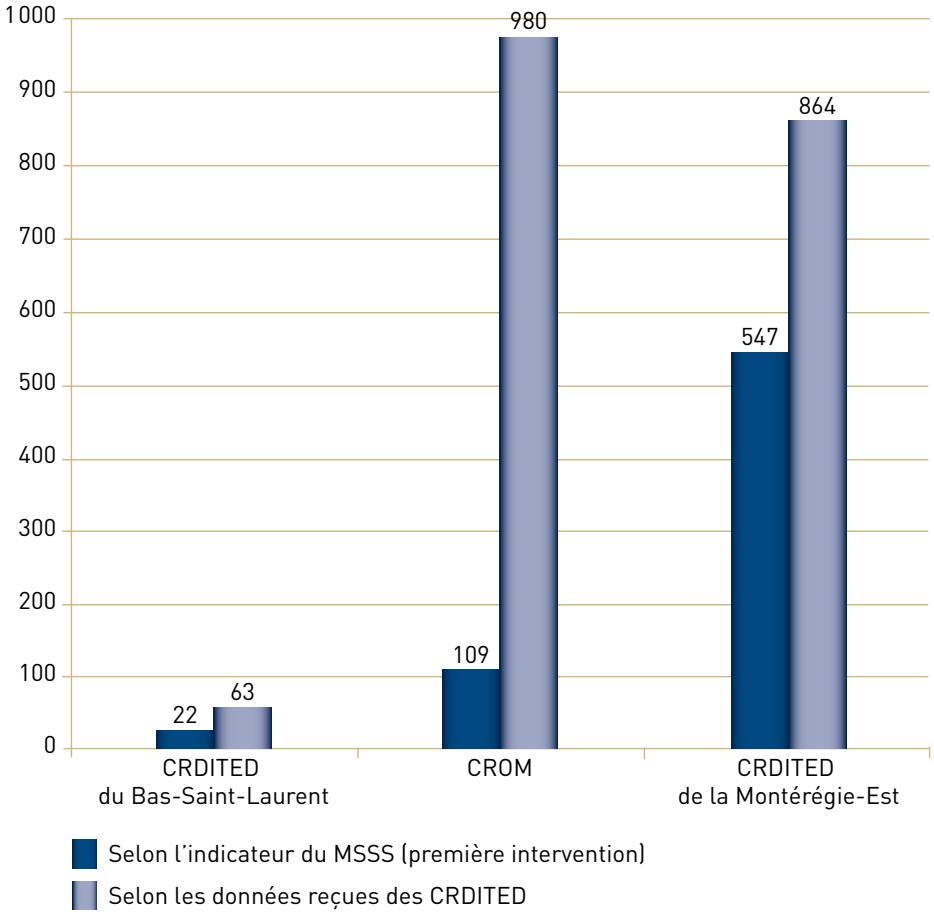
31 Par ailleurs, bien que des mesures d'appoint doivent être offertes aux personnes dont l'attente dure depuis plus de trois mois, ces mesures ne sont pas des services d'adaptation et de réadaptation, mais des activités ponctuelles ayant pour but de minimiser le préjudice ou la détérioration de l'état des usagers durant l'attente des services.

Portrait de la clientèle en attente

32 Le portrait de l'accès aux services demeure partiel puisque seule la première intervention est prise en compte, et elle ne répond souvent pas au besoin réel de la personne lors de sa demande. Par exemple, cette intervention pourrait être une conversation téléphonique avec l'usager ou une activité de groupe. De même, le portrait ne tient pas compte des usagers en attente avant novembre 2010, date d'application complète des standards d'accès, et des usagers en attente de services additionnels. Les demandes de services auxquelles on n'a pas répondu lors de la première intervention concernent le plus souvent des services d'intégration résidentielle, communautaire ou d'intégration au travail et parfois des services de soutien à l'intégration sociale (adaptation et réadaptation).

33 Nous avons dressé un portrait à partir de l'information obtenue des CRDITED vérifiés, qui tient compte de tous les usagers en attente de services. La figure 1 présente la comparaison du nombre d'usagers en attente de services avec le nombre établi par le MSSS.

Figure 1 **Nombre d'usagers en attente au 31 mars 2012**



Sources : MSSS et CRDITED vérifiés.

34 Cette figure montre que, pour les services offerts par les CRDITED vérifiés, le portrait du nombre de personnes en attente de services selon l'indicateur du ministère est partiel. Ainsi, pour le CROM, le nombre d'usagers dans cette situation correspond seulement à 11 % de la clientèle réellement en attente. Nous avons fait le même exercice pour l'ensemble de la province : le nombre avancé par le ministère ne représente que 37 % de la clientèle en attente.

35 Nous donnons dans le tableau 5 le délai moyen d'attente au 31 mars 2012 pour les trois CRDITED vérifiés concernant certaines demandes de services non considérées dans le portrait du ministère (demandes effectuées avant novembre 2010 et demandes de services additionnels auxquelles on n'a pas répondu lors de la première intervention).

Tableau 5 **Délai moyen d'attente au 31 mars 2012 pour les demandes de services non prises en compte par le ministère (en jours)**

	CRDITED du Bas-Saint-Laurent	CROM	CRDITED de la Montérégie-Est
Première intervention			
Services spécialisés – inscriptions avant novembre 2010	–	1 402	723
Intervention additionnelle			
Service d'intégration résidentielle	329	1 155	1 294
Service d'intégration au travail ou communautaire	240	384	42
Service de soutien à l'intégration sociale	–	1 411	–

Sources : CRDITED vérifiés.

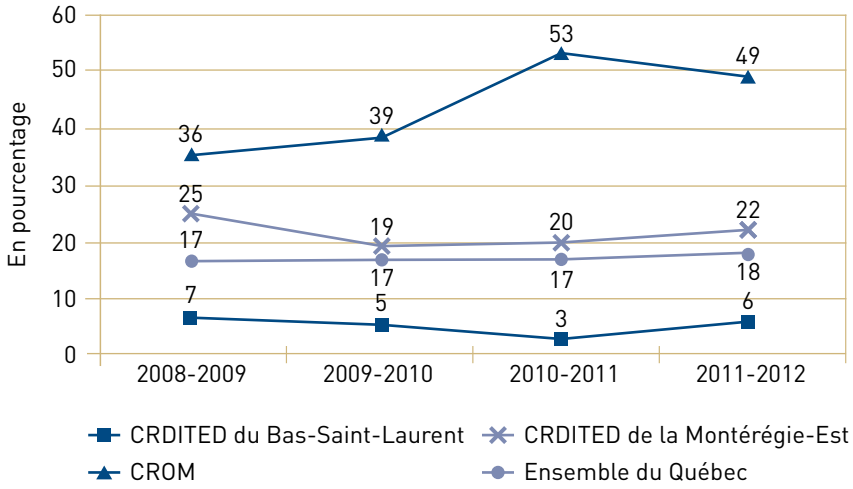
36 Lors de la mise en œuvre du plan d'accès de novembre 2008, les agences se sont engagées à régler les cas figurant dans les listes d'attente antérieures à cette période au plus tard le 1er novembre 2010. Or, pour le CROM, 84 usagers étaient en attente depuis au moins 2008 et n'avaient toujours pas reçu, au 31 mars 2012, une première intervention autre qu'une évaluation de leurs besoins. Selon le CROM, ce type de services ne correspond pas au début des services, mais l'agence de Montréal n'est pas de cet avis. À cette date, le délai moyen d'attente pour ces 84 usagers était de 1 797 jours. Les deux autres CRDITED n'ont plus de listes d'attente de ce type.

37 Le délai moyen pour les usagers en attente du service d'intégration résidentielle est également considérable. Pour le CROM, 20 usagers attendent ce service depuis 8 ans et plus (pour certains, 11 ans et plus). Pour le CRDITED de la Montérégie-Est, 7 usagers attendent depuis 8 ans et plus.

38 Enfin, nous voulions savoir si le nombre d'usagers en attente de services dans les CRDITED de la province (y compris les demandes des usagers non prises en compte par le MSSS) variait depuis la mise en place du plan d'accès. De fait, il a augmenté de 2008-2009 à 2011-2012 de près de 13 %. L'un des facteurs pouvant expliquer cette hausse est le nombre plus élevé de personnes présentant un TED.

39 Étant donné que le nombre d'usagers en attente ne cesse de croître, nous voulions également savoir si les listes d'attente pour l'ensemble des services pouvaient être éliminées dans un délai raisonnable (si l'on considère la productivité actuelle des CRDITED). La figure 2 présente le ratio du nombre de personnes en attente par rapport au nombre d'usagers recevant des services des CRDITED durant chaque année financière.

Figure 2 Ratio personnes en attente / usagers recevant des services



40 Le CRDITED du Bas-Saint-Laurent est, en principe, en mesure de prendre en charge l'ensemble des personnes en attente de services. Toutefois, ce n'est pas le cas du CROM : le nombre de personnes en attente représente, pour les deux dernières années, la moitié du nombre d'usagers recevant des services. Notons qu'au CROM, le taux de roulement des usagers à qui sont offerts les services est faible (4 %), ce qui a comme conséquence de réduire sa capacité à accueillir de nouveaux usagers.

Services professionnels spécialisés

Des interventions en orthophonie et en ergothérapie contribuent à améliorer le développement de l'enfant.

41 Plusieurs professionnels travaillent au sein des CRDITED, dont les **orthophonistes** et les **ergothérapeutes**. La difficulté d'accès à leurs services est liée à un problème d'attraction et de fidélisation de ce type de main-d'œuvre ; selon le ministère, le problème est particulièrement préoccupant dans les régions en dehors des grands centres.

42 Malgré les moyens mis en place par le ministère pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis d'orthophonistes et d'ergothérapeutes et ceux disponibles, plusieurs usagers n'ont pas accès à leurs services.

43 Le ministère a pris des mesures, telles que l'attribution de bourses, dans le but d'améliorer l'offre de services. Cependant, ces mesures n'ont pas encore donné de résultats dans les trois CRDITED vérifiés. Afin de régler la question tout en essayant de répondre le mieux possible aux besoins de la clientèle, les CRDITED vérifiés ont établi des critères pour limiter les demandes pour ces services. Dans certains cas, l'offre de services est restreinte à des groupes d'âge précis (principalement les enfants) ou à certains types d'interventions, comme l'évaluation des besoins et les services-conseils. Les personnes ne remplissant pas les critères n'ont tout simplement pas accès aux services. Par ailleurs, le CROM a entrepris un projet d'échange de services professionnels avec un centre de réadaptation en déficience physique afin d'améliorer ses services.

44 Qui plus est, même si des mesures sont prises, l'importante difficulté d'accès pour obtenir ces services professionnels fait que plus de la moitié des parents ayant un enfant de sept ans ou moins qui présente un TED s'en remet au secteur privé. Pour plus de 40 % de ces parents, cette solution est utilisée sur une période pouvant aller de deux ans à cinq ans. D'autre part, le taux de roulement des professionnels (orthophonistes et ergothérapeutes) est élevé dans les trois CRDITED vérifiés, ce qui fragilise la relation entre l'usager et le professionnel.

Intensité des services spécialisés

45 Nous avons analysé l'offre de services spécialisés des CRDITED afin de nous assurer que les mesures en place favorisent l'équité entre les centres de réadaptation et entre les types de clientèle.

46 L'intensité des services spécialisés dans les CRDITED vérifiés varie grandement d'un établissement à l'autre et d'une clientèle à l'autre, et les écarts ne font pas suffisamment l'objet d'analyses de la part du ministère. Des usagers, notamment ceux ayant un trouble grave du comportement ainsi que ceux de plus de 21 ans, ont besoin d'une intensité de services plus grande que celle dont ils bénéficient actuellement.

47 Le tableau 6 présente l'intensité des services spécialisés offerts par les CRDITED vérifiés selon l'âge de la clientèle. Elle comprend les heures de prestations effectuées en présence des usagers ou de leur famille par des employés membres du **conseil multidisciplinaire** de l'établissement.

Le conseil multidisciplinaire est composé de toutes les personnes titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur associé à ce diplôme (autres que les infirmières et les médecins), fonctions qui sont reliées notamment aux services de santé et aux services sociaux.

Tableau 6 Intensité annuelle moyenne des services par usager pour 2011-2012 (en heures)

	Moins de 6 ans	De 6 à 21 ans	Plus de 21 ans	Moyenne
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	165,9	28,3	100,6	83,6
CROM	173,8	86,6	128,7	118,9
CRDITED de la Montérégie-Est	117,5	39,8	38,4	48,6

Sources : CRDITED vérifiés.

48 L'intensité des services offerts par le CROM dépasse de façon importante celle des deux autres CRDITED vérifiés, et ce, pour toutes les catégories d'âge. Cela s'explique en partie par la proportion plus élevée d'usagers qui reçoivent l'intervention comportementale intensive (ICI) : 6 % par rapport à 2 % pour les deux autres CRDITED. L'ICI, qui regroupe un ensemble de services, est une approche éducative et comportementale visant le développement de la capacité de communication et des habiletés sociales des enfants présentant un TED. Différentes pratiques, telles que le fait qu'on emploie des personnes non membres du conseil multidisciplinaire peuvent également faire varier l'intensité moyenne. Voici l'analyse plus détaillée que nous avons effectuée pour les différentes catégories d'âge.

Usagers de moins de 6 ans

On parle de retard global de développement lorsqu'un enfant de moins de 6 ans accuse un retard significatif par rapport aux autres enfants du même âge dans au moins deux sphères de développement (motricité, cognition, développement socio-émotionnel, communication et autonomie).

49 Dans cette catégorie d'âge, on trouve les enfants ayant un TED, d'autres présentant un **retard global de développement** et quelques cas d'enfants ayant une déficience intellectuelle (par exemple, la trisomie 21). Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces clientèles, il est important d'intervenir tôt et intensément pour améliorer leur fonctionnement intellectuel et atténuer les difficultés liées au comportement, à la communication, à la socialisation et à la vie quotidienne. Ainsi, selon des études sur le sujet, il coûte moins cher d'investir dans des services d'ICI en bas âge que d'assumer les coûts considérables à long terme qu'entraînerait le non-traitement de l'autisme au cours de la petite enfance. De plus, ce type de services peut améliorer la qualité de vie des personnes.

50 Au Québec, pour les enfants de 2 à 5 ans ayant un TED, le MSSS a établi en 2003 une cible d'intensité de services de 20 heures par semaine pour les services d'ICI. Toutefois, comme le montre le tableau 7, la moyenne provinciale était de 12,8 heures par semaine par enfant en 2011-2012 (20 % des CRDITED qui offrent ce service ont une moyenne de moins de 10 heures par semaine). De plus, l'intensité moyenne des services de ce type est en décroissance de 6,6 % depuis 2007-2008.

Tableau 7 Intensité moyenne des services d'ICI offerts aux usagers de moins de 6 ans pour 2011-2012 (en heures)

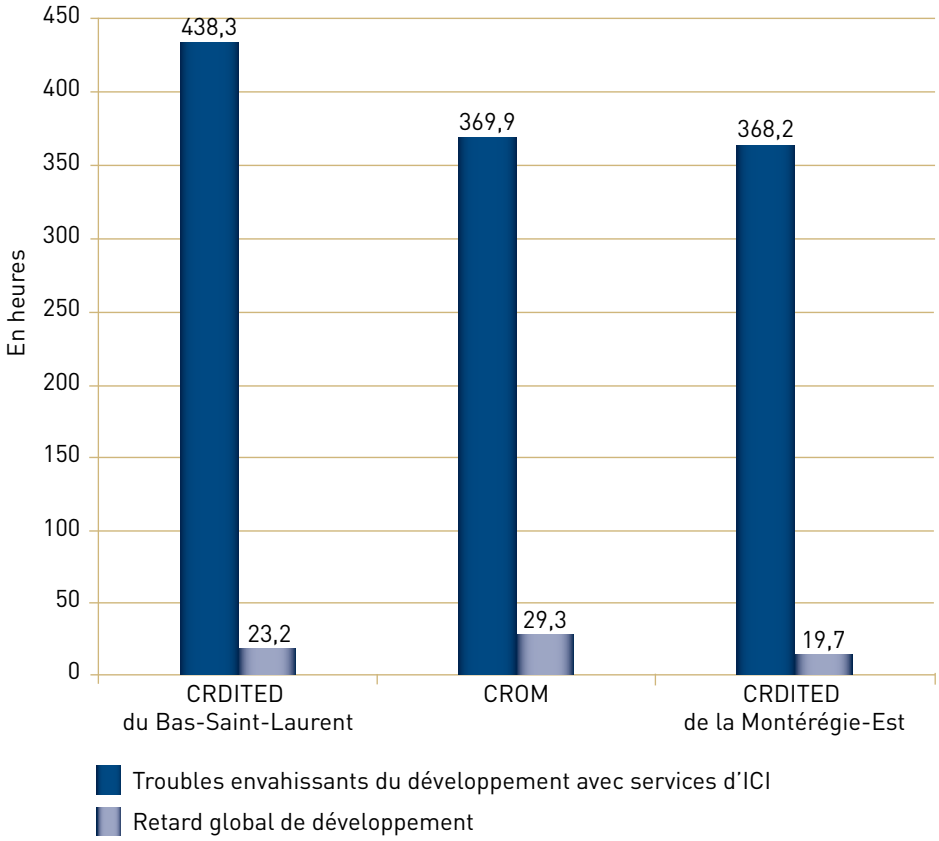
	Cible hebdomadaire	Moyenne hebdomadaire
CRDITED du Bas-Saint-Laurent		14,9
CROM		14,9
CRDITED de la Montérégie-Est		15,3
Autres CRDITED de la province		12,0
Moyenne provinciale	**20,0**	**12,8**

Source : MSSS.

Dans le but de faire ressortir l'intensité de services requise pour les usagers ayant un retard global de développement, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement est en train d'élaborer, en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, un guide de pratiques.

51 Par ailleurs, en 2001, le MSSS s'est engagé à intensifier les services aux usagers ayant un retard global de développement, mais il n'a pas établi de cibles et n'a pas mis en place d'outils pour effectuer le suivi. Les enfants ayant ce type de retard font l'objet d'une intensité de services spécialisés beaucoup plus faible que les enfants présentant un TED. Par exemple, pour le CRDITED du Bas-Saint-Laurent, l'**intensité des services** est en moyenne de 23,2 heures annuellement pour les enfants ayant un retard global de développement, alors qu'elle s'élève à 438,3 heures pour les enfants présentant un TED et recevant l'ICI. Étant donné que le ministère n'a pas pris position sur l'intensité de services à offrir aux enfants ayant un retard global de développement et que l'écart est important, la situation suscite des interrogations. D'autre part, l'intensité moyenne des services offerts à cette clientèle est variable d'un CRDITED vérifié à l'autre (figure 3).

Figure 3 **Intensité annuelle moyenne des services en 2011-2012**



Sources : CRDITED vérifiés.

Usagers de 6 à 21 ans

52 Les usagers de cette catégorie d'âge devraient bénéficier de services adaptés à leurs besoins lors des périodes de transition causant l'anxiété, comme le début des classes, le transfert du primaire au secondaire et l'arrivée sur le marché du travail. Le tableau 8 montre que, pour les périodes charnières du développement, l'intensité des services varie grandement selon le CRDITED vérifié pour les deux clientèles confondues (DI et TED).

Tableau 8 **Intensité annuelle moyenne des services lors des périodes de transition en 2011-2012 (en heures)**

	CRDITED du Bas-Saint-Laurent	CROM	CRDITED de la Montérégie-Est
Primaire			
5 ans	83,9	358,0	83,0
6 ans	21,8	283,1	16,8
7 ans	20,5	63,1	17,4
Secondaire			
12 ans	18,2	27,5	41,9
13 ans	19,6	139,2	44,0
19 ans	31,1	29,1	36,4
20 ans	33,2	92,4	56,5
21 ans	98,9	19,0	39,0

Sources : CRDITED vérifiés.

53 De cinq à six ans, soit lors de l'entrée en première année du primaire, l'intensité des services diminue de façon importante au CRDITED du Bas-Saint-Laurent et à celui de la Montérégie-Est, alors qu'au CROM, la baisse est plus progressive. Certes, certains services sont offerts par le milieu scolaire. Cependant, il est important de souligner que le réseau de l'éducation poursuit l'objectif, à partir des capacités et des besoins de l'enfant, de lui permettre d'acquérir des connaissances et de développer des compétences en vue de sa réussite scolaire, de l'exploration de son potentiel et de son intégration à la société. Cet objectif est différent de ceux du réseau de la santé et des services sociaux. Ce dernier a la responsabilité première du diagnostic, de l'adaptation et de la réadaptation ainsi que de l'intervention spécifique ou spécialisée. Il est donc important que la clientèle de cet âge ne soit pas délaissée et ait accès à des services spécialisés, si nécessaire.

54 Des analyses plus poussées pourraient expliquer les écarts entre les CRDITED vérifiés, ce qui pourrait donner lieu à la formulation de directives pour mieux orienter ces établissements. Toutefois, le MSSS, les agences et les centres de réadaptation procèdent peu à de telles analyses.

55 D'autre part, les intervenants d'une région visitée nous ont indiqué que les usagers de 10 à 16 ans requièrent une plus grande intensité de services, notamment parce qu'un nombre grandissant d'entre eux ont un trouble grave du comportement. Quant aux usagers de 18 à 21 ans, période qui correspond à la fin de la scolarité, des intervenants rencontrés ont confirmé que cette période est importante afin de préparer les usagers aux activités socioprofessionnelles et que les services pour cette clientèle devraient être d'une plus grande intensité.

Usagers de plus de 21 ans

56 Le passage de l'école à la vie adulte est également une période charnière pour la personne. Il est important qu'elle ait accès à des services d'adaptation et de réadaptation de même qu'à des services d'intégration au travail et d'intégration communautaire afin qu'elle puisse jouer un rôle dans sa communauté et se sentir valorisée.

57 Les usagers de plus de 21 ans reçoivent peu de services des CRDITED et, lorsqu'ils en bénéficient, leur intensité varie d'une région à l'autre. Ainsi, ce sont 38,4 heures en moyenne annuellement qui sont consacrées aux usagers du CRDITED de la Montérégie-Est alors que, pour le CROM, il s'agit plutôt de 128,7 heures, ce qui est encore un écart important entre les deux CRDITED. D'ailleurs, en avril 2013, le MSSS a annoncé un investissement supplémentaire ainsi que la création d'un groupe de travail sur l'organisation des services socioprofessionnels pour cette clientèle afin de pallier le manque criant de services qui lui sont destinés.

58 Les usagers résidant chez leurs parents ou chez un proche aidant ne reçoivent pas toujours les services requis. À cet égard, le MSSS confirme que les services de soutien à l'intégration sociale adaptés à la clientèle adulte ayant un TED demeurent peu développés dans les régions. Cette situation a comme conséquence qu'après quelques années, les parents, qui sont à bout de souffle et qui n'ont pas de soutien adéquat, risquent de lâcher prise et de se tourner vers l'hébergement pour leur enfant. Les coûts seront alors plus élevés.

Continuité des services

59 La personne présentant une DI ou un TED a régulièrement besoin de services offerts simultanément par plusieurs intervenants d'un même ou de plusieurs établissements ou organismes. Des mesures visant à faciliter la complémentarité et la continuité des services requis s'avèrent donc nécessaires.

60 Les mécanismes prévus pour assurer la continuité des services n'ont été mis en place que partiellement par le MSSS, les agences et les établissements vérifiés. De plus, des zones grises subsistent quant au partage des rôles et responsabilités entre les CSSS et les CRDITED des régions visitées.

61 Le plan de services individualisé (**PSI**), l'intervenant pivot du réseau de même que les projets cliniques, les trajectoires de services et les ententes de services font partie des mécanismes privilégiés depuis 2008 par le ministère pour assurer la continuité des services aux usagers. Les sections suivantes font le point sur l'implantation de ces mécanismes.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* établit que les établissements doivent assurer l'élaboration d'un PSI lorsqu'une personne doit recevoir pour une période prolongée des services nécessitant la participation de plusieurs établissements, dont le CSSS.

Plan de services individualisé et intervenant pivot du réseau

62 Le plan d'accès définit deux mesures de continuité, soit le plan de services individualisé et la présence d'un intervenant pivot du réseau. Pourtant, celles-ci ne sont appliquées que partiellement par les établissements vérifiés.

63 Selon le plan d'accès, le PSI représente l'outil privilégié pour coordonner les services offerts à la personne et à sa famille lors des périodes de transition. À ce titre, la planification stratégique du ministère prévoit le suivi d'un indicateur : il s'agit du nombre de personnes ayant une DI ou un TED pour lesquelles, dans l'année, un CRDITED a élaboré un PSI, lequel a impliqué le CSSS. Or, dans le dernier rapport annuel de gestion du MSSS, aucun résultat n'est présenté en raison du manque d'information de gestion.

64 Nous avons analysé des dossiers dans les trois CRDITED vérifiés afin de nous assurer de la présence de PSI lors de deux périodes de transition, soit l'entrée à l'école et le passage du primaire au secondaire. Le plan d'accès du MSSS prévoit l'obligation d'établir un PSI lors de ces périodes. Les résultats sont présentés ci-dessous.

Établissement	**Présence de PSI**
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	1 dossier sur 12 (8 %)
CROM	7 dossiers sur 35 (20 %)
CRDITED de la Montérégie-Est	13 dossiers sur 38 (34 %)

65 Peu de dossiers contiennent un PSI pour les deux périodes (le document est présent en moyenne dans 25 % des dossiers). De plus, dans les trois CRDITED vérifiés, il y a peu d'intervenants pivots du réseau pour assurer la coordination des PSI et pour accompagner les personnes et leur famille dans l'obtention des services. À cet égard, le ministère mentionne dans son dernier bilan sur les services aux personnes présentant un TED que la fonction de l'intervenant pivot du réseau doit être revue afin d'assurer une continuité des services et une meilleure complémentarité des interventions et leur cohérence. Il souligne également que plusieurs parents d'enfants ayant un TED ignorent même la présence d'intervenants pivots du réseau.

Projet clinique, trajectoire et entente de services

66 Selon la réglementation, chaque CSSS doit définir un **projet clinique** pour le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. Pourtant, un seul des trois CSSS vérifiés, soit le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, a élaboré un projet clinique. L'absence de ce dernier pour les deux autres CSSS vérifiés ne favorise pas l'accès, la continuité et la coordination des services.

Un projet clinique se définit notamment par la hiérarchisation des services, qui implique la complémentarité des services et un cheminement optimal de l'usager parmi les différents établissements, dont le CSSS et le CRDITED.

67 Par ailleurs, selon le plan d'accès du ministère de 2008, les trajectoires de services auraient dû être définies. Cela aurait permis de déterminer le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient pour que les personnes aient accès rapidement aux services dont elles ont besoin, et ce, d'une manière coordonnée. La notion de trajectoire de services s'apparente à celle de continuum de services. Elle nécessite une reconnaissance implicite d'une responsabilité commune des établissements ou des organismes à l'endroit d'une clientèle donnée. Parmi les régions visitées, seule la Montérégie a défini une trajectoire régionale de services pour sa clientèle.

68 Somme toute, il reste encore du travail à faire quant au partage des rôles et des responsabilités entre les acteurs des régions visitées, même si cela fait huit ans que les réseaux locaux de services sont en place. En pratique, il y a encore des zones grises sur « qui doit faire quoi », ce qui prouve que les rôles et les responsabilités ne sont pas pleinement assumés. Ainsi, la continuité des services est compromise parce que la coordination entre les CSSS et les CRDITED est déficiente. Notons que l'intensité des liens entre les CSSS et les CRDITED varie d'une région visitée à l'autre et d'un établissement à l'autre dans une même région. Selon le MSSS, des CRDITED de la province ne se sont pas entendus avec les CSSS avant d'abandonner certains services.

69 Par exemple, deux des trois CRDITED vérifiés continuent d'offrir des services de première ligne à une clientèle n'ayant plus besoin de services spécialisés, alors que les services devraient être rendus par les CSSS. L'un des CRDITED vérifiés soutient qu'il le fait puisque les CSSS n'offrent pas l'intensité requise et qu'il veut que l'ensemble de la démarche soit un succès.

70 Le ministère est d'avis qu'afin d'éviter des ruptures de services, le transfert de responsabilité doit se faire par une entente entre le CRDITED et le CSSS. À cet effet, un cadre de référence national a été élaboré en 2006 afin de garantir l'accessibilité des services ainsi que leur qualité, leur continuité et leur complémentarité. Voici un portrait de la situation pour les CRDITED vérifiés.

	Entente de services
Région du Bas-Saint-Laurent	
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	■ Ententes portant sur les « services de maintien et d'adaptation à la personne dans son milieu de vie » conclues avec 6 des 8 CSSS de son territoire (aucune entente avec le CSSS de Rivière-du-Loup)
Région de Montréal	
CROM	■ Aucune entente formelle avec les 4 CSSS de son territoire ■ Entente entre le CSSS de la Montagne et le Centre Miriam, qui est l'un des 3 CRDITED de la région
Région de la Montérégie	
CRDITED de la Montérégie-Est	■ Ententes avec 3 des 6 CSSS de son territoire portant sur le continuum de services ■ Entente de collaboration avec le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne afin de diminuer le temps d'attente pour recevoir le premier service et favoriser la continuité des services

71 Bien que plusieurs ententes de services soient conclues avec deux des trois CRDITED vérifiés, la moitié des CSSS n'ont pas signé d'entente de services avec le CRDITED de leur région. De plus, aucune entente n'a été conclue avec les centres de réadaptation en déficience physique des mêmes territoires. Selon les intervenants rencontrés, la collaboration avec ces centres est difficile, ce qui entraîne des conséquences : la clientèle polyhandicapée n'obtient pas les services auxquels elle devrait avoir droit. À preuve, le Protecteur du citoyen, dans son rapport annuel 2011-2012, précise qu'il a analysé des plaintes selon lesquelles certains centres de réadaptation en déficience physique cessent complètement d'offrir les services de réadaptation physique lorsqu'un usager présente à la fois une DI ou un TED et une déficience physique. Malgré tout, le ministère ne dispose pas d'un portrait des ententes signées entre les établissements. De leur côté, les agences vérifiées en font le suivi, mais ne s'assurent pas que des ententes sont établies avec tous les établissements concernés. Par ailleurs, en l'absence de mécanismes facilitant l'accès aux services d'une région à l'autre (par exemple, lors d'un déménagement), l'usager qui recevait des services pourrait se retrouver sur une liste d'attente dans son nouveau territoire de résidence.

Recommandations

72 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère, en collaboration avec les agences.

1 S'assurer de bien suivre l'ensemble des délais d'accès aux services.

2 Suivre l'intensité des services spécialisés tout en faisant l'analyse des écarts entre les centres de réadaptation.

3 Veiller à ce que des mécanismes soient mis en place par les établissements pour assurer la continuité des services.

73 La recommandation suivante s'adresse aux agences vérifiées, en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux.

4 Prendre les moyens afin que les diagnostics d'un trouble envahissant du développement soient accessibles dans un délai raisonnable.

74 La recommandation suivante s'adresse aux centres de santé et de services sociaux et aux centres de réadaptation vérifiés.

5 Mettre en place les mécanismes prévus pour assurer la complémentarité et la continuité des services.

75 Les recommandations suivantes s'adressent aux centres de réadaptation vérifiés.

6 Prendre les mesures pour réduire le délai d'accès à leurs services, y compris les services professionnels spécialisés.

7 Offrir une intensité de services spécialisés adaptée aux besoins des usagers, dont ceux ayant un retard global de développement ainsi que ceux avec un trouble grave du comportement.

2.2 Gestion des centres de réadaptation

76 Les CRDITED doivent offrir des services de façon économique et efficiente. Ils doivent également mettre en place des mesures qui assurent leur qualité.

Ressources financières et humaines

77 Dans un contexte où les ressources sont limitées et où la demande de services est croissante, il est important que les CRDITED optimisent l'utilisation de leurs ressources.

78 Les CRDITED vérifiés produisent peu d'analyses comparatives de coûts malgré des écarts importants entre eux. De plus, ils ne font aucune analyse de la productivité de leurs ressources humaines ni ne fixent de cibles à cet égard. Pourtant, une portion importante du temps des intervenants cliniques professionnels n'est pas consacrée à des services effectués en présence de l'usager.

79 Seules les données financières du CRDITED du Bas-Saint-Laurent sont analysées. En effet, l'agence du Bas-Saint-Laurent s'est basée sur une analyse comparative des coûts des établissements de sa région pour mettre en place un nouveau modèle d'organisation des services sur son territoire. Pour sa part, l'agence de Montréal, en partenariat avec le CROM, effectue des analyses comparatives, mais celles-ci ne touchent que ses services administratifs.

Les ressources de type familial et les ressources intermédiaires sont des milieux de vie résidentiels adaptés aux besoins des usagers, qui fournissent des services de soutien et d'assistance.

Les résidences à assistance continue offrent des services d'hébergement aux usagers dont les comportements ou les particularités sont tels qu'ils requièrent une intervention spécialisée en tout temps ainsi qu'un environnement adapté et sécurisé.

80 Nous avons effectué une analyse des coûts des CRDITED vérifiés et nous les avons comparés avec les coûts des établissements situés dans des régions similaires ainsi qu'avec la moyenne provinciale. Notre comparaison a porté sur les coûts annuels globaux par usager ainsi que sur les coûts liés à deux types de services offerts, soit le soutien à l'intégration sociale et le soutien à l'intégration résidentielle. Cette dernière catégorie comprend la rétribution associée aux **ressources de type familial** et aux **ressources intermédiaires** de même que les dépenses se rapportant aux **résidences à assistance continue**. Notons que les deux types de services représentent respectivement 30 et 46 % des dépenses du programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. Le tableau 9 présente notre comparaison.

Tableau 9 Coûts annuels moyens par usager en 2011-2012 (en dollars)

	Soutien à l'intégration sociale	Soutien à l'intégration résidentielle			Coûts annuels globaux
		RTF	RI	RAC	
Établissements en région périphérique					
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	7 246	19 882	30 585	97 420	27 182
Moyenne des autres CRDITED	6 771	20 012	32 600	110 765	28 642
Établissements en région semi-urbaine					
CRDITED de la Montérégie-Est	6 687	23 207	41 956	127 407	22 240
Moyenne des autres CRDITED	7 535	21 702	33 172	87 081	25 588
Établissements en région urbaine					
CROM	9 432	22 223	36 122	98 814	22 525
Moyenne des autres CRDITED	8 966	24 421	36 803	70 620	29 721
Moyenne provinciale	**7 762**	**21 667**	**35 006**	**91 052**	**26 309**

Source: MSSS.

RAC Résidence à assistance continue
RI Ressource intermédiaire
RTF Ressource de type familial

81 Notons les écarts importants pour les coûts des services d'intégration résidentielle offerts dans les résidences à assistance continue, particulièrement celles du CRDITED de la Montérégie-Est. La variation des coûts liés à ce type de résidences peut s'expliquer notamment par l'intégration d'usagers ayant un trouble grave du comportement très complexe, mais une analyse des écarts par les établissements visés permettrait d'en déterminer plus précisément les causes.

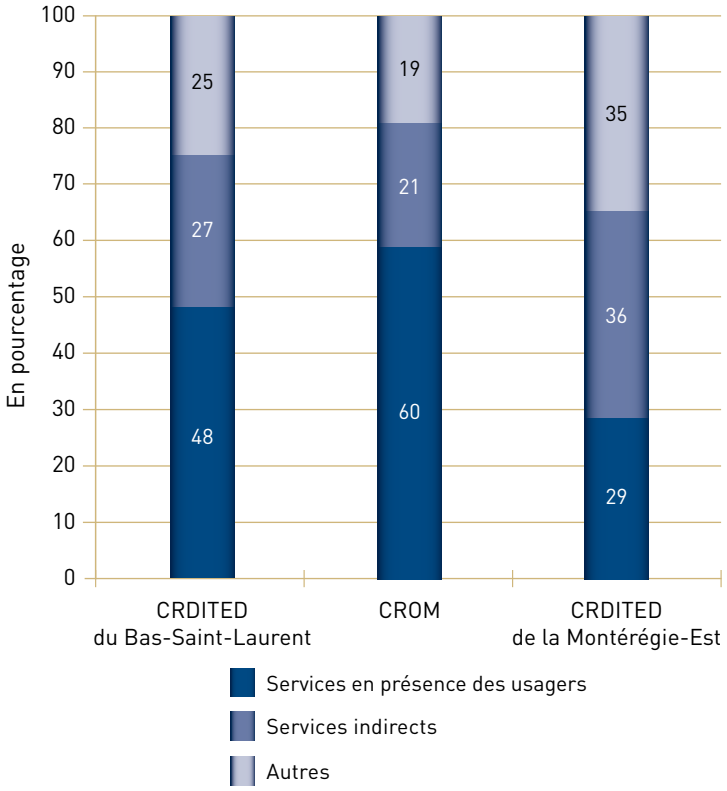
82 Quant aux coûts globaux par usager, les trois CRDITED vérifiés font bonne figure par rapport aux CRDITED de régions similaires et à la moyenne provinciale.

83 À l'échelle provinciale, les **coûts annuels globaux** moyens par usager varient de 19 143 à 43 366 dollars, soit un écart de 127 %. Des efforts visant à réduire les coûts sont donc possibles et nécessaires. Fait à noter, la somme de 43 366 dollars concerne l'un des trois CRDITED de la région de Montréal, soit le Centre Miriam. Cette région a fait l'objet d'une étude en 2011 sur l'organisation des services pour les personnes présentant une DI ou un TED. Des recommandations formulées à l'agence et aux CRDITED ont résulté de cette étude ; l'une portait sur la production par le CROM et le Centre Miriam d'un plan d'optimisation des ressources. Toutefois, ce dernier n'est toujours pas établi. Par ailleurs, le nombre de CRDITED dans la région de Montréal est de trois ; elle est l'une des deux régions de la province qui a plus d'un CRDITED sur son territoire. La seconde région, soit la Montérégie, envisage de fusionner ses deux CRDITED.

Les principaux facteurs influençant les coûts annuels globaux sont le volume et la composition de la clientèle, l'intensité des services offerts, le type de région (périphérique, semi-urbaine ou urbaine), l'efficience de l'organisation des services et les coûts des services de soutien et des services administratifs.

84 Selon les données fournies par les établissements, une proportion importante du temps des intervenants cliniques membres de conseils multidisciplinaires n'est pas consacrée aux services effectués en présence des usagers, ce qui est préoccupant. La figure 4 illustre la répartition du temps de ces intervenants entre les services assurés en présence des usagers (rencontres, communications téléphoniques, etc.), les services indirects (préparation du matériel, consultation clinique, évaluation et rédaction du plan d'intervention et du plan de services individualisé, tenue des dossiers, déplacement) et les autres activités (formation, supervision des stagiaires, réunions et tâches administratives, etc.).

Figure 4 **Répartition du temps des intervenants cliniques (2011-2012)**



Sources : CRDITED vérifiés.

85 Les écarts sont importants entre les CRDITED vérifiés au regard de la proportion du temps du personnel clinique consacrée aux services en présence des usagers. La faible performance du CRDITED de la Montérégie-Est soulève d'ailleurs des questions. Différents facteurs ou des pratiques, comme la composition de la clientèle, le fait qu'on emploie des personnes non membres du conseil multidisplinaire ou des ressources contractuelles, peuvent faire varier la répartition. Des analyses plus poussées pourraient expliquer ces écarts.

86 En 2012-2013, les CRDITED du Bas-Saint-Laurent et de la Montérégie-Est ont mis en place un mécanisme leur permettant de suivre les données relatives à la répartition du temps des intervenants cliniques. Cependant, aucune analyse de la productivité des ressources humaines n'a été réalisée. Quant au CROM, il a demandé à une firme d'examiner ses services de réadaptation afin d'optimiser la productivité des ressources humaines. Différents objectifs ont été fixés, notamment au regard de la prestation de services et de l'accès à ces services.

87 Ni le MSSS ni deux des agences vérifiées n'ont fixé d'objectifs ou de standards liés à la répartition des heures de prestation de services des professionnels dans le domaine. De même, le ministère et les agences vérifiées n'ont défini que peu d'indicateurs de performance concernant les ressources humaines et ils effectuent peu de suivi en la matière. Pour sa part, depuis 2012-2013, l'agence du Bas-Saint-Laurent effectue le suivi de la répartition des heures utilisées pour la prestation de services du CRDITED.

Qualité des services offerts

88 Certains mécanismes existent, mais ils ne sont pas intégrés. Les CRDITED vérifiés n'ont pas mis en place de processus global pour évaluer la qualité des services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

89 En 2013, le ministère s'est engagé à déposer une nouvelle politique québécoise d'assurance qualité des soins et des services. Ce document établira un processus d'assurance qualité, encadrera les différents mécanismes en la matière et clarifiera les rôles et les responsabilités des différents acteurs. Entretemps, les CRDITED vérifiés ont chacun leurs mécanismes. Par exemple, le CROM affecte une personne uniquement à la gestion des risques. Pour sa part, le CRDITED de la Montérégie-Est évalue périodiquement la qualité des **plans d'intervention**. Les évaluations effectuées de 2007 à 2011 ont permis de voir une amélioration qui, selon ce CRDITED, est liée à la mise en place de mesures telles que l'adoption de standards de qualité.

Contrairement au PSI, le plan d'intervention de l'usager ne fait intervenir qu'un seul établissement. Il détermine notamment les objectifs liés aux interventions et les moyens à utiliser pour les atteindre.

90 Dans le même CRDITED, une démarche d'évaluation de la qualité du processus clinique a été entreprise en 2011, soit deux ans après la diffusion d'un guide décrivant les principales activités à mener à l'égard du processus clinique, dont la mise en œuvre du plan d'intervention et du plan de services individualisé. Cette démarche a été réalisée avec la participation de plusieurs intervenants du CRDITED et les résultats ont conduit à un ensemble de recommandations visant à améliorer la pratique. Entre autres, il en ressort les observations suivantes :

- manque d'outils pour l'évaluation des besoins de l'usager ;
- consignes non uniformes d'un secteur à l'autre, notamment sur la façon de préparer un plan d'intervention ;
- critères de réussite des interventions difficilement mesurables.

91 Bien que ces résultats soient propres au CRDITED de la Montérégie-Est, on peut en tirer des conclusions qui permettraient d'apporter les améliorations nécessaires. La démarche pourrait inspirer le ministère et les agences à mettre en place un processus d'évaluation qui mènerait à l'obtention d'un portrait global de la qualité de chaque type de services. Ainsi, les problèmes de nature systémique ressortant des évaluations pourraient être pris en charge par le ministère et les agences.

Recommandations

92 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère, en collaboration avec les agences.

- **8 Fixer des balises quant à la répartition du temps des intervenants cliniques pour les services effectués notamment en présence de l'usager et en effectuer le suivi.**
- **9 Établir des orientations pour l'évaluation de la qualité des services rendus aux usagers dans les centres de réadaptation.**

93 Les recommandations suivantes s'adressent aux centres de réadaptation vérifiés.

- **10 Mettre en place des mesures afin de maximiser la proportion du temps que les intervenants cliniques passent en présence des usagers.**
- **11 Mettre en œuvre un processus d'évaluation de la qualité des services rendus aux usagers.**

94 La recommandation suivante s'adresse aux centres de réadaptation vérifiés, en collaboration avec les agences.

- **12 Effectuer de façon périodique des analyses comparatives de leurs coûts et de la productivité de leurs ressources humaines afin d'optimiser leurs ressources.**

2.3 Encadrement du réseau

95 Un financement accordé en fonction des besoins, des orientations et des balises claires et à jour, une information de gestion pertinente et suffisante ainsi que des systèmes d'information intégrés sont des éléments clés d'un bon encadrement du réseau.

Financement du programme

96 En 2011-2012, le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement a reçu 868,6 millions de dollars. Comme nous l'avons présenté dans la section Mise en contexte, la somme est répartie entre les services de première ligne (incluant ceux que rendent les organismes communautaires) et les services de deuxième ligne. Un montant particulier est destiné au soutien aux familles, soit 19,7 millions de dollars.

Allocation des ressources

97 Le financement des services aux personnes ayant une DI ou un TED est un enjeu important. Il a un impact direct sur l'accessibilité, l'intensité, la continuité et la qualité des services rendus.

98 Les ressources pour les services destinés aux personnes ayant une DI ou un TED ne sont pas allouées en fonction des besoins de cette clientèle, pas plus qu'elles ne tiennent compte de la hausse significative de la clientèle présentant un TED ces dernières années.

99 Le financement actuel des établissements du réseau de la santé et des services sociaux est principalement basé sur l'allocation de l'année précédente, laquelle est indexée en fonction des coûts liés aux ressources (donc sur une base historique). Globalement, les établissements ne savent pas quelles sont les ressources financières requises pour répondre aux besoins de leur clientèle ; ils ignorent donc dans quelle mesure les sommes attribuées permettent de satisfaire les besoins. De 2007-2008 à 2011-2012, le ministère a alloué 45,5 millions de dollars supplémentaires pour le programme, dont 41,5 millions pour la mise en place du plan d'accès aux services en 2008. Il a effectué un suivi sur les résultats associés à ce plan.

100 Le mode de financement adopté par le MSSS a créé des **écarts** entre les régions et, de 2007-2008 à 2011-2012, ces écarts ont peu varié. De plus, dans une même région, des écarts importants peuvent être observés entre les établissements. C'est le cas notamment du CROM et du Centre Miriam de la région de Montréal qui, selon nos calculs, ont reçu en moyenne respectivement 19 437 et 40 030 dollars par usager pour 2011-2012. Cet écart ne peut qu'avoir un impact sur l'offre de services.

Un rapport du Vérificateur général, déposé à l'Assemblée nationale en 2009-2010 et portant sur la gestion des centres jeunesse et l'allocation des ressources, a présenté les écarts de financement entre les régions et a mentionné que le rythme actuel de réduction des écarts ne permet pas au MSSS d'assurer une équité régionale au regard des besoins.

101 Dans son dernier bilan sur les services aux personnes présentant un TED, à leur famille et à leurs proches, soit celui de 2008-2011, le MSSS mentionne que le nombre de personnes ayant un TED est en hausse depuis le plan d'action de 2003. En effet, selon les données du ministère, cette clientèle a augmenté de 179 % de 2003-2004 à 2010-2011 et représentait plus du quart des personnes recevant des services dans les CRDITED. Cette hausse constante ainsi que les usagers qui obtiennent davantage de services, tels que les enfants de moins de six ans qui reçoivent les services d'ICI, constituent sans doute des facteurs qui expliquent la réduction de la capacité des établissements à répondre aux nouvelles demandes de services. Cependant, le ministère n'a pas réajusté son mode de financement pour en tenir compte.

102 En mars 2012, une initiative visant la mise en place d'un mode de « **financement** des établissements à l'activité » dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux a été annoncée par le gouvernement et un groupe d'experts a été créé. En décembre 2012, le gouvernement a précisé le mandat du groupe afin que le mode de financement soit centré sur les patients. Un rapport doit être déposé en 2013. Selon le ministère, avant d'utiliser ce mode de financement pour le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, de l'information de gestion sera nécessaire.

L'Ontario a mis en vigueur un financement axé sur les patients dans le cadre de la loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous. Le financement de plus d'une centaine d'hôpitaux a été ajusté afin de mieux refléter la croissance de la population et les besoins cliniques. Le financement des hôpitaux se fait maintenant en fonction du nombre de patients traités pour certaines interventions, et l'on se base sur l'efficacité et sur les pratiques exemplaires.

103 Depuis 2011, l'agence de Montréal travaille à élaborer des outils qui permettront de mieux évaluer le financement des établissements selon les besoins, de les orienter en ce qui a trait à l'intensité des services à offrir et de répartir la charge de travail des intervenants, notamment par l'instauration de profils types d'usagers. Toutefois, cette initiative n'est pas arrimée à celle du groupe d'experts.

Répit : offre des temps de détente pour diminuer le stress et la fatigue accumulés.

Gardiennage : permet de poursuivre les activités normales de la vie courante.

Dépannage : remédie aux situations imprévisibles et diminue les inquiétudes par rapport aux urgences.

Mesures financières pour le soutien aux familles

104 Les mesures de soutien à la famille offertes par les CSSS permettent d'assister les familles et les proches aidants des personnes présentant une DI ou un TED. Des subventions sous forme d'allocations directes leur sont attribuées afin qu'ils aient accès à des services de **répit**, de **gardiennage** et de **dépannage**.

105 Les montants pris en compte dans le calcul des allocations directes n'ont pas été revus par le ministère depuis plus de 20 ans. De plus, les critères d'attribution varient d'une région à l'autre au regard des mesures de soutien aux familles offertes par les CSSS vérifiés.

106 Le tableau 10 présente les montants établis par le MSSS pour les allocations directes à la famille. Notons que le taux horaire pour les allocations est le même depuis 1991.

Tableau 10 Allocations directes

Type d'intervention	Âge	Taux horaire ($)	Maximum quotidien[1] ($)	Maximum annuel ($)[2]		Allocation maximale annuelle ($)
				Répit	Gardiennage	
Intervention d'encadrement[3]	0-11 ans	2,75	33	500	1 720	2 220
	12 ans et plus	4,75	57			
Intervention complexe[4]	0-11 ans	3,75	45	1 000	3 380	4 380
	12 ans et plus	5,75	69			

1. Le montant maximum quotidien ne s'applique pas aux services de répit.
2. Le montant maximum annuel ne s'applique pas aux services de dépannage puisque les sommes s'y rapportant sont allouées pour une période maximale de deux semaines.
3. On appelle intervention d'encadrement le soutien ponctuel accordé aux activités de la vie quotidienne.
4. Dans cette catégorie figurent la surveillance régulière des activités de la vie quotidienne et les interventions en cas d'urgence.

107 Il existe des disparités pour les critères d'attribution des allocations directes relativement au nombre d'heures qui sont consacrées aux usagers dans les trois régions. Par exemple, pour le CSSS de la Montagne, le nombre d'heures accordées annuellement est déterminé à partir d'une liste de priorisation et de pointage basée sur plusieurs critères liés aux besoins de l'usager et de sa famille, dont le niveau économique familial, tandis que, pour le CSSS de

Rivière-du-Loup, un comité se rencontre mensuellement afin notamment de confirmer en fonction des demandes reçues le nombre d'heures qui seront consacrées annuellement à chaque usager. Enfin, pour le CSSS Champlain–Charles-Le-Moyne, les heures sont attribuées en fonction d'une évaluation des besoins de soutien de l'usager et de sa famille.

108 Quoique le ministère ait fixé des sommes pour les allocations directes, il n'a pas défini de standards ; de plus, aucune mesure d'harmonisation des critères d'attribution n'a encore été instaurée quant aux mesures de soutien à la famille. D'ailleurs, le Protecteur du citoyen, dans un rapport publié en mai 2012, a recommandé qu'une révision complète de ces mesures soit effectuée, étant donné que ces dernières n'ont pas été revues depuis plus de 20 ans.

Contribution des usagers

109 Les adultes hébergés doivent assumer une part des coûts liés au gîte et au couvert et paient une **contribution** au CRDITED. Des règlements et des normes encadrent cette contribution, qui est établie en fonction des revenus et des actifs nets de l'usager. Quant aux personnes mineures, la contribution est versée par les parents au centre jeunesse de leur région et le budget accordé aux CRDITED en tient compte.

La contribution établie par le MSSS pour les adultes de 18 à 64 ans bénéficiaires de l'aide de dernier recours, qu'ils soient hébergés en ressources de type familial ou en ressources intermédiaires, était de 699 dollars par mois en 2012. Pour l'ensemble de la province, la contribution versée s'élevait à 90 millions en 2011-2012.

110 Dans les trois CRDITED vérifiés, la contribution des adultes hébergés est établie de façon équitable et en conformité avec la réglementation.

Orientations, balises et suivi

111 Il importe que le ministère détermine les lignes directrices de l'organisation des services pour les personnes présentant une DI ou un TED et formule des orientations à cet égard. Il doit notamment se prononcer sur l'offre de services, les critères d'accès, le partage des rôles et des responsabilités ainsi que sur les résultats attendus par rapport aux mesures à implanter.

112 Les orientations ministérielles au regard du programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement n'ont pas été mises à jour depuis leur publication il y a au moins 10 ans, le suivi qui en est fait est incomplet et, en conséquence, les mesures qui y sont prévues tardent à être appliquées.

113 Pour les personnes présentant une DI, le MSSS a publié en 2001 une politique accompagnée d'un plan d'action (dont l'échéancier était de 5 ans), qui précisait la gamme de services à offrir de même que les actions à entreprendre. Depuis plus de 10 ans, le ministère n'a pas fait de mise à jour de cette politique, pas plus qu'il n'y a eu de bilan pour mesurer le degré de mise en œuvre des actions prévues et pour s'assurer que toutes étaient encore pertinentes. Il n'a pas non plus suivi les indicateurs déterminés initialement pour vérifier que les actions prévues étaient accomplies (il n'y avait pas de cibles). Le ministère ne peut donc se prononcer sur le degré de mise en œuvre des différentes actions planifiées en 2001.

114 Pour les personnes ayant un TED, une politique et un plan d'action ont été produits en 2003 ; le plan d'action avait un échéancier de cinq ans. Les mesures à mettre en place y sont décrites et les responsables sont désignés ; toutefois, aucun indicateur de suivi qui serait accompagné de cibles mesurables n'a été défini.

115 Pour suivre l'implantation des mesures prévues dans le plan d'action pour les personnes ayant un TED, le ministère a réalisé des bilans pour les périodes 2004-2005, 2005-2007 et 2008-2011. Selon le dernier bilan, plusieurs mesures tardent à s'implanter. On y souligne que l'**offre de services** aux personnes présentant un TED est inégale au Québec et varie d'une région à l'autre selon la réalité régionale, la disponibilité des ressources, le niveau de concertation et de collaboration, les choix organisationnels, l'organisation des services, etc.

La Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement a pris l'initiative de publier en 2006 l'offre de services pour les services spécialisés.

116 La planification stratégique du ministère, quant à elle, ne prévoit que deux indicateurs : nombre de personnes ayant une déficience pour lesquelles, dans l'année de référence, un CRDITED a élaboré un PSI, lequel a impliqué le CSSS ; pourcentage de personnes ayant une déficience dont la demande est traitée dans le délai établi. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment dans la section Continuité des services, le MSSS n'est toujours pas en mesure, cinq ans après la mise en place de l'indicateur portant sur le nombre de personnes pour lesquelles un PSI a été élaboré, de présenter les résultats afférents. Pour l'autre indicateur, nous l'avons vu dans la section Accessibilité, l'information demandée à l'égard des délais est partielle.

117 Par ailleurs, d'autres indicateurs figurant dans les ententes de gestion et d'imputabilité sont suivis, dont ceux-ci :

- nombre de personnes recevant des services ;
- nombre d'usagers dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe ;
- nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation des services par usager.

118 L'ensemble de ces indicateurs est insuffisant pour suivre la performance, notamment quant à l'efficience, à l'économie ainsi qu'à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services. Voici des exemples d'indicateurs que le ministère pourrait suivre.

Dimension de la performance	Exemples
Efficience	Répartition du temps des intervenants cliniques Pourcentage des coûts à l'égard du soutien au programme
Économie	Pourcentage des frais d'administration par rapport aux coûts annuels globaux par usager Coûts annuels par usager des ressources résidentielles
Accessibilité	Taux de respect des standards d'accès pour l'ensemble des services Délai d'attente pour obtenir un diagnostic ou une conclusion clinique de TED
Continuité	Pourcentage des CSSS ayant signé une entente portant sur le continuum de services Pourcentage des CSSS ayant un projet clinique pour le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
Qualité	Taux de conformité des plans d'intervention et des plans de services individualisés aux standards établis Taux de satisfaction des usagers ou des proches aidants

119 Enfin, les standards cliniques requis pour fixer des balises et des critères d'accès aux services n'ont pas été définis et ne peuvent donc pas encadrer l'offre de services.

Systèmes d'information

120 Avoir accès en temps réel à des données sur chaque usager et disposer en temps opportun de l'information de gestion est essentiel. Pour ce faire, un arrimage des systèmes d'information est nécessaire et cette responsabilité relève du MSSS.

121 L'absence d'arrimage des systèmes d'information servant à gérer le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement empêche d'obtenir une information de gestion de qualité, pas plus qu'elle ne favorise la circulation de l'information et, par conséquent, le continuum de services.

122 Les principaux systèmes d'information implantés par le ministère sur la clientèle présentant une DI ou un TED sont I-CLSC (pour les CSSS) et SIPAD (pour les CRDITED). Ces systèmes ne sont pas arrimés et il n'y a pas de banque de données commune où l'on pourrait trouver l'information contenue dans les deux systèmes. L'arrimage des systèmes est pourtant prévu depuis 2005.

123 Par ailleurs, les CRDITED n'ont pas accès aux données contenues dans le système des CSSS et vice versa. Pourtant, cet accès serait utile pour connaître la trajectoire de services de l'usager et faciliter la circulation et le partage d'information. Ainsi, il est difficile de recueillir sans faire d'efforts certaines données utiles à la gestion, par exemple le délai d'attente global (de la demande initiale de l'usager au CSSS à l'obtention des services du CRDITED). Il en est de même de l'information pouvant faciliter le travail des intervenants cliniques, que ce soit pour déterminer les bons services à offrir ou pour obtenir de l'information sur le traitement de la demande, surtout sur l'« épisode » de services dans sa globalité, autant ceux fournis par le CSSS que ceux assurés par le CRDITED.

Recommandations

124 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère, en collaboration avec les agences.

13 **Mettre à jour les orientations ministérielles et déterminer des indicateurs de gestion et des cibles permettant d'évaluer et de suivre la performance du programme.**

14 **Revoir le mode de financement des services afin qu'il tienne compte des besoins des personnes.**

15 **Revoir les allocations directes et les critères d'attribution concernant les mesures de soutien aux familles afin de mieux répondre aux besoins et d'harmoniser les pratiques.**

16 **Arrimer les systèmes d'information du programme afin de favoriser la circulation de l'information et la continuité des services tout en s'assurant de la confidentialité des données.**

Commentaires des entités vérifiées

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« **Commentaires généraux.** À la lecture de ce projet de rapport, le MSSS prend acte des recommandations qui lui sont adressées. D'ailleurs, plusieurs font déjà l'objet de travaux ministériels au regard de l'amélioration des services pour les personnes présentant une DI ou un TED. La poursuite du suivi rigoureux des standards des mécanismes d'accès et de continuité, l'élaboration de l'offre de services en DI-TED, la réalisation du bilan des orientations ministérielles en DI et la planification des travaux d'évaluation de la performance du programme-service DI-TED en sont quelques exemples. Toutes ces actions démontrent l'engagement du MSSS quant à l'amélioration continue des services offerts aux personnes ayant une DI ou un TED.

« **Offre de services.** Le rôle du MSSS, dans la mise en application du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, est d'accompagner et de soutenir les agences et les établissements dans la mise en œuvre du plan d'accès, y compris le respect des standards et la mise en place de moyens pour assurer sa pérennité. Le MSSS continue de suivre rigoureusement les délais d'accès à la première intervention pour les personnes ayant une déficience. De plus, les demandes qui dépassent le délai sont analysées en fonction du nombre de jours de dépassement et du volume de demandes. Enfin, dans le but de mieux cibler les travaux à poursuivre dans le cadre du plan d'accès, des perspectives stratégiques 2011-2015 ont été adoptées par le comité national d'implantation du plan d'accès et ces travaux porteront, notamment, sur les services subséquents au premier service et la cohorte du niveau de priorité modéré.

« Le MSSS améliorera son suivi et son analyse quant à l'intensité des services spécialisés dans les centres de réadaptation. De plus, deux nouvelles fiches d'indicateurs portant sur l'intervention comportementale intensive seront mises en vigueur pour la nouvelle année financière. Le MSSS effectuera un suivi attentif de ces indicateurs. Soulignons que l'intensité des services fera partie des indicateurs intégrés aux travaux de l'évaluation de la performance du programme DI-TED à partir de 2014.

« Le MSSS poursuit le suivi de la mise en œuvre des standards de continuité et des mécanismes du plan d'accès dans les agences et les établissements. Les agences coordonnent son implantation dans chaque région. À cet effet, elles déposent annuellement au ministère un plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC), incluant une planification jusqu'en 2015.

Le MSSS procède à l'analyse régionale de ces bilans et réalise une rétroaction sur le déploiement des diverses composantes du plan d'accès, notamment les standards et les mécanismes de continuité (intervenant pivot du réseau, PSI, trajectoires de service et gestion intégrée de l'accès). Lors de la rétroaction sur les bilans régionaux 2011-2012, le MSSS a insisté sur le déploiement des standards de continuité, soit le PSI et l'intervenant pivot du réseau. Par ailleurs, dans le contexte des cibles de son plan stratégique 2010-2015, le MSSS souhaite mesurer le nombre de PSI réalisés dans chaque région. Le MSSS participe également aux travaux interministériels sur le PSI menés par l'Office des personnes handicapées du Québec. Enfin, un colloque national portant sur le plan d'accès se tiendra le 13 juin prochain afin de mettre à profit les expériences porteuses vécues par les établissements et les agences.

« **Gestion des CRDITED.** Pour définir des balises, le MSSS est en attente de données probantes concernant les meilleures pratiques d'adaptation-réadaptation auprès des clientèles DI et TED. De plus, le MSSS, en collaboration avec les agences et les établissements, développera en 2014-2015 une évaluation de la performance du programme-service DI-TED incluant notamment les dimensions de la qualité des services et de la productivité des ressources. C'est donc dans cette optique plus large qu'il sera possible d'élaborer des orientations en matière de qualité des services et de productivité. Par ailleurs, le MSSS mène actuellement des travaux visant l'élaboration d'une politique d'assurance de la qualité. Enfin, des mécanismes sont prévus à la LSSSS [*Loi sur les services de santé et les services sociaux*] dans tous les établissements publics, incluant les CRDITED (agrément, gestion des risques, commissaire local aux plaintes et à la qualité, etc.), et le MSSS est en mesure de réagir si des situations problématiques sont portées à son attention.

« **Encadrement du réseau.** Des travaux sont en cours sur l'offre de services pour le programme-service DI-TED. Actuellement, le MSSS effectue le bilan des orientations et du plan d'action en DI, en tenant compte du bilan TED déjà réalisé, afin de dégager des priorités d'action pour le programme DI-TED. De plus, le MSSS, en collaboration avec les agences et les établissements, développera en 2014-2015 une évaluation de la performance du programme-service DI-TED.

« En ce qui a trait au financement de services, le MSSS poursuit ses travaux sur l'allocation des ressources qui vise à améliorer la méthode pour tenir compte spécifiquement de la clientèle TED qui est en hausse, cette augmentation étant plus importante dans certaines régions. En outre, le MSSS a déposé au Protecteur du citoyen un plan de travail pour améliorer les mesures de soutien aux familles. Actuellement, il est à documenter la situation à partir des données existantes.

« Le système d'information SIPAD est implanté dans l'ensemble des CRDITED. Le MSSS poursuit ses travaux, notamment sur l'extraction des données, les interfaces avec d'autres systèmes d'information, la banque de données ministérielle, le déploiement dans l'ensemble des centres de réadaptation en déficience physique et la journalisation. »

Commentaires de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

« **Commentaires généraux.** Bien que les informations présentées ne révèlent pas d'éléments nouveaux, la présentation de vos différents constats et l'analyse des données que vous avez réalisées nous amènent une réflexion pour certains éléments pour lesquels nous pourrions prendre un angle différent de travail que celui jusqu'à présent utilisé pour assurer une vigie. C'est le cas par exemple du monitorage des délais pour l'évaluation diagnostique qui ne reflètent pas tout à fait la réalité puisqu'ils sont probablement encore plus importants si on considère que les statistiques ne tiennent pas compte de l'entrée des demandes qui sont d'abord passées par un autre programme, comme celui des jeunes en difficulté.

« Nous souhaitons par ailleurs vous rassurer et vous informer que différents travaux sont en cours de réalisation ou planifiés dans notre région, et qu'ils devraient notamment avoir des effets positifs à moyen terme sur le suivi et l'amélioration des délais d'accès, l'intensification des services et leur continuité, l'augmentation du ratio d'heures directes auprès des usagers ainsi que l'évaluation de la qualité des services. La portée de ces travaux devrait à échéance favoriser une meilleure circulation de l'information, le tout centré sur les besoins des usagers plutôt que sur le découpage des programmes-services.

« Pour ce faire, nos travaux actuels portent sur l'élaboration d'ententes pour offrir des services de répit avec les organismes communautaires, la rédaction d'un cadre de référence régional visant l'harmonisation des critères d'accès, le recours à différentes mesures d'aide à domicile pour mieux soutenir les personnes atteintes et leurs proches, un chantier langage, des travaux portant sur les ressources d'hébergement et les milieux de vie pour les usagers présentant un trouble grave du comportement (TGC), des énoncés de mesures structurantes pour soutenir les établissements dans l'amélioration des suivis des délais d'accès aux services. Nous prévoyons aussi débuter dès l'automne 2013 des travaux pour mettre en place, dans un délai raisonnable, des cliniques de développement 0-5 ans. Tous ces travaux vont dans le sens des recommandations que vous avez formulées.

« **Offre de services.** Il est à considérer que, depuis le dépôt des lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec en janvier 2012, certains pédiatres et omnipraticiens de l'est du territoire posent des diagnostics provisoires de trouble du spectre de l'autisme chez des enfants de moins de 5 ans avec l'aide des évaluations en psychologie, en orthophonie et en ergothérapie. Avec ces diagnostics provisoires, ces enfants obtiennent un accès plus rapide au programme d'intervention comportementale intensive, et ce, comparativement aux années précédentes. Pour faciliter encore davantage l'accès aux services diagnostiques, différentes solutions pourraient être explorées, comme le fait d'assurer une vigie conjointe CSSS, CR [centre de réadaptation] et agence pour les enfants qui ont besoin d'une évaluation diagnostique. On pourrait aussi envisager, dans le cadre des travaux planifiés pour le projet d'une

clinique spécialisée de développement, qu'une équipe de pédiatres puisse agir avant les services de pédopsychiatrie, ceci pourrait faciliter l'accès aux services spécialisés. Bref, différentes avenues seront évaluées afin de mettre en place les mesures les plus optimales pour la clientèle et les services.»

Commentaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

«**Commentaires généraux**. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal accueille avec intérêt la mission d'examen du Vérificateur général du Québec (VGQ) relativement à l'optimisation des ressources du programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. L'Agence accepte sans réserve la recommandation visant à prendre les moyens afin que les diagnostics de troubles envahissants du développement soient accessibles dans un délai raisonnable.

«L'Agence se dit favorable à plusieurs énoncés du rapport du VGQ, bien qu'elle estime que certains éléments relatifs au niveau et à l'intensité des services, à la gestion des listes d'attente et au coût moyen par usager, notamment pour les usagers desservis par les CRDITED de la région, mériteraient d'être plus étayés pour en faire une analyse comparative.

«Le plan d'action montréalais pour les services en DI-TED est en implantation. Il vise à assurer la continuité et la complémentarité des services dans le respect de la mission, du rôle et des responsabilités des partenaires. Un des objectifs consiste à compléter le déploiement de la fonction d'intervenant pivot réseau et de la coordination des services dans les CSSS. Un indicateur de gestion est prévu pour en assurer le suivi.

«La mise à jour de ce plan, prévue dès cette année, sera assortie d'actions spécifiques permettant de développer des services en réponse aux nouveaux besoins de la clientèle, notamment pour des services socioprofessionnels et résidentiels. D'autres actions permettront de réduire l'attente pour des services. À cet effet, les CRDITED sont engagés dans des processus d'optimisation, dont l'intégration dans la communauté de certaines clientèles dans les ressources à assistance continue ou en processus de désinstitutionalisation. De telles mesures d'optimisation auront également pour effet de réduire les écarts de coûts observés entre les établissements. Des cibles de performance sont déjà déterminées pour les volets administration, ressources humaines et approvisionnements, alors que d'autres restent à définir pour le volet des services cliniques.

«Des travaux ont été initiés par l'Agence en 2011 sur le financement des CRDITED et permettront d'améliorer la méthode d'allocation des ressources. Un arrimage sera fait avec la démarche en cours au MSSS sur le mode de financement à l'activité centré sur les usagers. Dans cette perspective, l'Agence vise à assurer une équité et une plus grande cohérence dans l'ensemble du continuum de services en DI-TED.

« **Offre de services**. L'Agence a désigné, en 2004, quatre centres hospitaliers responsables de l'évaluation diagnostique des enfants et des adultes présentant un TED. Ces hôpitaux sont le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, l'Hôpital Rivière-des-Prairies, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill. Ces établissements reçoivent des références principalement des CSSS et des médecins en cabinet privé. Une partie des références provient de l'extérieur de Montréal.

« À la suite de l'adoption de nouvelles lignes directrices concernant l'évaluation diagnostique des TED par l'Ordre des psychologues du Québec et le Collège des médecins, des travaux se poursuivent afin de compléter la trajectoire de services entre les organisations concernées. Pour certains usagers, le diagnostic peut s'avérer plus complexe à confirmer ou à infirmer, d'où l'importance d'un lien articulé entre l'évaluation en première, deuxième et troisième lignes. Ce processus révisé doit améliorer les délais d'accès à l'évaluation diagnostique par les professionnels habilités à le faire. »

Commentaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

« **Offre de services.** L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a entrepris, au cours des dernières années, des travaux régionaux visant la consolidation des cliniques d'évaluation TED en Montérégie. Au niveau des démarches réalisées, la consolidation du financement en 2012-2013 permettra d'ajuster les ressources humaines nécessaires. Pour ce qui est des démarches en cours, l'Agence a amorcé, en collaboration avec le MSSS, une démarche de "Révision des processus d'évaluation diagnostique TED" au cours de la dernière année. L'embauche d'un consultant (expert clinique), au cours des prochaines semaines, viendra consolider et finaliser les travaux entrepris par l'Agence. Cette démarche de révision vise, entre autres, à optimiser les processus de travail visant ainsi une réduction des délais pour l'émission d'un diagnostic TED dans un délai raisonnable. »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

« **Offre de services.** Les modalités de fonctionnement du modèle de clinique de développement telles qu'implantées au CSSS de Rivière-du-Loup depuis bientôt deux ans mériteraient de faire l'objet d'une évaluation de programme formelle pour objectiver nos processus. Pour nous permettre d'aller encore plus loin et atteindre le plein potentiel de ce modèle, il serait pertinent de consolider les ressources qui y sont consenties et ainsi accélérer encore davantage la pose d'un diagnostic ferme. La possibilité de poser un diagnostic transitoire pour l'accès aux services du CRDITED sera également favorable. Toutefois, il faudra

demeurer vigilant pour avoir suffisamment documenté le dossier et s'assurer d'une réponse adaptée à l'ensemble des besoins de l'enfant et de sa famille. La démarche interdisciplinaire demeure toujours à privilégier. Le dépistage, le repérage et les premières interventions de stimulation, par exemple, sont généralement réalisés dans le cadre des services spécifiques en santé publique, comme les "Services intégrés en périnatalités et pour la petite enfance", et ceux pour les"Jeunes en difficulté". Il importe de prévoir une consolidation des ressources afin que la clientèle universelle ait également accès à une offre de services de stimulation précoce de première ligne.

« Au niveau de notre région, le projet clinique en DI-TED est travaillé via une gouvernance régionale mise en place par le CRDITED et l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, et ce, depuis près de deux ans. Pour concrétiser les orientations qui y sont prises, le CSSS, instaurera, à l'automne 2013, une table locale de concertation avec les partenaires du milieu et du réseau en vue de soutenir le continuum des services requis par les besoins de notre population locale. La mise en place de PSI pour les situations qui le nécessitent demeure une mesure à consolider pour notre établissement. Pour valoriser davantage cette pratique, nous aurons besoin de convenir d'une entente de services avec le CRDITED. Cela apportera davantage de précisions sur les rôles et responsabilités des services spécifiques de première ligne versus les services de deuxième ligne. Encore plus concrètement, déjà nous avons désigné une personne "intervenante pivot réseau" pour les situations cliniques des enfants âgés entre 0 et 7 ans et présentant des retards ou une ou des déficiences. Cette modalité devrait également être accessible pour les autres groupes d'âge où des déficiences ou un TED sont présents. Pour mieux jouer notre rôle de première ligne, nous devrons avoir accès à des mesures de soutien clinique, à une expertise en DI-TED et à des formations spécifiques sur les approches et outils à privilégier. »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux de la Montagne

« **Offre de services.** Le constat du Vérificateur général indique que le CSSS de la Montagne n'a pas défini son projet clinique. Le CSSS de la Montagne a dû composer avec trois CRDITED sur cinq, à une époque pas si lointaine et deux hôpitaux (ils ont la responsabilité de faire les évaluations TED). Par ailleurs, le CSSS de la Montagne a effectué une évaluation du programme DI-TED en 2010 et a élaboré son offre de services qui a été partagée avec les partenaires internes et externes, dont deux CRDITED, ses deux principaux partenaires sur les cinq CRDITED. Des éléments supplémentaires se sont rajoutés à cette situation complexe. Il y a eu une orientation d'un guichet régional CRDITED pour Montréal, en février 2011, qui ne s'est pas confirmé par la suite et la fusion de trois CRDITED pour former le CRDITED de Montréal.

Il y a maintenant un guichet unique pour les deux CRDITED, le Centre Miriam et le CROM, et des discussions sont en cours sur la mise en place d'un comité de gestion intégrée de l'accès et des services pour les quatre CSSS de l'ouest de l'île de Montréal, le CSSS Cavendish, le CSSS de l'Ouest-de-l'Île, le CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle et le CSSS de la Montagne avec les deux CRDITED, soit le Centre Miriam et le CROM.»

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux Champlain–Charles-Le Moyne

«**Commentaires généraux.** Nous avons bien pris connaissance des recommandations contenues dans le rapport du Vérificateur général et nous souscrivons à celles-ci.

«**Offre de services.** Nous sommes effectivement d'avis que nous devons prendre tous les moyens nécessaires afin que les diagnostics d'un trouble envahissant du développement soient accessibles dans un délai raisonnable. Cela demeure un grand défi, lequel nous devons relever au bénéfice de la clientèle TED et de leur famille. Aussi, nous comptons sur l'actualisation locale du cadre de référence montérégien pour l'implantation d'un réseau intégré de services en DI-TED comme levier à la mise en place de mécanismes (PSI, Transition école-vie active, intervenant-pivot, etc.) pour assurer la complémentarité et la continuité de services dans notre réseau local de services. Enfin, nous misons sur la réalisation des cibles d'amélioration issues de notre projet clinique et du lien de collaboration étroit que nous avons développé avec le CRDITED de la Montérégie-Est pour améliorer l'offre de services à la clientèle DI-TED de notre territoire.»

Commentaires du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent

«**Commentaires généraux.** Depuis l'intégration sociale des usagers hébergés en milieu hospitalier et la fermeture des internats, peu de mécanismes ou de milieux d'hébergement adaptés ont été développés pour répondre aux besoins des personnes DI–TED présentant un trouble très grave du comportement. Les CRDITED ont forcément développé une expertise dans le domaine avec les années. Toutefois, ils ne bénéficient pas des infrastructures leur permettant d'assurer pleinement les services à la hauteur des besoins de ces usagers peu nombreux, mais présentant des besoins combien complexes.

« Nous convenons que les milieux psychiatriques débordent actuellement et que ce n'est pas leur place, mais où est donc leur place ? L'éventualité de donner le mandat et les moyens à deux CRDITED de développer des services suprarégionaux d'hébergement et de réadaptation de troisième ligne nous apparaît être une piste de réflexion intéressante. Toujours eu égard au continuum de services, nous aurions souhaité que le MSSS enclenche une réflexion afin de clarifier les responsabilités eu égard au réseau résidentiel en DI-TED, ceci afin d'éviter les écarts importants de vision d'une région à l'autre. La perception de ce réseau de services au sein du réseau de la santé et des services sociaux n'est pas partagée. On le compare trop souvent, à tort nous croyons, à celui des personnes aînées en perte d'autonomie ou à celui de la santé mentale. Plus qu'un service, l'hébergement en DI-TED constitue à lui seul un continuum de services.

« **Offre de services.** La région du Bas-Saint-Laurent a mis en place un vaste exercice de concertation régionale impliquant plusieurs acteurs des huit réseaux locaux de services afin d'assurer un meilleur partage des rôles et responsabilités eu égard à la clientèle DI-TED. Le leadership est toutefois assuré par le CRDITED et non par les CSSS, et ce, à la demande de l'agence régionale. À ce jour, six ententes de collaboration CSSS-CRDITED sur huit sont signées et mises en application afin d'assurer des services spécifiques à la clientèle en première ligne et deux sont en cours.

« Évidemment, il reste encore du chemin à parcourir afin d'en arriver à un véritable continuum de services intégrés, mais nous sommes dans la bonne voie. Bien que les choses tendent à changer, les besoins et services de la clientèle DI-TED sont encore trop souvent relégués aux CRDITED comme si ces personnes ne pouvaient avoir d'autres problématiques associées liées à la santé physique, les soins dentaires, les soins palliatifs, les problématiques de santé mentale ou de toxicomanie.

« Le CRDITED du Bas-Saint-Laurent compose avec une liste d'attente relativement faible et qui s'explique entre autres par le fait que nous avons procédé à la révision de notre mécanisme et de nos critères d'accès il y a environ trois ans. Une personne qui présente une DI ou un TED peut avoir des besoins qui peuvent être d'abord répondus par la première ligne. Le passage automatique historique en CRDITED est ainsi limité et, par conséquent, les délais d'accès sont réduits toujours en ce qui concerne un premier service. Des travaux régionaux sont prévus avec l'agence régionale et les CSSS afin de mettre en place des cliniques de développement permettant d'améliorer le continuum de services aux enfants de 0-5 ans, mais aussi l'intensité et les services requis.

« **Gestion des CRDITED.** Les écarts de coûts notés, par exemple au niveau RAC, peuvent être dus au fait que la spécialisation soit plus avancée dans une région plutôt qu'une autre. En l'occurrence, l'introduction d'un personnel dont le niveau d'instruction est plus élevé pour répondre de façon plus adéquate

aux besoins et à la spécialisation des services (un professionnel *vs* un technicien *vs* un auxiliaire de santé) vient nécessairement hausser les coûts, mais aussi l'adéquation des services rendus. Les coûts doivent donc être mis en lien avec différents facteurs tels le niveau de services rendus, la lourdeur des usagers, le territoire à couvrir, etc.

« Les CRDITED commencent tout juste à être dotés d'un outil leur permettant de mesurer plus facilement la productivité de leurs intervenants. Nous sommes conscients qu'il reste du chemin à parcourir et nous travaillons en ce sens. La téléréadaptation, la révision de nos processus de travail, le développement des compétences, l'interdisciplinarité, etc., en sont des exemples. Enfin, nous sommes à mettre en place des mesures afin d'aller plus loin dans l'évaluation de la qualité des services rendus notamment par des audits de notes évolutives et de tenue de dossiers des usagers, des vérifications dans les milieux en ce qui a trait aux différents risques, d'une grille d'évaluation de la qualité de nos milieux résidentiels (RI-RTF et RAC). Cependant, nous avons encore peu d'indicateurs et de moyens nous permettant de vérifier les résultats de nos actions et de nos interventions dans le domaine social. »

Commentaires du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

« **Offre de services.** Présentement, nous avons des rencontres avec les quatre CSSS de notre territoire dans le but d'avoir une liste d'attente et une liste de clients recevant des services qui nous permettraient de suivre les clients tant au CSSS qu'au CRDITED, et de développer des partenariats qui visent à soutenir les usagers pendant l'attente d'un service de 2e ligne. En outre, l'amélioration de la performance (Proaction) et la réorganisation des services socioprofessionnels permettront, dans notre plan stratégique 2013-2014, de réallouer les économies et de réorienter le développement des ressources humaines vers la direction des services aux enfants et à leur famille pour répondre à la liste d'attente.

« Nous avons débuté un projet avec le Centre de réadaptation MAB-Mackay pour fournir les services d'orthophonie et d'ergothérapie à une clientèle enfants TED sous forme d'échange de services (CROM – psychologie, MAB-Mackay – orthophonie et ergothérapie). De plus, en collaboration avec la Fédération, nous avons mandaté le comité des guides de pratiques, avec le soutien de l'INESSS [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux], pour développer un guide de pratiques qui cible les retards globaux de développement afin de pouvoir faire ressortir l'intensité requise.

« **Gestion des CRDITED.** En ce qui a trait aux mesures, la proportion de temps des intervenants cliniques se passant en présence des usagers au CROM est tout de même très élevée selon nos données, et selon les résultats mi-chemin de Proaction, en comparaison à d'autres établissements.

« Au regard du processus d'évaluation de la qualité des services, notre service de recherche est responsable d'un sondage sur la satisfaction des usagers. De plus, notre intention est d'adapter le modèle d'EGIPSS [évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé] pour évaluer la performance et la qualité de notre établissement. »

Commentaires du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est

« **Commentaires généraux.** La Montérégie est une région qui souffre d'un sous-financement important par rapport aux autres régions du Québec. Le budget par habitant disponible pour desservir la clientèle du territoire est donc nettement inférieur à celui de la moyenne provinciale. La Santé publique dénombrait en 2009-2010 un taux de prévalence des enfants TED de 1 sur 106 pour la Montérégie, soit un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, laquelle se situe à un enfant sur 132. Aussi, ce taux augmente en moyenne de 26 % par année, ce qui place notre établissement devant un accroissement constant des demandes de service et, bien entendu, des listes d'attente. Nous sommes devant un dilemme d'équité au regard de la clientèle à desservir. Devons-nous intensifier les services ou réduire les délais d'attente pour la clientèle dont la priorité est modérée en vertu du plan d'accès ministériel ?

« Notre établissement s'est engagé dans une transformation importante visant à offrir des services spécialisés d'un établissement de 2e ligne. Tant que la 1re ligne n'aura pas déployé les services nécessaires pour répondre aux besoins de notre clientèle historique, nous devons toujours être présents afin d'éviter un bris de service. Au fur et à mesure que les CSSS déploieront des services à la clientèle DI-TED, nous pourrons intensifier notre intervention spécialisée auprès des usagers qui le requièrent et, certainement, réduire les délais d'accès. Nous souhaitons réitérer par la présente notre engagement à prendre tous les moyens pour répondre aux recommandations émanant du présent rapport du Vérificateur général et affirmons que nous avons à cœur d'offrir des services spécialisés de qualité et qui répondent aux besoins de la clientèle.

« **Offre de services.** En Montérégie, plusieurs actions ont été amorcées et réalisées à ce jour afin d'améliorer les mécanismes pour assurer la complémentarité et la continuité des services pour la clientèle DI-TED. Le CRDITED de la Montérégie-Est a signé à ce jour trois protocoles d'ententes relatifs au continuum de services avec les CSSS de son territoire. Ces ententes formalisent les engagements et certaines modalités de collaboration entre les établissements afin d'offrir une meilleure réponse aux besoins de la clientèle DI et TED du territoire de la Montérégie. Dans la même lignée, des travaux s'amorcent

actuellement avec la déficience physique afin d'établir une entente de collaboration entre le CRDITED de la Montérégie-Est et le Centre montérégien de réadaptation et de faciliter la continuité des services à la clientèle du territoire.

« Au CRDITED de la Montérégie-Est, différentes mesures visant à réduire les délais d'accès sont mises en place. L'une d'entre elles est l'acceptation des clientèles ayant un diagnostic provisoire ou une hypothèse TED. Cette mesure permet d'ouvrir la porte à des services d'adaptation et de réadaptation spécialisés pour des personnes qui autrement seraient demeurées en attente. Par ailleurs, nous arrivons à respecter, pour les niveaux de priorité urgents et élevés, les délais prévus pour un premier service au plan d'accès ministériel. Par contre, pour le niveau de priorité modéré, il est difficile dans notre région de rencontrer le délai d'attente maximum d'un an fixé en vertu du plan d'accès compte tenu des taux de prévalence de TED et du sous-financement.

« **Gestion des CRDITED.** Au CRDITED de la Montérégie-Est, des cibles ont été fixées afin d'augmenter les heures de prestation de services directs. Il est certain que nous souhaitons mettre en place des mesures afin de maximiser la proportion du temps que les intervenants passent en présence des usagers, et ce, pour tous les employés qui interviennent directement auprès de la clientèle. Par ailleurs, au CRDITED de la Montérégie-Est, notre offre de services est spécialisée par programme et nous faisons des évaluations périodiques des programmes implantés. Nous avons aussi réalisé des démarches d'évaluation de la qualité du processus clinique et apporté plusieurs améliorations des pratiques découlant des recommandations.

« Puisque le CRDITED de la Montérégie-Est a complété depuis quelques années la spécialisation de son réseau d'hébergement, toutes ses installations résidentielles (résidences à assistance continue) offrent maintenant des services spécialisés pour la clientèle présentant des troubles du comportement et des troubles graves du comportement. Ces résidences spécialisées requièrent une expertise plus pointue, une intensité d'intervention accrue et représentent nécessairement des coûts unitaires plus élevés. Quant aux usagers historiquement hébergés en RAC, un grand nombre d'entre eux sont aujourd'hui dans un réseau plus léger et moins coûteux, soit en ressources non institutionnelles. Nous sommes conscients que les coûts unitaires en RAC sont plus élevés au CRDITED de la Montérégie-Est que dans certaines autres régions, mais nous sommes certains de l'efficience de ce coût par place, puisque nous avons réussi à sortir des usagers de ces résidences spécialisées, et ce, grâce à la réadaptation intensive qui y était offerte et à les amener par la suite dans des réseaux d'hébergement plus légers. »

Annexes et sigles

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Annexe 2 Dépenses du programme par région (2011-2012)

Annexe 3 Rôles et responsabilités des acteurs

Sigles

CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CROM	Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI	Déficience intellectuelle
ICI	Intervention comportementale intensive
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSI	Plan de services individualisé
TED	Trouble envahissant du développement

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. Ils se fondent également sur la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur le développement durable* ainsi que nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification 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 de travail respectent les normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
En ce qui concerne le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, s'assurer que le MSSS et les agences vérifiées ont établi des orientations ainsi que des priorités et assument leurs rôles et responsabilités quant au continuum de services aux usagers et à l'évaluation des résultats en matière de qualité des services.	■ Les orientations sont mises à jour et les priorités sont établies, et le suivi de leur mise en œuvre est fait. ■ Un suivi de l'instauration du continuum de services est exercé, lequel inclut la conclusion et le respect des ententes de services entre les acteurs. ■ Les systèmes d'information relatifs aux clientèles sont arrimés. ■ Un processus permettant d'apprécier et d'évaluer les résultats à l'égard de la qualité des services est mis en place et fait l'objet d'un suivi.
En ce qui concerne le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, s'assurer que les CSSS et les CRDITED vérifiés ont mis en place un continuum de services aux usagers ainsi que des mécanismes favorisant l'accessibilité.	■ Les rôles et les responsabilités des CSSS et des CRDITED vérifiés sont assumés quant au continuum de services. ■ Des mécanismes favorisent l'accès aux services et le respect des normes établies par le ministère en la matière. Ils font l'objet d'un suivi régulier et d'une reddition de comptes adéquate. ■ La continuité des services aux usagers est assurée.
S'assurer que les CRDITED vérifiés offrent des services de façon économique et efficiente et mettent en place des mesures qui assurent leur qualité.	■ Des mesures appropriées sont en place pour assurer la qualité des services aux usagers. ■ Un plan d'intervention et, lorsque cela est requis, un plan de services individualisé sont établis pour chacun des usagers et sont révisés selon la fréquence prévue. ■ Les ressources utilisées pour rendre les services aux usagers, notamment les ressources humaines et financières, sont gérées de façon économique et efficiente. ■ La rétribution des ressources offrant l'hébergement aux usagers respecte les normes fixées et est soumise à un contrôle administratif. ■ La contribution de l'usager est établie de façon équitable, en conformité avec la réglementation et en fonction des coûts d'hébergement.

Portée des travaux

Nos travaux ont été réalisés auprès du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de Montréal et de la Montérégie, des CSSS de Rivière-du-Loup, de la Montagne et Champlain–Charles-Le Moyne et de 3 CRDITED : le CRDITED du Bas Saint-Laurent, le CROM et le CRDITED de la Montérégie-Est. Pour les agences, notre choix a été orienté par la taille de celles-ci et le milieu dans lequel elles se situent (périphérique, semi-urbain ou urbain). Une fois les agences retenues, nous avons sélectionné le CRDITED de la région en fonction de paramètres tels que les services offerts, le volume d'activités, la performance quant à l'accessibilité et les coûts. Pour ce qui est du CSSS de la région, notre choix s'est fait en fonction du nombre d'usagers qui ont une DI ou un TED.

Les résultats de la vérification ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des établissements de la province, mais les constats faits dans ce rapport méritent l'attention de tous les intervenants.

Lors de notre vérification, nous avons fait l'analyse de données financières ainsi que de données relatives aux activités, qui sont accessibles entre autres dans les systèmes d'information du MSSS, des agences et des établissements vérifiés. Les systèmes étant sous la responsabilité de l'une ou l'autre de ces entités, les données n'ont pas fait l'objet d'une vérification de notre part quant à leur fiabilité et à leur intégralité. Nous avons analysé des données financières et opérationnelles provenant de ces entités, nous avons effectué des entrevues auprès de 105 personnes travaillant dans les entités, nous avons examiné des documents et nous avons observé les pratiques en vigueur. Des comparaisons ont également été faites avec d'autres établissements du Québec de même qu'avec d'autres administrations publiques.

Nous avons également rencontré des représentants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, d'associations de parents et d'organismes communautaires.

Nos travaux se sont déroulés de février 2012 à février 2013. Notre vérification a porté principalement sur les activités des exercices 2010-2011 et 2011-2012, mais certaines analyses ont trait à des situations antérieures à cette période.

Annexe 2 Dépenses du programme par région (2011-2012)

		Dépenses		Usagers dans les CSSS		Usagers dans les CRDITED	
		M$	%	Nbre	%	Nbre	%
01	Bas-Saint-Laurent	26,9	3,1	497	1,9	1 117	3,3
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	42,4	4,9	778	2,9	1 596	4,8
03	Capitale-Nationale	85,9	9,9	1 861	7,0	3 059	9,1
04	Mauricie et Centre-du-Québec	61,2	7,0	1 689	6,4	2 280	6,8
05	Estrie	28,7	3,3	1 080	4,1	1 247	3,7
06	Montréal	224,0	25,8	7 475	28,1	7 778	23,3
07	Outaouais	29,3	3,4	1 017	3,8	1 100	3,3
08	Abitibi-Témiscamingue	21,0	2,4	464	1,7	772	2,3
09	Côte-Nord	13,9	1,6	344	1,3	430	1,3
10	Nord-du-Québec	0,5	0,1	90	0,3	–[1]	–
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	15,8	1,8	374	1,4	566	1,7
12	Chaudière-Appalaches	53,6	6,1	2 153	8,1	1 745	5,2
13	Laval	36,5	4,2	1 556	5,9	1 838	5,5
14	Lanaudière	37,2	4,3	1 179	4,4	1 306	3,9
15	Laurentides	52,9	6,1	1 901	7,1	1 922	5,8
16	Montérégie	134,6	15,5	4 139	15,6	6 695	20,0
	Autres régions[2]	4,2	0,5	n.d.	n.d.	–[1]	–
Total		**868,6**	**100,0**	**26 597**	**100,0**	**33 451**	**100,0**

1. Les usagers de ces régions reçoivent des services dans les autres régions.
2. Ces régions incluent le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Source : MSSS.

Annexe 3 Rôles et responsabilités des acteurs

Ministère de la Santé et des Services sociaux	Par rapport au programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, le rôle du ministre[1] consiste à : ■ établir des politiques, voir à leur mise en œuvre et à leur application par les agences et procéder à leur évaluation ; ■ répartir équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions et voir au contrôle de leur utilisation; ■ prendre les mesures nécessaires pour assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ; ■ assurer la coordination interrégionale des services en vue notamment de favoriser leur accessibilité ; ■ diffuser auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience ; ■ apprécier et évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux.
Agence de la santé et des services sociaux	Elle est responsable de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. À cette fin, l'agence doit notamment : ■ allouer les budgets destinés aux établissements ; ■ favoriser la conclusion d'ententes avec les établissements ; ■ s'assurer que les mécanismes d'orientation et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels ; ■ effectuer le suivi des ententes de gestion signées avec les établissements.
Centre de santé et de services sociaux	À titre d'instance locale, le CSSS doit assurer de façon continue l'accès à une large gamme de services généraux et spécifiques. Il est responsable de définir un projet clinique et organisationnel comprenant les éléments suivants : ■ l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population ; ■ les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires. Il doit également assurer la coordination des services requis. À cette fin, il doit notamment : ■ définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, d'orientation et de suivi des usagers ; ■ instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents partenaires; ■ prendre en charge, accompagner et soutenir les usagers, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local, la continuité des services que requiert leur état ; ■ élaborer un plan d'intervention pour chaque usager afin de déterminer ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis ; ■ préparer un plan de services individualisé lorsqu'un usager doit recevoir, pour une période prolongée, des services de plusieurs établissements et partenaires.

1. Dans les faits, l'administration et la gestion des programmes sont confiées au sous-ministre.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement	Afin de remplir sa mission, le CRDITED reçoit les personnes présentant une déficience qui ont été orientées vers lui. Il doit s'assurer que : ■ les besoins de l'usager en services spécialisés sont évalués ; ■ les services requis sont offerts à l'intérieur de ses installations ou dans le milieu de vie de l'usager (école, travail, domicile) ; ■ l'usager est dirigé, le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à lui venir en aide, si nécessaire. Un plan d'intervention est élaboré pour chaque usager afin de déterminer ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis ; ■ un plan de services individualisé est élaboré lorsqu'un usager doit recevoir, pour une période prolongée, des services de plusieurs établissements et partenaires. L'établissement doit également conclure avec le CSSS les ententes nécessaires pour permettre la coordination des services requis. De plus, une entente peut être conclue si un organisme fournit, pour le compte du CRDITED, certains services requis par un usager de l'établissement.

Source : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2013

CHAPITRE

3

Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances

Faits saillants

Objectifs des travaux

La Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) a pour principal rôle d'administrer les régimes de retraite qui lui sont confiés par le gouvernement du Québec.

Les travaux de vérification visaient les objectifs suivants :

- vérifier si la CARRA a mis en place les mécanismes nécessaires afin d'assurer la fiabilité des données reçues des employeurs ;
- évaluer dans quelle mesure elle fournit des services de qualité à sa clientèle tels que ceux relatifs aux demandes de rente ;
- s'assurer qu'elle a mis en place un processus d'amélioration continue à l'égard du Plan global d'investissement (PGI) ;
- s'assurer qu'elle attribue les contrats de services professionnels selon les règles et les saines pratiques de gestion.

Le rapport entier est disponible sur le site http://www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant la CARRA.

Près de trois ans après la mise en fonction de la solution informatique appelée Renouvellement et intégration des systèmes essentiels (RISE), pièce maîtresse du PGI, la CARRA n'a pas atteint ses objectifs en matière d'amélioration de la qualité des services. Les gains souhaités quant aux délais de traitement des demandes provenant de sa clientèle ne sont pas au rendez-vous. Des écarts relatifs au calcul des rentes sont retracés et corrigés jusqu'à plusieurs années après la mise en paiement.

L'utilisation des mécanismes en place n'est pas optimale afin d'assurer la fiabilité des données reçues des employeurs et stockées dans RISE. La fiabilité de ces données est importante puisque celles-ci servent, notamment, à déterminer les avantages des participants. La CARRA compte sur différents moyens pour valider et améliorer la qualité de ces données, mais ceux-ci ne sont pas suffisamment utilisés. C'est le cas pour les analyses de vraisemblance, la vérification des informations chez les employeurs ou la validation avec d'autres ministères et organismes publics. Cette situation entraîne des risques, comme la non-détection d'irrégularités des données qui peuvent avoir un impact sur le montant des rentes.

Le développement et le déploiement du PGI n'ont pas répondu aux attentes. D'une part, les coûts associés à sa mise en œuvre ont été plus élevés que ce qui avait été prévu (108,1 millions de dollars). D'autre part, plusieurs bénéfices attendus ne se sont pas concrétisés. Notamment, le système a toujours des problèmes de fonctionnalité et, contrairement à ce qui avait été initialement prévu, le traitement des demandes demeure très peu automatisé. En outre, son implantation n'a pas généré les gains de productivité escomptés.

Le PGI n'a pas été géré avec toute la rigueur nécessaire, compte tenu de l'envergure du projet. Malgré les indices qui s'accumulaient quant aux problèmes rencontrés ou appréhendés, les ajustements nécessaires à son plan d'affaires n'ont pas été apportés en temps opportun et la reddition de comptes était inadéquate.

Les lacunes décelées à la CARRA en matière de gestion des contrats de services professionnels sont de même nature que celles qui ont été observées lors de notre vérification publiée antérieurement sur le sujet et touchant d'autres ministères et organismes publics. Ces lacunes soulèvent des préoccupations quant au traitement équitable des fournisseurs et à l'utilisation judicieuse des fonds publics.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention de la CARRA. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires de l'entité vérifiée.

Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations à la Commission

1. **Poursuivre l'amélioration des délais de traitement et du calcul des rentes dans l'objectif de traiter avec diligence les demandes de services de l'ensemble des clients.**
2. **Parfaire le processus relatif à la transmission des déclarations annuelles des employeurs, notamment à l'égard de la qualité des données qu'ils communiquent et de leur traitement par le système.**
3. **Mettre en place une stratégie pour contrôler la qualité des données reçues et appliquer de manière systématique les mécanismes prévus par la stratégie en vue d'assurer leur fiabilité.**
4. **Faire un diagnostic complet de l'état de situation concernant le Plan global d'investissement et revoir les objectifs visés en matière de fonctionnalités, d'automatisation et de bénéfices.**
5. **Élaborer un plan d'action, assorti d'un budget et d'un échéancier, quant aux mesures à prendre pour atteindre les objectifs révisés à l'égard du Plan global d'investissement, veiller à l'application de ces mesures et exercer une reddition de comptes à l'égard de ce plan.**
6. **S'assurer que la sécurité de l'information est suffisante en fonction des principes fondamentaux reconnus dans le domaine.**
7. **Revoir le processus de suivi des projets importants, notamment à l'égard de la gestion des risques ainsi que de la comparaison entre les bénéfices escomptés et les résultats obtenus.**
8. **Produire une information de gestion permettant d'évaluer de façon précise et sur une base continue la qualité des services offerts, de comparer les données recueillies dans le temps et de réaliser, en temps opportun, une reddition de comptes.**
9. **Définir une stratégie quant à l'utilisation des ressources externes en matière de services informatiques afin de détenir une expertise interne dans le domaine et d'avoir une indépendance suffisante à l'égard de ces ressources.**
10. **Documenter la définition du besoin et l'estimation des coûts de manière adéquate.**
11. **S'assurer que la sollicitation des fournisseurs et la sélection de celui qui est retenu favorisent le libre jeu de la concurrence et donnent lieu à un meilleur partage des risques.**
12. **Préciser le règlement relatif à la délégation de pouvoir pour l'autorisation des avenants aux contrats en fonction de la nature et de l'importance des changements qu'ils apportent.**
13. **Améliorer le suivi des éléments figurant dans chaque contrat à l'égard de :**
    - **la nature des travaux réalisés, pour s'assurer qu'ils correspondent à ceux qui étaient prévus dans le contrat ;**
    - **l'application des taux prévus dans le contrat lors du paiement du fournisseur ;**
    - **la réalisation des travaux par le personnel qui avait été désigné lors de l'attribution du contrat.**

Table des matières

1 **Mise en contexte** 6

2 **Résultats de la vérification** 9

2.1 **Services à la clientèle** 9

Délais de traitement

Fiabilité du calcul des rentes

Recommandation

2.2 **Données reçues des employeurs** 16

Transmission électronique

Fiabilité des données

Conversion des données

Recommandations

2.3 **Développement et déploiement du Plan global d'investissement** 21

Coûts

Fonctionnalités

Automatisation

Sécurité de l'information

Gain de productivité

Recommandations

2.4 **Suivi de la gestion du Plan global d'investissement** 27

Gestion des risques et suivi des bénéfices escomptés

Information de gestion

Recommandations

2.5 **Gestion des contrats de services professionnels** 30

Contrats en lien avec RISE

Examen détaillé de contrats

Recommandations

Commentaires de l'entité vérifiée 40

Annexes et sigles 43

Équipe

Alain Fortin
Directeur de vérification

Stéphanie Bernier
Catherine Labbé
Karl Lachance
Vicky Poirier
Caroline Reny
Simon Tremblay

1 Mise en contexte

Rôles et responsabilités

1 La Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) a pour principal rôle d'administrer les régimes de retraite qui lui sont confiés par le gouvernement du Québec. Pour ce faire, elle offre différents services. Nommons le calcul des prestations et leur versement aux retraités, aux conjoints survivants et aux héritiers. En 2011, la CARRA a ainsi payé 6,7 milliards de dollars en prestations. Elle fournit aussi aux clients les renseignements dont ils ont besoin afin de planifier l'aspect financier de leur retraite. Sa mission est de s'assurer que tous les participants et les prestataires des régimes qu'elle administre bénéficient des avantages auxquels ils ont droit.

2 La CARRA a également pour rôle d'administrer le régime de base d'assurance-vie des employés des secteurs public et parapublic. À cet égard, elle assure principalement le versement des prestations d'assurance relatives aux décès. En 2011, la CARRA a ainsi payé 2,9 millions de dollars en prestations. Depuis 1996, elle n'est plus responsable des activités liées à l'assurance salaire et aux contrats collectifs d'assurance des employés des secteurs public et parapublic. Ces activités relèvent dorénavant du Secrétariat du Conseil du trésor (SCT).

3 Avec l'entrée en vigueur de la *Loi sur la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances* le 1er juin 2007, la Commission s'est dotée d'un conseil d'administration. Ce conseil est composé de 15 membres nommés par le gouvernement, dont le président-directeur général qui est membre d'office. Il confie des mandats à ses 5 sous-comités, soit le comité de gouvernance et d'éthique, le comité des ressources humaines, le comité des services à la clientèle, le comité des technologies de l'information et le comité de vérification.

4 Les comités de retraite sont également des acteurs de la gouvernance des régimes de retraite. Au nombre de quatre, ils ont notamment le mandat de recevoir pour examen les évaluations actuarielles des régimes et d'établir, conjointement avec la Caisse de dépôt et placement du Québec, une politique de placement à l'égard des fonds provenant des cotisations de leurs participants respectifs. Ces comités peuvent aussi demander des études portant sur l'administration des régimes de retraite, conseiller la CARRA et le ministre responsable de l'Administration gouvernementale ainsi que formuler des recommandations concernant l'application des régimes de retraite.

Clientèle

5 À ses débuts, en 1973, la CARRA administrait 3 régimes de retraite. Depuis, elle s'est vu confier l'administration de plusieurs autres. Aujourd'hui, 22 régimes de retraite sont sous sa responsabilité. L'annexe 2 les liste.

6 La clientèle de la CARRA se compose essentiellement des membres anciens ou actuels du personnel de la fonction publique, de celui du réseau de l'éducation et du réseau de la santé et des services sociaux, des membres de l'Assemblée nationale, des juges, des policiers de la Sûreté du Québec, des élus municipaux et des retraités ainsi que de leurs conjoints survivants et de leurs héritiers.

7 Cette clientèle provient de 1 404 employeurs, tels que des sociétés d'État ainsi que des entités des secteurs public et parapublic (hôpitaux, commissions scolaires, municipalités, etc.). Le tableau 1 montre la variation de la clientèle entre 2004 et 2011.

Tableau 1 Variation de la clientèle

	2004	2011	Variation (%)
Participants avec lien d'emploi	520 521	560 308	7,6
Participants sans lien d'emploi[1]	393 090	516 740	31,5
Prestataires	222 218	313 442	41,1
Total	**1 135 829**	**1 390 490**	**22,4**

1. Il s'agit des personnes qui ne participent plus à un régime de retraite administré par la CARRA, mais qui conservent leur droit à recevoir des prestations.

Source : CARRA.

8 Les deux principaux régimes de retraite quant à l'importance de la clientèle sont le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE).

Fonctionnement des régimes

9 La presque totalité des employés assujettis à un régime de retraite administré par la CARRA, dont ceux visés par le RREGOP et le RRPE, participent à un régime à prestations déterminées. Ce type de régime assure aux participants une prestation fixée en fonction des années de service et du niveau salarial atteint durant la carrière, et ce, sans égard aux performances financières de la caisse de retraite. En cas de décès du participant, le conjoint survivant ou les héritiers recevront, en fonction de l'âge du défunt et de ses années de service reconnues, soit une rente, soit un montant déterminé.

10 Depuis le 1er juillet 1982, pour les 2 principaux régimes, le financement des **obligations** se fait à parts égales entre les employés et les employeurs. Avant cette date, la proportion était de 5 sur 12 pour l'employé et de 7 sur 12 pour l'employeur. Le tableau 2 montre la répartition de la valeur des obligations envers les participants au 31 décembre 2011.

Les obligations correspondent à la valeur actuarielle des avantages acquis par les participants et les prestataires.

Tableau 2 Répartition des obligations au 31 décembre 2011 (en milliards de dollars)

	RREGOP	RRPE	Autres	Total
Employés	42,09	8,37	0,56	**51,02**
Employeurs	44,89	10,85	22,02	**77,76**
Total	**86,98**	**19,22**	**22,58**	**128,78**

Source : États financiers des régimes de retraite produits par la CARRA.

11 En vertu des lois constitutives des principaux régimes, le gouvernement, qui représente la grande majorité des employeurs de ces régimes, n'est généralement pas tenu de verser des cotisations à la CARRA pour financer ses obligations. Toutefois, il est tenu de pourvoir au paiement des prestations dont il a la charge au moment où elles deviennent payables. Les employés, quant à eux, voient leur part retenue à même leur salaire et les sommes amassées sont déposées à la Caisse de dépôt et placement du Québec.

12 Le lecteur trouvera à l'annexe 3 un sommaire des informations financières concernant les régimes administrés par la CARRA à l'égard des prestations, des obligations, des cotisations salariales et de la valeur des caisses de retraite.

Projets informatiques

13 Au début de 2005, la CARRA s'est engagée dans la modernisation de ses technologies et de ses processus d'affaires en lançant le Plan global d'investissement (PGI). Le plan se divise en sept projets dont la pièce maîtresse est le projet intitulé Renouvellement et intégration des systèmes essentiels (RISE) qui a pour objet d'appuyer la prestation de services ; RISE sert également à désigner la solution informatique mise en fonction dans le cadre de ce projet. À ce moment, le coût prévu du PGI était de 87,1 millions de dollars.

14 Ce plan visait la transformation de l'organisation et de ses systèmes technologiques ; la CARRA voulait ainsi mieux remplir sa mission. Il devait, entre autres, entraîner une amélioration substantielle des systèmes technologiques de façon à améliorer la performance de l'organisation sous divers volets telles la qualité des services, la productivité et la qualité des données.

15 Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1. Rappelons que, dans le *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2008-2009*, nous avions fait état de certains éléments concernant la CARRA en lien avec cette présente vérification.

2 Résultats de la vérification

16 Les travaux se sont articulés autour de cinq axes, soit l'impact de la mise en œuvre du PGI sur les services à la clientèle, les données reçues des employeurs, le développement et le déploiement de ce plan, le suivi relatif à sa gestion et la gestion des contrats de services professionnels.

2.1 Services à la clientèle

17 Afin de pouvoir bénéficier de sa rente, le participant doit respecter certains critères d'admissibilité liés à son âge et au nombre de ses années de service. En outre, divers éléments entrent en ligne de compte lors du calcul d'une rente, tels que le salaire admissible et le nombre d'années de service. Il est à noter que des dispositions permettent de racheter des périodes de service (exemples : emploi d'été, emploi occasionnel et absence sans salaire). Le lecteur trouvera à l'annexe 4 plus de détails sur les principales caractéristiques à l'égard de l'admissibilité et du calcul d'une rente pour les deux principaux régimes.

18 Puisque le système informatique calcule la rente à partir des données qui y sont stockées, leur qualité a un impact sur le traitement des demandes.

19 Voici les principales étapes du processus de traitement d'une demande de rente et de la vérification de la fiabilité du calcul.

Étapes	Activités réalisées	Engagements de la CARRA
Traitement de la demande		
Demande de rente	■ Réception de la « Demande de rente de retraite » du participant ■ Analyse de l'admissibilité à la rente ■ Traitement des demandes connexes, telles que les demandes de rachats de service ■ Production du calcul préliminaire de la rente ■ Transmission du « Relevé de choix[1] » au participant (considération du conjoint, s'il y a lieu) ■ Production du calcul final de la rente à la suite de la réception du « Relevé de choix »	
Confirmation du montant de la rente	■ Transmission de la lettre de confirmation au participant	Selon la *Déclaration de services à la clientèle* : dès le premier mois de retraite, si la demande est complète au moins 90 jours avant le mois de la retraite
Paiement de la rente	■ Rente payée mensuellement au retraité sa vie durant ■ Avance de fonds, jusqu'à la confirmation du montant de la rente, lorsque les données au dossier du demandeur sont suffisantes pour établir une estimation de la rente sans qu'elle soit définitive (situations se produisant notamment lorsque la demande reçue est incomplète)	Selon la *Déclaration de services à la clientèle* : ■ Si le demandeur cotise à un régime ou est exempté du versement (avec lien d'emploi) : paiement le 15 du mois suivant le mois du début de la retraite, si la demande est reçue (complète) au moins 20 jours avant la date de la retraite ■ Si le demandeur ne cotise plus à un régime (sans lien d'emploi) : paiement 2 mois suivant le mois choisi de la retraite, si la demande est reçue (complète) au moins 90 jours avant le mois de la retraite
Vérification de la fiabilité du calcul[2]		
Certification du montant de la rente	■ Certification à la suite de la production du calcul préliminaire et du calcul final, soit avant la confirmation du montant de la rente	
Vérification de conformité de la rente[3]	■ Sur une base mensuelle, à partir d'un échantillon aléatoire de dossiers traités, calcul du taux de conformité des nouvelles rentes mises en paiement dont le montant final a été confirmé le mois précédent ■ Examen de l'ensemble du dossier, soit du calcul à l'exactitude des informations transmises aux clients	Selon le *Plan stratégique 2012-2015* : objectif de conformité des rentes mises en paiement de 97 % en 2013 et de 98 % en 2014 et en 2015
Révision légale du montant de la rente[3]	■ Révision des rentes mises en paiement afin de corriger toute erreur de calcul décelée et de tenir compte de corrections apportées subséquemment aux données ayant servi au calcul, tout en respectant les délais légaux	Selon les résultats attendus de l'implantation de RISE : révision définitive du montant de la rente 3 mois après le début de son paiement

1. Le « Relevé de choix » est un document transmis au participant pour lui demander, notamment, s'il désire réduire sa retraite pour augmenter, à son décès, la rente de conjoint survivant.
2. Lors de ces différentes étapes, des marges de tolérance sur les montants calculés sont prises en considération et les écarts décelés à l'intérieur de ces marges ne sont pas corrigés.
3. Pour les dossiers dont le montant de la rente est non conforme, le montant est ajusté pour les versements futurs. En ce qui concerne les versements déjà réalisés, la CARRA rembourse les sommes dues ou récupère les sommes versées en trop.

20 La mise en place du PGI était notamment justifiée par une volonté d'améliorer la qualité des services offerts à la clientèle tout en réduisant les effectifs, même si une croissance significative de la demande de services était anticipée. Parmi les avantages que devait apporter le déploiement du PGI, il y avait :

- une réduction importante des délais à l'égard de la prestation de services à la clientèle ;
- une information de qualité supérieure à la clientèle, notamment en ce qui concerne le montant des rentes.

21 Près de trois ans après la mise en fonction de RISE, pièce maîtresse du PGI, la CARRA n'a pas atteint ses objectifs en matière d'amélioration de la qualité des services. Les gains souhaités quant aux délais de traitement des demandes provenant de sa clientèle et à la fiabilité du calcul des rentes ne sont pas au rendez-vous.

22 La CARRA nous a mentionné qu'afin de pouvoir finaliser l'implantation de RISE en juin 2010, un grand nombre de ressources internes ont été retirées des opérations courantes, accumulant ainsi un nombre important de dossiers à traiter. Ce retard a eu des conséquences sur le traitement des demandes de prestations. Afin d'affecter le moins possible sa clientèle, elle a alors choisi de privilégier, dans un premier temps, la continuité du revenu des prestataires pour confirmer, dans un deuxième temps, le montant de la rente.

Délais de traitement

23 La satisfaction de ses clients étant au cœur de ses préoccupations, la CARRA se doit de leur offrir des services fiables et rapides. Dans ce contexte, il importe que les délais liés au traitement de leurs demandes soient raisonnables et répondent à leurs besoins. D'ailleurs, dans des documents datant de 2005, un des résultats attendus à la suite de l'implantation de RISE était le traitement conforme de toutes les demandes de services (rente, rachat, décès, etc.) dans les 20 jours ouvrables après la réception d'une demande complète.

24 Depuis l'implantation de RISE, la CARRA n'est pas parvenue à améliorer les délais de traitement des dossiers, que ce soit à l'égard des demandes de rente ou de la confirmation du montant de celle-ci.

Demande de rente

25 L'élément déclencheur du calcul d'une rente est la réception de la « Demande de rente de retraite » du participant. Après l'analyse de l'admissibilité et le traitement des demandes connexes, comme celles relatives aux rachats de service, un calcul préliminaire de la rente est produit et un « Relevé de choix » est transmis au participant pour lui demander, par exemple, s'il désire réduire sa retraite afin d'augmenter, à son décès, la rente de conjoint survivant. La CARRA effectue ensuite le calcul final de la rente et envoie une lettre de confirmation au participant. La rente sera payée mensuellement au retraité sa vie durant.

26 Depuis le 7 juin 2010, date marquant la mise en fonction de RISE, le nombre de demandes de rente à traiter en fin d'année et leur délai de traitement ont augmenté de façon marquée, bien qu'on note une amélioration en 2012.

27 Le tableau 3 montre l'évolution des demandes de rente à traiter au 31 décembre de même que celle du délai de traitement au cours des cinq dernières années.

Tableau 3 Demandes de rente

	2008	2009	2010	2011	2012
Volume à traiter au 31 décembre (nbre de demandes)	2 444	3 107	7 143	10 100	8 030
Délai de traitement (nbre de jours)	66	46	n.d.[1]	134[2]	117[2]

1. En 2010, année de la mise en fonction de RISE, le délai de traitement n'a pas été calculé par la CARRA.
2. Ces données incluent un délai additionnel relatif à l'envoi du « Relevé de choix » au participant : 27 jours en 2011 et 23 jours en 2012.

Source : CARRA.

28 Soulignons que, depuis 2011, la façon de calculer le délai de traitement des demandes de rente a été modifiée. Un délai additionnel relatif à l'envoi du « Relevé de choix » au participant est maintenant considéré. Par exemple, le participant peut avoir à choisir quant à la réduction de sa rente au profit de son conjoint à son décès. Par le passé, les choix devaient être faits à même la « Demande de rente de retraite » du participant. Le délai moyen des participants pour faire ces choix a été de 27 jours en 2011 et de 23 jours en 2012. Cette étape additionnelle explique en partie l'augmentation du délai de traitement.

Confirmation du montant de la rente

29 Afin que les demandeurs puissent planifier adéquatement leurs ressources financières aux fins de leur retraite, il est important que la CARRA leur confirme le plus tôt possible le montant final de leur rente. À cet égard, dans sa *Déclaration de services à la clientèle* mise à jour en 2011 et en 2012, elle s'engage à le faire dès le premier mois de la retraite à condition d'avoir reçu la demande complète au moins 90 jours avant le mois de la retraite.

30 En 2012, 20 % des participants qui ont envoyé leurs demandes complètes et dans le délai prescrit (90 jours avant le mois de la retraite) n'ont pas reçu la confirmation du montant de leur rente dès le mois de leur retraite. En 2011, ce pourcentage s'établissait à 38 %.

Paiement

31 Toujours en vertu de sa *Déclaration de services à la clientèle*, la CARRA s'engage à assurer au demandeur la continuité de son revenu en lui versant un premier montant de rente peu de temps après qu'il a touché sa dernière prestation de paie.

32 En ce qui a trait aux demandeurs avec lien d'emploi, la CARRA déclare qu'elle versera le premier paiement le 15 du mois suivant celui du début de leur retraite, si elle reçoit la demande complète au moins 20 jours avant la date de la retraite. Concernant les demandeurs sans lien d'emploi, l'engagement est moindre : le premier paiement sera fait dans les 2 mois suivant celui du début de leur retraite, si elle reçoit la demande complète au moins 90 jours avant le mois de la retraite.

33 En 2012, pour 9 % des demandeurs appartenant au deuxième groupe (sans lien d'emploi), le versement du premier paiement n'a pas été assuré conformément au délai de deux mois spécifié dans l'engagement pris par la CARRA. En ce qui concerne ceux avec lien d'emploi, l'engagement a été respecté.

Fiabilité du calcul des rentes

34 Il incombe à la CARRA de faire en sorte que les rentes versées aux prestataires des régimes de retraite soient calculées avec exactitude. À cette fin, la CARRA a besoin de données fiables et de méthodes efficaces lui permettant d'effectuer les calculs, de les valider et d'apporter avec diligence les corrections requises.

35 Parmi les résultats escomptés de l'implantation de RISE, il y avait :

- le traitement conforme de toutes les demandes de services (rente, rachat de service, décès, etc.) dans les 20 jours ouvrables après la réception d'une demande complète ;
- une révision définitive du montant de la rente 3 mois après sa mise en paiement.

36 Des écarts relatifs au calcul des rentes sont retracés et corrigés à différentes étapes du traitement des demandes de services, et ce, jusqu'à plusieurs années après la mise en paiement.

37 Les problèmes rencontrés avec RISE obligent la CARRA à recourir de façon plus importante que prévu à des outils compensatoires pour pallier des données inexactes ou des écarts de calcul afin d'obtenir un plus haut degré de fiabilité des rentes versées. Ces outils compensatoires ont été élaborés en utilisant, par exemple, une feuille de calcul électronique. Lors de la planification du projet RISE, la CARRA ne prévoyait pas faire autant appel à de tels outils. Comme nous l'expliquerons plus loin dans la section Fonctionnalités, l'ajout d'étapes additionnelles découlant de cette situation nécessite des efforts accrus et rallonge les délais de traitement.

38 Dans les paragraphes suivants, nous traiterons de trois étapes visées par les écarts de calcul, soit la certification du montant de la rente, la vérification de conformité et la révision légale. La CARRA considère que ces trois activités visent à offrir une information fiable et de qualité.

Certification du montant de la rente

39 Un exercice de certification du montant de la rente est réalisé pour assurer la justesse des calculs. Cet exercice a été rendu nécessaire à la suite de l'implantation de RISE. Selon des représentants de la CARRA, cela est dû, entre autres, au nombre insuffisant d'essais réalisés relativement aux calculs effectués par RISE, avant sa mise en fonction. La certification a lieu lors du calcul préliminaire et du calcul final du montant de la rente, soit avant l'envoi d'une lettre au participant.

40 Pour la quasi-totalité des dossiers, le calcul est refait en partie ou en totalité à l'aide d'une feuille de calcul électronique, outil compensatoire mis au point pour valider le calcul obtenu par RISE. S'il y a un écart entre le montant établi par le système et celui découlant de l'exercice de certification, une analyse est menée et, s'il y a lieu, le montant de la rente consigné dans le système est ajusté en conséquence.

41 Bien que la CARRA n'ait pas été en mesure de nous fournir une information exhaustive concernant les travaux de certification, nous avons examiné un rapport relatif aux certifications des prestations des demandeurs avec lien d'emploi participant au RREGOP pour la période de juillet à décembre 2012. Ce document montre que ces certifications ont permis de retracer et de corriger plusieurs erreurs de calcul du système (17 à 33 % des prestations ont été ajustées mensuellement).

42 Malgré cet exercice de certification, l'exactitude des calculs servant à déterminer le montant de la rente n'est pas garantie pour autant. En effet, dans le cadre de nos travaux de vérification de l'information financière auprès de la CARRA, des erreurs de saisie ayant un impact sur le montant de la rente ont été détectées. La CARRA nous a mentionné qu'elle a modifié son processus en novembre 2012 afin de corriger cette situation.

Vérification de conformité du montant de la rente

43 Depuis plusieurs années, la CARRA calcule mensuellement le taux de conformité des nouvelles rentes mises en paiement dont le calcul final a été confirmé au cours du mois précédent. En 2011 et en 2012, afin d'établir ce taux de conformité, un échantillon aléatoire d'environ 10 % des dossiers traités par chaque agent à l'égard des deux principaux régimes a été vérifié.

44 L'ensemble du dossier, de la conformité du calcul à l'exactitude des informations transmises au client, est examiné. Lorsque le montant de la rente n'est pas conforme, les versements futurs sont modifiés. En ce qui concerne les versements antérieurs, la CARRA procède au paiement des sommes dues ou à la récupération de celles indûment accordées.

45 En 2012, 5 % des dossiers n'étaient pas conformes pour ce qui est du montant de la rente. Ce taux était de 4 % en 2011.

46 Bien que des cas de non-conformité soient relevés parmi les dossiers ayant fait l'objet d'une vérification, l'incidence potentielle sur les autres dossiers n'est pas systématiquement analysée. La CARRA préconise plutôt l'étape de la révision légale pour corriger les écarts dans ces dossiers.

47 Le *Plan stratégique 2012-2015* de la CARRA indique qu'elle s'est donné un objectif en matière de conformité découlant des contrôles de qualité par échantillonnage : le taux visé est de 97 % en 2013 et de 98 % en 2014 et en 2015. Dans un souci d'équité et de saine gestion, elle ne peut se satisfaire de tels objectifs. D'ailleurs, dans son *Plan stratégique 2006-2008*, le taux de conformité visé était de 100 %, ce qui est tout à fait normal pour ce type de service.

Révision légale du montant de la rente

48 Pour les rentes mises en paiement jusqu'au 6 juin 2010, la CARRA a l'obligation légale de réviser, dans un délai maximum de quatre ans, le montant d'une rente qui a commencé à être versée.

49 Concernant les rentes mises en paiement à partir du 7 juin 2010, c'est-à-dire depuis l'implantation de RISE, cette obligation légale n'existe plus. Il est à noter que la loi mentionne que, si la CARRA effectue une révision, elle a un délai maximum de trois ans pour ajuster à la baisse le montant d'une rente.

50 La révision légale permet à la CARRA de corriger toute erreur de calcul ainsi décelée et de tenir compte de corrections apportées aux données ayant servi au calcul de la rente, depuis le début des versements. Par exemple, si le salaire d'un retraité est augmenté par le versement d'un montant de rétroactivité provenant de son ex-employeur, sa rente sera révisée en conséquence.

51 Cet exercice de révision est d'autant plus utile lorsqu'on sait que la validation de conformité révèle l'existence d'erreurs et qu'elle ne porte que sur un échantillon aléatoire de dossiers, comme nous l'avons précisé dans la section précédente.

52 De plus, nous considérons que la révision légale est très importante, car cette étape permet également de repérer plusieurs écarts de calcul des rentes. Au cours des dernières années, il y a eu deux exercices de révision légale, soit l'un terminé en 2009 et l'autre débuté en 2012. Signalons que ces exercices portent sur des montants de rente établis avant l'implantation de RISE.

53 En 2009, la CARRA a procédé à la révision légale du montant des rentes qui ont commencé à être payées entre mai 2006 et décembre 2007. Ces travaux ont révélé des écarts dans 39 % des 23 494 cas révisés (35 % relativement à une sous-évaluation de la rente et 4 %, à une surévaluation). Le versement de l'équité salariale en 2007 explique en partie les cas de sous-évaluation de la rente.

54 En 2012, une opération similaire a été enclenchée ; elle est toujours en cours. Pour ce qui est des travaux menés en 2012, les rentes visées sont celles mises en paiement de janvier à décembre 2008, afin de respecter le délai légal. Les résultats obtenus à cet égard révèlent cette fois la présence d'écarts dans 18 % des 16 879 cas révisés (14 % relativement à une sous-évaluation et 4 %, à une surévaluation).

55 Un intervalle de deux ans s'est écoulé entre les deux exercices de révision légale. Tenant compte des écarts relevés lors de ces exercices et du niveau de performance actuel de RISE, nous considérons qu'il est essentiel de réaliser la révision légale du montant de la rente à une fréquence régulière.

56 Par ailleurs, la CARRA estime que 40 % des rentes dont les versements ont débuté entre janvier et juin 2010 devront être revues à la baisse puisqu'une modification législative n'a pas été considérée. Selon ses estimations, 3 225 rentes sont surévaluées, en moyenne, de 235 dollars par année. La CARRA a l'intention d'ajuster ces rentes au cours de 2013 et de 2014. Devant ce fait, bien qu'elle ne soit plus tenue légalement de réviser le montant des rentes mises en paiement à partir de juin 2010, elle se propose, compte tenu des circonstances, d'étendre l'exercice à celles accordées jusqu'au 31 décembre 2011.

57 Il faut noter que la révision légale des rentes est une autre étape qui nécessite l'utilisation d'un outil compensatoire à RISE.

Recommandation

58 La recommandation suivante s'adresse à la Commission.

1 **Poursuivre l'amélioration des délais de traitement et du calcul des rentes dans l'objectif de traiter avec diligence les demandes de services de l'ensemble des clients.**

2.2 Données reçues des employeurs

59 Pour répondre adéquatement aux demandes de sa clientèle, la CARRA tient à jour des données sur les participants des divers régimes de retraite qu'elle administre. Ces données, recueillies à l'aide de la déclaration annuelle (DA) des employeurs, comprennent, entre autres, la catégorie d'emplois, la cotisation patronale, la cotisation salariale ainsi que le salaire admissible.

Transmission électronique

60 La quasi-totalité des DA sont envoyées à la CARRA de façon électronique. Lors de leur transmission, les données sont soumises à des validations préprogrammées. Il arrive fréquemment que RISE signale à l'employeur qu'une information est potentiellement en erreur. Dans ce cas, le système l'invite à y apporter les modifications nécessaires ou à justifier l'exactitude de l'information afin que la DA soit acceptée.

61 La transmission électronique des données par les employeurs n'est pas efficiente et il y a des retards dans l'obtention de celles-ci.

62 Pour ce qui est des DA de 2011 transmises électroniquement, les employeurs ont éprouvé de nombreuses difficultés ; notamment, ils se sont repris plusieurs fois avant que leur DA soit acceptée par le système. À notre avis, ces problèmes peuvent s'expliquer, dans certains cas, par un manque de responsabilisation des employeurs à fournir une information exacte et complète. Toutefois, dans d'autres cas, des interfaces non conviviales et une surabondance de validations préprogrammées visant la qualité des données, mais qui ne contribuent pas toutes à l'atteinte de cet objectif, seraient en cause.

63 Par ailleurs, bien que la loi oblige les employeurs à transmettre leur déclaration au plus tard le 1er mars de l'année qui suit, 74 % des DA de 2011 n'avaient pas encore été transmises à cette date. Finalement, l'acceptation de l'ensemble des déclarations s'est terminée le 31 juillet 2012. Les difficultés de transmission ne sont pas de nature à faciliter le respect du délai légal.

Fiabilité des données

64 La fiabilité des données est importante puisque celles-ci servent, notamment, à déterminer les avantages des participants. Des données de qualité sont essentielles pour maximiser le traitement automatisé des demandes. L'exactitude et la rapidité de l'information transmise à la clientèle dépendent également de la qualité des données reçues.

65 L'utilisation des mécanismes en place à la CARRA n'est pas optimale afin d'assurer la fiabilité des données reçues des employeurs et stockées dans RISE. Cette situation entraîne des risques, comme la non-détection d'irrégularités des données qui peuvent avoir un impact sur le montant des rentes.

66 D'ailleurs, dès 2008, dans le cadre d'une autoévaluation des risques, la difficulté à assurer la fiabilité des données était perçue par la CARRA comme une menace préoccupante. Cette menace a refait également surface dans les autoévaluations effectuées en mai 2010 et en janvier 2011.

Les problèmes systémiques sont des problèmes de traitement provoquant des incohérences dans les données.

67 La CARRA estime que plus de 150 000 dossiers de participants contiendraient des incohérences. Celles-ci résulteraient de **problèmes systémiques**. De plus, selon l'information disponible, il y avait, au 31 mars 2013, environ 24 800 demandes de corrections de données des employeurs qui n'étaient pas traitées. La CARRA a l'intention d'examiner ces corrections lorsqu'elles seront requises pour traiter une demande, notamment pour calculer une rente.

68 Il faut noter que la CARRA a démarré, en 2012, le projet « Participation » qui vise principalement à améliorer la qualité des données. Ses coûts sont évalués à environ 16 millions de dollars et, selon la planification, les travaux devraient se poursuivre jusqu'en 2015.

69 Actuellement, la CARRA compte sur différents moyens pour valider et améliorer la qualité des informations provenant des employeurs, mais ces moyens ne sont pas suffisamment utilisés. Les paragraphes suivants font le point à cet égard.

Analyse de la vraisemblance des informations transmises

70 Avec l'implantation de RISE, la CARRA prévoyait qu'une fois les DA reçues, certaines d'entre elles (environ le tiers) seraient soumises à un contrôle de la qualité afin de s'assurer de la vraisemblance des informations transmises. Il était prévu qu'une partie des employeurs visés par ce contrôle seraient sélectionnés en fonction des risques et que les autres le seraient de façon aléatoire.

71 Depuis la mise en fonction de RISE, mis à part les validations préprogrammées qui sont perfectibles, aucun contrôle de ce type n'a été réalisé à l'égard des DA des années 2008 à 2010. Pour ce qui est de 2011, seuls certains éléments bien précis des DA des employeurs (par exemple, le nombre d'employés) ont fait l'objet d'un contrôle de la qualité.

72 Pourtant, une telle pratique permettrait de déceler tôt la présence d'erreurs dans les données collectées et, le cas échéant, d'intervenir plus rapidement auprès des employeurs afin de les sensibiliser aux améliorations devant être apportées.

Vérification des informations chez les employeurs

73 Un autre moyen d'évaluer la qualité de l'information figurant dans les DA consiste à examiner sur place les données détenues par les employeurs dans leurs dossiers et leurs systèmes. Le fait que les employeurs savent qu'ils peuvent faire l'objet d'une vérification exerce sur eux une pression les incitant à produire de l'information fiable.

74 Depuis avril 2012, aucune vérification chez les employeurs n'a été menée. Soulignons que les travaux de vérification antérieurs étaient perfectibles, notamment à l'égard de leur planification et de leur réalisation.

75 Ainsi, en 2006, la direction de la vérification interne a produit un rapport à ce sujet. On y mentionnait que la planification, la réalisation et le suivi des vérifications chez les employeurs n'étaient pas suffisamment structurés. À la suite de la production de ce rapport, le comité de vérification s'est dit préoccupé par la fiabilité des données transmises par les employeurs et a souligné sa volonté d'augmenter l'effort de vérification.

76 En 2011, la direction de la vérification interne a produit un rapport portant cette fois sur la collecte de l'information, dans lequel la vérification chez les employeurs était de nouveau abordée. Elle constatait que ce type de vérification ne s'était pas accru significativement, que des problèmes subsistaient et que des améliorations étaient toujours possibles.

Équipe responsable de la qualité des données

77 Puisque la CARRA doit disposer de données fiables afin de remplir sa mission, il est indispensable que du personnel ait la responsabilité d'effectuer une vigie permanente des données stockées dans le système en analysant celles-ci afin d'y relever des incohérences. La mise en place d'une équipe chargée de surveiller la qualité des données avait d'ailleurs été recommandée en février 2009 par une firme externe engagée par la CARRA.

78 De mai 2011 à novembre 2012, aucune équipe n'avait le mandat précis de contrôler la qualité des données. En décembre 2012, dans le cadre du projet « Participation », la CARRA a constitué une telle équipe à l'égard des travaux qui y sont liés.

Travaux effectués par la direction de l'actuariat

79 Pour mener à bien leurs travaux, les actuaires de la CARRA obtiennent les données dont ils ont besoin grâce à des extractions des données stockées dans RISE. Ils procèdent alors à diverses validations, qui soulèvent des préoccupations à l'égard de la qualité des données extraites et les amènent à apporter des ajustements à ces données.

80 Les préoccupations des actuaires en matière de qualité des données ne sont pas systématiquement analysées afin d'en déterminer les causes et d'en évaluer les conséquences sur la qualité des données incluses dans RISE.

81 Avec la constitution récente de son équipe responsable du contrôle de la qualité des données, la CARRA devrait être en mesure d'analyser davantage les préoccupations émises par les actuaires afin de prendre les mesures correctives nécessaires en vue de rehausser la fiabilité des données du système.

Validation avec d'autres ministères et organismes publics

Actuellement, plus d'une dizaine d'ententes sont en vigueur ; elles ont été signées de 1990 à 2012.

82 La CARRA a signé des **ententes** avec des ministères et organismes publics visant la communication de renseignements personnels, comme l'adresse, la date de naissance et la date de décès.

83 Ces ententes ont notamment pour objectif de permettre à la CARRA de mettre à jour les dossiers des participants et des bénéficiaires. De plus, la comparaison des données détenues par chaque organisation permet de déceler des incohérences qui, après analyse, peuvent aider la CARRA à améliorer la qualité de ses données. Nos travaux indiquent que les ententes actuellement en vigueur sont peu utilisées. La CARRA aurait intérêt à voir dans quelle mesure elle pourrait exploiter davantage cet outil de validation.

84 Selon son *Plan stratégique 2012-2015*, la CARRA envisage de conclure de nouvelles ententes. Nous l'encourageons à poursuivre dans cette voie.

Conversion des données

85 Les données stockées dans les anciens systèmes ont été converties afin de les intégrer dans RISE. Durant cette opération, des données ont été identifiées comme étant potentiellement en erreur et transférées dans RISE avec un message « bloquant », car elles ne pouvaient être converties de manière adéquate. La CARRA nous a mentionné que, lorsqu'un de ses employés veut commencer le traitement du dossier comportant une telle donnée, ce message le contraint à s'assurer de son exactitude.

86 D'après l'information qui nous a été communiquée, le nombre de messages bloquants a atteint le sommet de 523 900, et ce, relativement à 342 100 dossiers. L'exactitude de plusieurs des données en cause a été vérifiée et celles-ci ont été corrigées, lorsque cela était nécessaire. En avril 2013, des représentants de la CARRA estimaient à plus de 11 000 le nombre de données stockées dans RISE et encore potentiellement en erreur en raison de la conversion.

87 La CARRA compte examiner ces 11 000 données lorsqu'elles seront requises pour traiter une demande, notamment pour calculer une rente.

88 Il serait souhaitable que les données potentiellement en erreur soient validées le plus rapidement possible et que les corrections soient faites, s'il y a lieu. Le fait de ne pas effectuer promptement les corrections diminue la qualité des données et altère la valeur des analyses qui en découlent.

Recommandations

89 Les recommandations suivantes s'adressent à la Commission.

2 Parfaire le processus relatif à la transmission des déclarations annuelles des employeurs, notamment à l'égard de la qualité des données qu'ils communiquent et de leur traitement par le système.

3 Mettre en place une stratégie pour contrôler la qualité des données reçues et appliquer de manière systématique les mécanismes prévus par la stratégie en vue d'assurer leur fiabilité.

2.3 Développement et déploiement du Plan global d'investissement

90 Le projet visant à élaborer la solution informatique RISE, qui constitue l'un des sept projets du PGI, représente plus de 90 % des investissements associés à ce plan.

91 Le scénario retenu pour réaliser le projet RISE a été d'acquérir, auprès d'un fournisseur externe, une solution commerciale globale et intégrée s'appliquant à l'ensemble des processus d'affaires.

92 En août 2005, à la suite d'un appel d'offres public, la CARRA a attribué le premier contrat d'envergure pour commencer l'élaboration de RISE. La livraison du système, d'abord prévue en juin 2009, a finalement eu lieu en juin 2010.

93 Le développement et le déploiement du PGI n'ont pas répondu aux attentes. D'une part, les coûts associés à sa mise en œuvre ont été plus élevés que ce qui avait été prévu (108,1 millions de dollars). D'autre part, plusieurs bénéfices attendus ne se sont pas concrétisés.

94 Dans les faits, les coûts totaux pour l'élaboration et la mise en fonction du système ont été supérieurs au montant déterminé par la CARRA. En outre, le système a notamment des problèmes de fonctionnalité ainsi que d'automatisation et la sécurité de l'information qui y est stockée pourrait être renforcée. Enfin, son implantation n'a pas généré les gains de productivité escomptés.

Coûts

95 Lors du démarrage du projet, en 2005, le coût du PGI a été évalué à 87,1 millions de dollars et la date de fin était juin 2009. Concernant l'implantation du système RISE, on prévoyait un déploiement unique, selon une stratégie nommée « Big Bang ».

96 En décembre 2008, constatant des problèmes liés, entre autres, à la conversion des données stockées dans les anciens systèmes, la CARRA a décidé de scinder la solution RISE en trois principaux livrables. Au même moment, le coût pour la réalisation du PGI a été réévalué, passant à 108,1 millions de dollars, ce qui

constituait une augmentation de 21 millions (24 %) par rapport au budget initial. En outre, la date relative à la livraison finale du système a été reportée à juin 2010.

97 À la suite de cette décision, le conseil d'administration a mandaté une firme externe afin d'obtenir un avis, entre autres, sur les coûts et l'échéancier du nouveau scénario quant à l'implantation de RISE. Dans son avis présenté au conseil, en février 2009, la firme a signalé des risques importants relativement à ces éléments. Voici deux de ses observations :

- Les coûts estimés quant à l'achèvement du projet représentent en réalité la disponibilité budgétaire prévue et non les coûts réels des efforts requis pour réaliser chacune des livraisons.
- L'échéancier actuel ne permet aucune marge de manœuvre et la matérialisation, même partielle, d'un des risques identifiés aurait des impacts majeurs sur le projet.

98 De décembre 2008 à mai 2010, malgré les risques soulevés par la firme, la CARRA a maintenu le coût total du projet à environ 108,1 millions de dollars dans les rapports d'avancement du PGI. Nous sommes d'avis que ce montant aurait dû être révisé à la hausse. Aussi, en avril 2010, soit environ un mois avant la fin du projet PGI, devant l'impossibilité de terminer l'ensemble des travaux inscrits au plan de travail 2010 dans les budgets prévus, la CARRA a convenu de reporter, hors PGI, la réalisation de certains travaux afin de ne pas modifier l'enveloppe budgétaire du PGI.

99 Depuis l'implantation de RISE en 2010, des sommes importantes ont été investies pour améliorer le système RISE sans que la CARRA les considère dans le coût du projet de 108,1 millions de dollars déclaré par celle-ci.

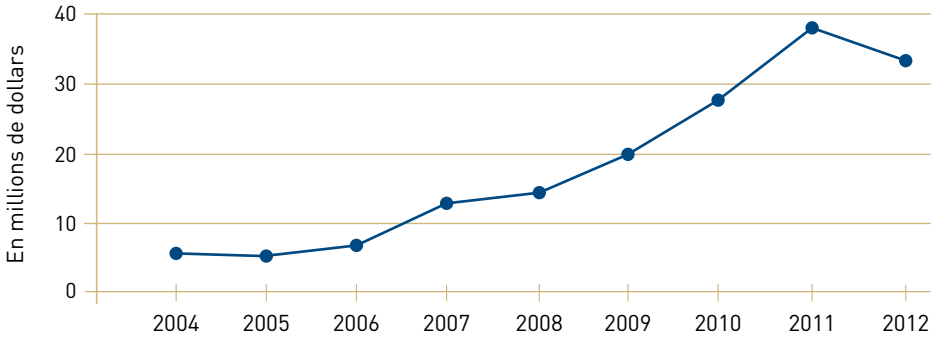
100 Des sommes en lien direct avec le système RISE ont été dépensées en informatique après le 7 juin 2010, soit la date à laquelle RISE a été considéré par la CARRA comme étant livré. D'autres sommes sont également planifiées au cours des prochaines années. Plusieurs de ces dépenses ultérieures visent à stabiliser et à améliorer la solution de même qu'à en accroître l'efficacité, qui ne répond pas actuellement aux attentes initiales. Puisque la CARRA a toujours diffusé un coût total de 108,1 millions de dollars et qu'elle n'a pas compilé distinctement les frais relatifs au PGI après juin 2010, nous n'avons pas été en mesure de quantifier précisément ces dépenses.

101 Cependant, lorsqu'on analyse l'évolution des honoraires professionnels, qui sont composés majoritairement de dépenses en matière de consultation informatique, on constate que ceux-ci sont passés de 5,3 millions de dollars en 2004 (l'année avant le début des travaux ayant trait au PGI) à plus de 33,2 millions en 2012 ; l'augmentation est de l'ordre de 525 %. La figure 1 présente les honoraires professionnels annuels, excluant ceux compris dans les 108,1 millions relatifs au coût du PGI.

102 Une telle augmentation soulève des interrogations puisque, selon le plan d'affaires de 2005 de la CARRA, le déploiement du PGI aurait peu d'effet sur les frais annuels d'entretien et d'exploitation. Uniquement depuis l'implantation

de RISE, en 2010, les dépenses en matière de consultation informatique s'élèvent à 77,8 millions de dollars.

Figure 1 Honoraires professionnels[1]



1. Ces honoraires excluent ceux compris dans les 108,1 millions relatifs au coût du PGI, qui s'est déroulé de 2005 à 2010.

Fonctionnalités

103 À la suite de l'implantation du système, en juin 2010, la CARRA a rencontré plusieurs problèmes de **fonctionnalités**, notamment en ce qui concerne la réception des données communiquées par les employeurs, le calcul de la rente et la facturation des employeurs. Ces problèmes s'expliquent, entre autres, par la volonté de la CARRA de respecter les échéanciers et de ne pas dépasser le budget prévu pour la mise en fonction de RISE en juin 2010. C'est pourquoi elle a pris des décisions quant aux travaux prioritaires à effectuer. La CARRA a donc reporté le développement et la livraison de certaines améliorations, la tenue de certains essais du système ainsi que la réalisation des activités de transfert d'expertise et de connaissances.

Une fonctionnalité est une fonction implantée dans un système informatique permettant à l'utilisateur d'effectuer un traitement.

104 À la fin de mars 2013, soit près de trois ans après l'implantation de RISE, la CARRA a toujours des problèmes de fonctionnalités avec le système.

105 Afin de pouvoir continuer à effectuer correctement certaines activités liées à ses opérations à la suite de l'implantation de la solution RISE, la CARRA a dû utiliser des outils compensatoires. Ceux-ci sont toujours en fonction, ce qui engendre des efforts et des manipulations supplémentaires, en plus d'augmenter le risque d'erreurs.

106 C'est le cas, par exemple, des travaux ayant trait à la certification et à la révision légale du montant de la rente, deux procédés que nous avons commentés dans la section Fiabilité du calcul des rentes.

107 La facturation des employeurs est un autre processus qui nécessite l'utilisation d'un outil compensatoire afin de pallier les lacunes du système. Il s'agit de calculer le montant de ce que devaient être les cotisations des employés en fonction des données reçues des employeurs et de comparer

ce résultat avec les cotisations que ces derniers ont versées en cours d'année. S'il y a des écarts, ils sont facturés aux employeurs ou remboursés par la CARRA.

Même si RISE a été implanté en juin 2010, la première facturation réalisée à l'aide de ce système portait sur les données de 2008.

108 Lors de la facturation des employeurs pour l'année 2008, soit la **première facturation** réalisée en utilisant RISE, la CARRA a constaté que le système effectuait mal cette activité puisque des écarts relatifs au calcul des cotisations ont été relevés. Elle a donc conçu un outil compensatoire pour refaire les calculs menant à la facturation des employeurs. Les facturations de 2008, de 2009 et de 2010, réalisées avec RISE, ne sont toujours pas régularisées pour tenir compte des ajustements rendus nécessaires à la suite du recalcul fait avec l'outil compensatoire. Environ 200 000 dossiers de participants devront être revus. La CARRA estime qu'environ 13 600 de ceux-ci devront faire l'objet d'une correction. Une facture reflétant ces ajustements devra être envoyée à chacun des employeurs visés. Pour ce qui est de 2011, la CARRA n'a pas fait appel à RISE pour calculer les montants des cotisations aux fins de la facturation. Elle a procédé directement aux calculs avec son outil, puis mis à jour les données stockées dans RISE et produit la facturation.

Automatisation

109 Un des objectifs du PGI était l'automatisation des demandes de services, c'est-à-dire le traitement mécanique, sans l'intervention d'un agent, de la plupart des demandes formulées par les clients. En 2005, lors de la planification du PGI, le nouveau système devait permettre d'atteindre un degré d'automatisation de l'ordre de 80 %.

110 Contrairement à ce qui avait été initialement prévu dans le cadre du PGI, le traitement des demandes de services demeure très peu automatisé. Actuellement, le pourcentage d'automatisation des demandes de services se situe entre 10 et 20 %, selon les évaluations.

111 D'ailleurs, en avril 2012, une firme externe a déposé un rapport au conseil d'administration abordant notamment le sujet de l'automatisation. Ce rapport indique qu'il y a peu d'automatisation – environ 10 %. De plus, ce rapport indique « qu'à la lumière de l'expérience acquise, les gestionnaires croient qu'une cible de 50 % de traitement automatisé des demandes des clients est réaliste ».

Sécurité de l'information

112 L'information dont la CARRA dispose représente un patrimoine essentiel puisque l'organisation en a besoin afin de remplir sa mission. Ainsi, la protection des données s'impose. En raison de la sensibilité de cette information, qui inclut des renseignements personnels (nom, adresse, numéro d'assurance sociale, etc.), la sécurité de l'information est d'autant plus importante.

113 La sécurité de l'information repose sur les trois principes fondamentaux suivants :

- Confidentialité : Seules les personnes et les traitements autorisés ont accès aux données. Tous les accès non autorisés et indésirables doivent être empêchés.
- Disponibilité : L'accès aux données et aux ressources est assuré au moment voulu et réservé aux personnes habilitées et aux traitements autorisés.
- Intégrité : Les données sont bien celles que l'on croit être et ne doivent pas être altérées ou détruites de façon fortuite ou volontaire.

114 La sécurité de l'information nécessite des améliorations quant au respect des principes fondamentaux.

115 Par exemple, pour obtenir son information de gestion, la CARRA copie l'ensemble des données de la clientèle dans un environnement pour lequel la sécurité est réduite. L'information nominative et confidentielle contenue dans cet environnement et accessible à un nombre important d'utilisateurs n'est pas brouillée. Cette pratique permet à des personnes qui n'en ont pas besoin dans le cadre de leur fonction de consulter des renseignements personnels figurant dans les dossiers de la clientèle, ce qui est en contradiction avec le principe de confidentialité.

116 De plus, pour faciliter le transfert des données et l'implantation de RISE, la CARRA a levé les contraintes de sécurité et d'intégrité à l'égard des informations stockées dans le nouveau système. Entre autres, elle a donné des droits d'accès élargis à des personnes habilitées à corriger les données. Ces mesures devaient être temporaires. Cependant, les contraintes en matière de sécurité et d'intégrité sont toujours levées et les droits d'accès demeurent élargis. Selon la CARRA, ce serait une des sources d'erreur quant aux informations contenues dans RISE.

117 Par ailleurs, en mai 2010, la CARRA considérait que sa capacité de détection de la fraude était moindre à la suite du déploiement du PGI, étant donné que les contrôles étaient insuffisants et que les profils d'accès ainsi que les niveaux de sécurité étaient inadéquats.

118 La CARRA n'a pas établi ni mis en place des contrôles suffisants visant particulièrement la prévention et la détection de la fraude. Cela est d'autant plus important compte tenu de son rôle d'agent payeur, de la valeur des données personnelles qu'elle possède et de son recours indispensable aux technologies de l'information pour traiter, communiquer et produire son information de gestion et financière. En étant peu proactive à cet égard, la CARRA est vulnérable au détournement de fonds ou à l'utilisation inappropriée des renseignements personnels qu'elle détient.

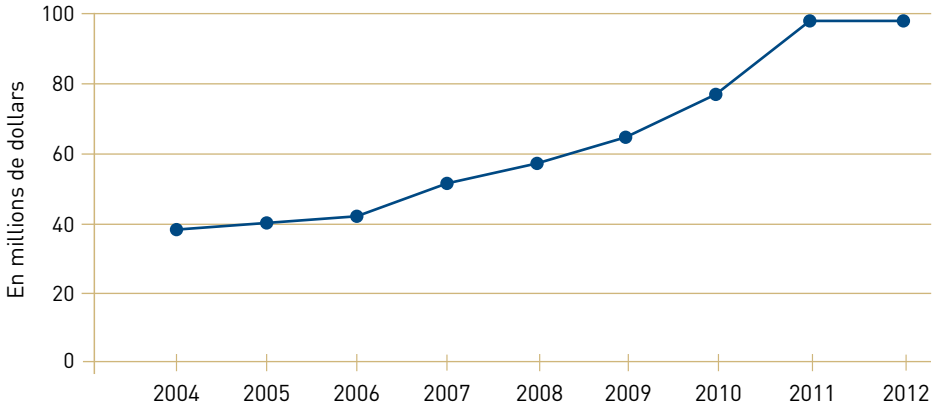
Gain de productivité

119 La CARRA avait estimé que le déploiement du PGI allait générer, sur une base annuelle, des économies de 2,9 millions de dollars sur le plan des effectifs opérationnels, une réduction de 0,5 million des coûts d'entretien des systèmes et une augmentation de 1,5 million de leurs coûts d'exploitation. Il faut rappeler que des gains de productivité et une baisse de l'effectif devaient accompagner la réalisation du PGI, même en considérant un accroissement des demandes de services de la clientèle.

120 Les gains de productivité prévus ne se sont pas concrétisés.

121 Comme le montre la figure 2, le total des dépenses de fonctionnement (en excluant les 108,1 millions imputés au coût du PGI) s'est constamment accru depuis le début du projet. Il a augmenté de 146 % de 2004 à 2012, passant de 39,4 millions de dollars à près de 100 millions.

Figure 2 Dépenses de fonctionnement[1]



1. Ces dépensent excluent les 108,1 millions imputés au coût du PGI ainsi que l'amortissement et les frais d'intérêts.

Recommandations

122 Les recommandations suivantes s'adressent à la Commission.

4 Faire un diagnostic complet de l'état de situation concernant le Plan global d'investissement et revoir les objectifs visés en matière de fonctionnalités, d'automatisation et de bénéfices.

5 Élaborer un plan d'action, assorti d'un budget et d'un échéancier, quant aux mesures à prendre pour atteindre les objectifs révisés à l'égard du Plan global d'investissement, veiller à l'application de ces mesures et exercer une reddition de comptes à l'égard de ce plan.

6 S'assurer que la sécurité de l'information est suffisante en fonction des principes fondamentaux reconnus dans le domaine.

2.4 Suivi de la gestion du Plan global d'investissement

123 Les difficultés observées relativement au développement et au déploiement du PGI nous ont amenés à nous questionner sur la qualité du suivi de gestion qui a été fait tout au long des travaux de mise en œuvre.

124 Le but essentiel d'un suivi est de s'assurer que les travaux se déroulent conformément à la planification. Selon l'information obtenue lors du suivi, des décisions appropriées, en lien avec les résultats attendus et les incidences désirées, pourront être prises au bon moment.

125 Pour ce faire, il est important que les responsables puissent compter sur une information de gestion de qualité et fassent une reddition de comptes claire, complète et en temps opportun auprès des autorités sur l'évolution de la situation. En vertu de ce principe, la CARRA doit disposer en temps opportun d'information de gestion portant sur le développement et le déploiement du PGI (échéanciers, coûts, etc.) ainsi que d'information de gestion de nature opérationnelle (délais de traitement, exactitude des calculs, etc.).

126 Le PGI n'a pas été géré avec toute la rigueur nécessaire, compte tenu de l'envergure du projet.

127 En effet, la gestion des risques et le suivi des bénéfices escomptés étaient inadéquats et la faible qualité de l'information de gestion dont dispose la CARRA n'a pas favorisé la réalisation d'un suivi approprié.

Gestion des risques et suivi des bénéfices escomptés

128 La décision d'investir des sommes importantes dans un projet se justifie sur la base des différents bénéfices qu'il engendrera. Ainsi, le succès d'un projet aussi important que le PGI est fonction du degré d'atteinte des résultats.

129 Comme nous l'avons déjà expliqué, les bénéfices escomptés du PGI étaient nombreux et importants. Nous en rappelons ici les principaux :

- une réduction substantielle des délais relatifs à la prestation de services à la clientèle ;
- une information de qualité supérieure à la clientèle ;
- des améliorations quant à la qualité des données ;
- des économies annuelles.

130 La détermination et le suivi des risques liés à la réalisation d'un tel plan sont également incontournables. D'ailleurs, au début des travaux, la CARRA avait recensé plusieurs risques qui nécessitaient un suivi rigoureux et continu. En plus du respect des budgets et de l'atteinte des bénéfices, mentionnons les risques associés à la qualité des données, à la capacité organisationnelle de remplir ses engagements et à la gestion des ressources humaines.

131 Malgré les indices qui s'accumulaient quant aux problèmes rencontrés ou appréhendés, les ajustements nécessaires à son plan d'affaires n'ont pas été apportés en temps opportun et la reddition de comptes était inadéquate.

132 En mars 2006, dans une lettre adressée au Secrétariat du Conseil du trésor (SCT), la CARRA indiquait qu'elle était concernée par certains risques recensés à l'égard du projet RISE. Notamment au sujet du risque de dépassement des coûts, elle mentionnait l'importance de demeurer vigilante et de faire un suivi serré des travaux pour assurer le respect des budgets alloués ; elle ajoutait qu'à cet effet, des mécanismes de gestion rigoureux avaient été mis en place.

133 En janvier 2009, soit un an et demi avant la fin de ce projet informatique pour lequel le total des sommes dépensées jusqu'alors était d'environ 68,8 millions de dollars, le conseil d'administration a mandaté une firme externe afin d'obtenir un avis concernant, entre autres, la faisabilité de remplir les objectifs du projet RISE selon le nouveau scénario de réalisation, et ce, à l'intérieur du budget révisé et des nouvelles échéances. Dans son avis, la firme recensait des lacunes se rapportant à plusieurs sujets, dont les suivants :

- La révision des objectifs et des bénéfices escomptés pour tenir compte du nouveau scénario, soit scinder le projet RISE en trois livrables, n'avait pas été effectuée.
- Le processus lié à la gestion des risques et à leur mitigation nécessitait d'être amélioré.

134 Malgré un tel avis, la CARRA n'a pas révisé son plan d'affaires afin notamment de mettre à jour les objectifs visés et les bénéfices escomptés. En février 2010, soit quelques mois avant l'implantation de RISE, elle réitérait dans un document destiné à la ministre responsable de la CARRA que le PGI était sous contrôle. Elle soulignait qu'elle était en maîtrise de son projet, dans le respect du budget alloué, et qu'elle faisait de bons choix pour mitiger ses risques.

135 En avril 2012, la CARRA faisait état, dans un autre document adressé aux membres du conseil d'administration, de plusieurs problèmes vécus par l'organisation, notamment à l'égard de la qualité des données, de la maîtrise des outils, de la masse critique d'expertise, de l'imputabilité de la gestion des risques, du niveau d'automatisation, des coûts et des bénéfices escomptés.

136 Au même moment, une firme de consultants engagée par le conseil d'administration de la CARRA recensait plusieurs lacunes, soulignant que les mécanismes de gestion de projet n'avaient pas été efficaces, qu'aucune mesure correctrice n'avait été mise en œuvre et que la gestion des risques opérationnels n'était pas prise en considération dans l'élaboration des processus. Par ailleurs, elle ajoutait ceci : « [...] l'implantation de RISE n'a pas encore produit les effets attendus, malgré les efforts importants qui ont eu des effets négatifs sur la qualité des services [...] Les gains de productivité sont à venir. »

137 De même, selon un document intitulé *Démarche de réévaluation des risques et identification des contrôles*, présenté au conseil d'administration en juin 2012, il y a toujours peu ou pas de contrôle à l'égard de certains risques, la plupart étant identifiés depuis 2008. En effet, on y indique que :

- la qualité et l'intégrité des données sont insuffisantes ;
- la capacité organisationnelle limitée de la CARRA fait en sorte que la gestion quotidienne des opérations entre en concurrence avec la mise en œuvre des stratégies structurantes ;
- la mobilisation et la fidélisation des ressources humaines sont difficiles ;
- la capacité d'optimiser et de stabiliser la solution RISE est limitée ;
- il existe un risque lié à la protection et à la confidentialité de l'information et des renseignements personnels.

138 En somme, les mesures prises en matière de gestion des risques se sont avérées insuffisantes puisque plusieurs d'entre eux ont fini par se matérialiser. Cet état de fait n'est certainement pas étranger aux conséquences négatives sur la qualité des services à la clientèle, dont nous avons parlé précédemment.

139 Par ailleurs, les risques recensés pour le projet « Participation », qui est en cours, sont similaires à ceux déterminés à l'époque pour le PGI, comme le report des dates de livraison, des fonctionnalités non livrées et des bénéfices anticipés non réalisés. Une révision de la façon de gérer ces risques sera nécessaire afin d'éviter que la situation se répète à l'égard de ce nouveau projet dont la valeur est estimée à 16 millions de dollars.

Information de gestion

140 L'information de gestion à l'égard de l'avancement des travaux liés au PGI n'était pas adéquate.

141 Par exemple, tout au long du développement et du déploiement du PGI, le pourcentage d'avancement des travaux a été calculé en comparant les sommes déboursées annuellement avec le budget initialement prévu. Or, pour obtenir un calcul significatif, on doit à tout le moins utiliser le degré réel d'avancement du projet et non s'en tenir au budget établi au départ.

142 Nous soulignons également que la CARRA n'a pas été en mesure de nous fournir toute l'information de gestion de nature opérationnelle demandée. Souvent, celle-ci était incomplète, difficile à obtenir au prix d'un effort raisonnable ou absente. Par exemple, la CARRA ne nous a pas fourni le nombre de dossiers certifiés ni le nombre d'erreurs relevées lors de cette certification. Elle n'est pas non plus en mesure de détailler avec exactitude la variation des inventaires de dossiers de rentes à traiter. Ce sont pourtant des informations essentielles pour apprécier dans quelle mesure les bénéfices escomptés du PGI sont obtenus.

143 De tels manquements dans l'information de gestion font qu'il est très difficile pour la CARRA de tracer un portrait exact et complet de la situation et ne favorisent certainement pas un suivi adéquat de projets de l'ampleur du PGI.

Recommandations

144 Les recommandations suivantes s'adressent à la Commission.

7 **Revoir le processus de suivi des projets importants, notamment à l'égard de la gestion des risques ainsi que de la comparaison entre les bénéfices escomptés et les résultats obtenus.**

8 **Produire une information de gestion permettant d'évaluer de façon précise et sur une base continue la qualité des services offerts, de comparer les données recueillies dans le temps et de réaliser, en temps opportun, une reddition de comptes.**

2.5 Gestion des contrats de services professionnels

145 La gestion contractuelle visant l'obtention de services professionnels comporte plusieurs étapes. Parmi celles-ci, mentionnons la définition du besoin et l'estimation des coûts, la préparation de l'appel d'offres, la sollicitation des fournisseurs, la sélection du fournisseur, le suivi du contrat et l'évaluation des services reçus du fournisseur.

146 Le Vérificateur général du Québec a publié en novembre 2012 une vérification mettant en évidence des problèmes importants dans l'attribution des contrats de services professionnels liés au traitement de l'information par certaines entités gouvernementales. Nous voulions examiner, dans le cadre de nos travaux auprès de la CARRA, dans quelle mesure ces lacunes étaient présentes.

147 Il faut également rappeler que nous avions fait état, dans le *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2008-2009*, de certaines lacunes concernant l'attribution par la CARRA de contrats dont les coûts estimés s'élevaient à moins de 100 000 dollars. Nous avions alors recommandé de faire en sorte que les mécanismes de gestion contractuelle favorisent notamment une saine concurrence et de déterminer, le cas échéant, les raisons pour lesquelles il y a eu un seul soumissionnaire.

148 Dans le cadre de nos travaux, en raison de l'ampleur des sommes en cause, nous avons examiné le contrat conclu pour commencer la réalisation du projet RISE et nous avons regardé s'il y a eu des contrats qui ont découlé de celui-ci. De plus, nous avons examiné 18 contrats d'une valeur totale de 43,9 millions de dollars, dont 13 avaient une valeur individuelle de 100 000 dollars et plus. Ces contrats ont été attribués au cours de la période du 1er janvier 2009

au 30 juin 2012. Durant cette période, la CARRA a déboursé 143 millions de dollars pour des contrats de services professionnels (93 % de ce montant était attribuable à des contrats de 100 000 dollars et plus).

Contrats en lien avec RISE

149 Comme nous l'avons déjà mentionné, la CARRA a accordé en août 2005 un contrat pour amorcer la réalisation du projet RISE. Dans sa soumission, la firme sélectionnée s'associait avec une autre firme afin de proposer un progiciel d'administration de régimes de retraite. Par la suite, les deux firmes ont obtenu d'autres contrats de la CARRA.

150 Certains éléments soulèvent des préoccupations quant au traitement équitable des fournisseurs et à l'utilisation judicieuse des fonds publics, tant à l'égard du contrat accordé initialement pour lancer le projet RISE qu'à l'égard des contrats subséquents.

Contrat initial

151 Selon le contrat, la livraison finale était d'abord prévue en juin 2009, pour un montant total de 48,2 millions de dollars incluant 5,2 millions pour des dépenses imprévues.

152 Le contrat comportait trois volets. Le premier, évalué à 35,1 millions de dollars, était calculé sur une base forfaitaire. Il comprenait, entre autres, le développement, le paramétrage, la personnalisation et l'implantation de la solution envisagée. Les deuxième et troisième volets étaient associés à des travaux soumis à un taux journalier, lesquels se montaient à 7,9 millions de dollars. Ces travaux se rapportaient notamment au transfert des connaissances et à l'entretien. La réserve de 5,2 millions, quant à elle, pouvait être utilisée selon les besoins des divers volets.

153 En cours de réalisation, le contrat a été modifié par 20 avenants. Au final, il aura coûté 75,8 millions de dollars, ce qui représente une augmentation de 57,2 % : 43,4 millions pour le volet forfaitaire, 32,4 millions pour les deux autres volets.

154 Selon le règlement de délégation de pouvoir de la CARRA, tout contrat d'une valeur supérieure à 2 millions de dollars doit être autorisé par le conseil d'administration, ce qui a été fait à l'égard du contrat initial pour commencer RISE. Cependant, tout avenant lié à un contrat autorisé par le conseil d'administration, peu importe sa valeur, ne nécessite que l'autorisation du président-directeur général. Ainsi, le conseil d'administration n'a pas eu à autoriser trois avenants d'une valeur supérieure à 2 millions de dollars et totalisant 14,8 millions. Il est à noter qu'une telle autorisation a été donnée à l'égard des deux derniers avenants dont la valeur était supérieure à 2 millions de dollars, ce qui devrait être la façon de faire dans tous les cas.

155 De plus, certains éléments nous paraissent discutables, dont ceux-ci :

- L'appel d'offres faisait référence à la possibilité d'un ajout pour couvrir des dépenses imprévues, sans donner un ordre de grandeur à l'égard de ce montant. En raison de l'importance de la somme (5,2 millions de dollars) qui a été ajoutée au contrat initial, il aurait été pertinent de fournir des balises plus précises dans l'appel d'offres pour établir ces dépenses.
- Le contrat prévoyait une clause de pénalité si le fournisseur n'affectait pas à la réalisation des travaux le chargé de projet désigné dans sa proposition. Or, à trois reprises, le chargé de projet a été changé. Nous n'avons retracé qu'une seule autorisation de changement et aucune pénalité n'a été imposée pour les autres substitutions.
- Durant les travaux, des avenants ont permis au fournisseur d'utiliser, aux fins de facturation, des taux différents de ceux figurant dans le contrat initial.
- Le contrat prévoyait des taux d'automatisation à l'égard de la performance du système, taux qui n'ont pas été atteints.

Contrats subséquents

156 Après l'attribution du contrat initial visant à commencer la réalisation du projet RISE, de nouveaux contrats ont été confiés aux deux firmes concernées au départ.

157 L'une d'entre elles a obtenu des contrats totalisant 28,8 millions de dollars, dont deux conclus de gré à gré, pour une valeur totale de 15,1 millions.

158 La deuxième a conclu dans le même contexte des contrats valant en tout 37,6 millions de dollars. Cinq ont été négociés de gré à gré (10,7 millions). Pour les autres, il n'y a pas eu de concurrence puisqu'à la fin du processus d'attribution, cette firme était la seule encore en lice.

159 Globalement, depuis 2005, ces deux firmes ont obtenu de la CARRA plus de 142,2 millions de dollars en matière de contrats, soit environ 46 % de la valeur totale de l'ensemble des contrats qu'elle a accordés durant cette période.

Expertise et dépendance

160 Selon les données de la CARRA, entre 2008 et 2010, 87 % des sommes investies en ressources humaines à l'égard du PGI l'ont été en ressources externes.

161 Après la réalisation du plan, le recours à ce type de ressources est demeuré important : en 2011 et en 2012, 76 % des dépenses en ressources humaines ont été consacrées aux ressources externes.

162 Les besoins récurrents de la CARRA en ce qui a trait aux travaux confiés à des firmes l'exposent à un risque élevé de dépendance envers elles pour ce qui est du fonctionnement de RISE dans les années à venir.

Examen détaillé de contrats

163 Un examen détaillé de 18 contrats a été mené sur la même base que celle ayant trait aux **travaux de vérification** dont les résultats ont été publiés en novembre 2012.

Ces travaux de vérification portaient sur les contrats de services professionnels liés au traitement de l'information.

164 Les lacunes décelées à la CARRA sont en général de même nature que celles qui ont été observées lors de notre vérification publiée antérieurement. Celles-ci soulèvent aussi des préoccupations quant au traitement équitable des fournisseurs et à l'utilisation judicieuse des fonds publics.

165 Le tableau 4 indique, pour différentes étapes de la gestion des contrats examinés, la nature des principales lacunes recensées. Nous fournissons dans les sections subséquentes des explications à leur sujet.

Tableau 4 Synthèse des lacunes relatives aux 18 contrats vérifiés

	Nombre de contrats		
	100 000 $ et plus	**Moins de 100 000 $**	**Total**
Répartition des contrats sélectionnés	13	5	**18**
Valeur totale (M$)	43,5	0,4	**43,9**
Définition du besoin et estimation des coûts Étape mal documentée ou non documentée	12	5	**17**
Préparation de l'appel d'offres Fournisseur assumant une faible part du risque financier	12	2	**14**
Postes stratégiques occupés par des ressources externes	10	–	**10**
Sollicitation des fournisseurs Concurrence faible : Soumissions conformes et acceptables (moyenne par contrat)	1,4	2,4	**1,7**
Obtention d'une seule soumission conforme et acceptable	8	1	**9**
Sélection du fournisseur Neutralité du comité de sélection susceptible d'amélioration	12	2	**14**
Suivi des contrats Exécution de travaux non prévus dans le contrat	6	–	**6**
Facturation à des taux non prévus dans le contrat	7	–	**7**
Non-respect du personnel désigné	12	1	**13**
Évaluation des fournisseurs[1] Absence d'évaluation	4	5	**9**

1. Seulement 9 contrats étaient terminés lors de la vérification.

Définition du besoin et estimation des coûts

166 La définition du besoin et l'estimation des coûts ont pour objectif de préciser avec la plus grande exactitude possible la nature et l'envergure des services requis.

167 Dans 17 des 18 contrats sélectionnés, la définition du besoin et l'estimation des coûts n'étaient pas documentées ou étaient mal documentées.

168 Pour 12 contrats, aucun document ne venait appuyer l'estimation des coûts et, pour 17 contrats, la définition du besoin était peu détaillée.

Préparation de l'appel d'offres

169 L'appel d'offres vise à mettre en concurrence le plus de fournisseurs possible en les invitant à présenter une soumission.

Mode de sollicitation

170 La CARRA utilise trois modes de sollicitation : le gré à gré, l'appel d'offres sur invitation et l'appel d'offres public. Pour les contrats de 100 000 dollars et plus, la règle générale exige le lancement d'un appel d'offres public. Toutefois, si le Centre de services partagés du Québec (CSPQ) a déjà lancé un tel appel d'offres en lien avec le besoin afin de préqualifier des fournisseurs, la CARRA n'est pas tenue de le faire. Toutefois, elle doit inviter l'ensemble des fournisseurs préqualifiés.

171 Lorsque le contrat est inférieur à 100 000 dollars, la politique de la CARRA spécifie que le contrat peut être passé de gré à gré si l'une des conditions suivantes est remplie : l'expertise d'un fournisseur est unique ; la continuité de certaines activités est nécessaire ; le montant n'excède pas 5 000 dollars. Si aucune de ces conditions n'est remplie, la CARRA doit lancer un appel d'offres sur invitation.

172 Le tableau 5 présente les modes de sollicitation utilisées pour les contrats vérifiés.

Tableau 5 Modes de sollicitation utilisés pour les contrats vérifiés

	Contrats de 100 000 $ et plus		Contrats inférieurs à 100 000 $		Total	
	Nombre	Valeur ($)	Nombre	Valeur ($)	Nombre	Valeur ($)
Gré à gré	–	–	1	86 000	**1**	**86 000**
Appel d'offres sur invitation	1	1 299 400	4	293 050	**5**	**1 592 450**
Appel d'offres public	12	42 193 535	–	–	**12**	**42 193 535**

173 Les modes de sollicitation des fournisseurs ont suivi les règles établies sauf à deux occasions, alors que certaines d'entre elles n'ont pas été respectées.

174 Pour le contrat de 1 299 400 dollars, comme le permet la réglementation, la CARRA a utilisé la liste des fournisseurs préqualifiés par le CSPQ. Toutefois, elle n'a pas respecté toutes les dispositions réglementaires puisqu'elle a jugé non acceptable la proposition d'un fournisseur invité, alors que cette décision était sous la responsabilité du CSPQ. De plus, nous n'avons retracé aucun document appuyant la décision prise par le comité de sélection de la CARRA de juger non acceptable la proposition du fournisseur.

175 Par ailleurs, pour le contrat de 86 000 dollars passé de gré à gré, la CARRA aurait dû procéder par appel d'offres sur invitation, car aucune des conditions permettant de conclure un contrat de ce type n'était remplie.

Type de rémunération

176 Il existe deux principaux types de rémunération : le forfait et le taux journalier. En ce qui a trait au premier type, le fournisseur s'expose à plus de risque financier, car la somme payée est fixe et invariable, et son paiement est conditionnel à la livraison des résultats attendus. Pour ce qui est du second type, le fournisseur, à la demande de l'entité, lui offre des ressources à un taux journalier ; il n'a aucune obligation de finaliser l'ensemble des travaux.

177 À la CARRA, l'utilisation de la rémunération à taux journalier pour les contrats de services professionnels est généralisée pour ce qui est de la période examinée. Avec ce type de rémunération, les fournisseurs n'assument qu'une faible part des risques associés à l'exécution des contrats en matière de coûts, de respect des délais et de qualité des travaux.

178 Pour 14 des contrats vérifiés ayant une valeur totale de 38,8 millions de dollars, le type de rémunération retenu est le taux journalier.

Postes stratégiques

179 Le SCT a déterminé des postes stratégiques qui devraient être confiés à des ressources internes parce qu'elles possèdent une meilleure connaissance du secteur d'activité propre à l'organisation, qu'elles sont plus susceptibles d'assurer sa gouvernance et qu'elles y maintiennent la connaissance et l'expertise. Voici des exemples de postes considérés comme stratégiques : chargé de projet, conseiller en architecture d'affaires et conseiller en architecture de système.

180 Dans 10 des 18 contrats analysés, au moins un poste figurant dans l'appel d'offres et confié à une ressource externe aurait dû être occupé par une ressource interne puisqu'il répondait aux caractéristiques d'un poste stratégique.

Sollicitation des fournisseurs

181 La sollicitation vise à obtenir plusieurs soumissions conformes et acceptables et, par conséquent, à favoriser une saine compétition entre les fournisseurs. Dans un marché de libre concurrence, plus l'entité reçoit de soumissions conformes, plus les probabilités d'avoir le meilleur prix augmentent.

182 Pour être jugées conformes, les soumissions doivent satisfaire à diverses conditions. Entre autres, elles doivent être déposées dans les délais prescrits et signées par une personne autorisée. Par la suite, afin de déterminer parmi les soumissions conformes celles qui sont acceptables, une analyse de chacune est effectuée en fonction de critères de qualification, ce qui permet d'établir si le niveau minimal de qualité est atteint. Le cas échéant, la soumission est considérée comme acceptable.

183 Pour les contrats de 100 000 dollars et plus, la sollicitation des fournisseurs ne donne pas l'assurance que l'objectif du libre jeu de la concurrence est atteint parce que le nombre moyen de soumissions conformes et acceptables reçues est peu élevé.

184 Comme le montre le tableau 6, la moyenne par contrat des soumissions conformes et acceptables reçues à l'égard des contrats de 100 000 dollars et plus est de 1,4. Pour les contrats inférieurs à 100 000 dollars, le résultat est de 2,4.

Tableau 6 Soumissions reçues à l'égard des contrats vérifiés

	Contrats de 100 000 $ et plus	Contrats inférieurs à 100 000 $	Total
Nombre de soumissions conformes et acceptables	18	12	**30**
Moyenne des soumissions conformes et acceptables par contrat	1,4	2,4	**1,7**

185 Les résultats de la sollicitation soulèvent des questions, considérant que 12 des 13 contrats de 100 000 dollars et plus ont donné lieu à des appels d'offres publics et que ces appels auraient dû, normalement, susciter l'intérêt d'un nombre plus élevé de fournisseurs potentiels.

186 Il convient de signaler que, sur les 13 contrats de 100 000 dollars et plus que nous avons sélectionnés, 8 contrats se sont conclus après l'obtention d'une seule soumission conforme et acceptable. Pour les 5 autres contrats, la CARRA a obtenu 2 soumissions conformes et acceptables.

Sélection du fournisseur

187 Chaque soumission déposée dans le cadre d'un appel d'offres (sur invitation ou public) est évaluée par un comité de sélection. Pour les contrats sélectionnés, 17 ont nécessité la création d'un tel comité (1 contrat ayant été passé de gré à gré).

188 Son rôle est de juger de la qualité des soumissions reçues à partir d'un minimum de trois critères de sélection, qui sont souvent la qualité de l'équipe proposée, l'expérience du fournisseur ainsi que la qualité de l'approche proposée. Le comité est composé de trois personnes dans le cadre d'un appel d'offres public et de deux personnes lorsque l'appel d'offres est sur invitation.

189 Selon un document du SCT, lors de la composition du comité de sélection, l'entité doit éviter que certains membres puissent exercer ou tenter d'exercer une influence indue sur les autres membres en raison de l'expertise qu'ils possèdent ou du poste qu'ils occupent. Par conséquent, il n'est pas recommandé qu'une personne responsable de la réalisation des travaux fasse partie du comité de sélection, sauf si l'expertise recherchée est très spécialisée. De plus, l'entité doit s'assurer que les membres formant ce comité n'ont pas de lien hiérarchique.

190 Dans la plupart des contrats vérifiés, la neutralité des comités de sélection aurait pu être améliorée.

191 Dans 14 des 17 contrats ayant nécessité la formation d'un comité, un des membres était responsable de la réalisation des travaux, sans que l'on ait justifié la nécessité d'une expertise très spécialisée. D'autre part, dans un de ces comités, il y avait un lien hiérarchique entre des membres.

192 En outre, il est recommandé dans une politique du SCT de prévoir une rotation des membres siégeant à des comités de sélection afin d'obtenir une plus grande diversité d'opinions. Comme la CARRA ne dispose pas de registre des membres ayant fait partie d'un tel comité, elle n'est pas en mesure de s'assurer qu'elle applique cette recommandation.

Suivi des contrats

193 Le contrat porte sur divers aspects, les principaux éléments étant les travaux visés, les modalités relatives à la rémunération et les ressources humaines qui seront affectées aux travaux. La CARRA doit effectuer un suivi rigoureux afin de s'assurer que les éléments précisés dans le contrat par rapport à ces aspects sont respectés.

194 Plusieurs éléments précisés dans les contrats sélectionnés n'ont pas fait l'objet d'un suivi exercé avec rigueur.

195 Des lacunes ont été recensées à de nombreux égards, dont l'exécution de travaux non prévus (6 contrats), la facturation à des taux non prévus dans le contrat (7 contrats) et le non-respect du personnel désigné (13 contrats).

196 Concernant le personnel désigné, soulignons qu'afin de se qualifier et de satisfaire aux critères de sélection relatifs à certains appels d'offres, les firmes sont tenues de présenter une équipe qui doit faire les travaux prévus. Pour les contrats sélectionnés faisant appel à du personnel désigné, la qualité totale de la soumission était basée dans une bonne proportion (entre 55 et 75 %) sur la qualité des ressources présentées, ce qui démontre toute l'importance accordée à cette exigence.

197 Lorsqu'une firme veut changer une ou des ressources proposées dans sa soumission, elle est obligée de faire une demande en ce sens auprès de l'entité. Cette dernière évalue alors si la personne présentée en remplacement répond aux exigences de l'appel d'offres à l'égard des compétences et de l'expérience et, le cas échéant, autorise la substitution.

198 En ce qui a trait aux 13 contrats vérifiés faisant appel à du personnel désigné, les ressources affectées à la réalisation des travaux n'étaient pas toujours celles prévues dans la soumission retenue. En outre, la CARRA n'a pas pu nous démontrer que les remplaçants répondaient aux exigences de l'appel d'offres en matière de compétences et d'expérience (12 contrats), ni fournir l'autorisation écrite à l'égard des substitutions acceptées (12 contrats).

199 Le non-respect des ressources proposées soulève des préoccupations par rapport à l'équité dans l'analyse des soumissions. En effet, les firmes ont tout intérêt à proposer des ressources très expérimentées afin que leur offre atteigne le niveau minimal de qualité exigé aux fins de la sélection. Si elles ne fournissent pas ces ressources quand vient le temps d'exécuter les travaux, le jeu de la saine concurrence s'en trouve faussé.

Évaluation des fournisseurs

200 Le processus ayant trait à l'acquisition de services professionnels et à la réalisation des contrats se termine par l'évaluation des fournisseurs. Cette procédure contribue à déterminer leurs forces et leurs faiblesses et, par conséquent, favorise la qualité des services obtenus par la suite. En effet, la CARRA pourra s'y référer au moment de procéder à de futures acquisitions. De plus, une telle évaluation est utile lorsque vient le temps d'établir la somme à verser au fournisseur en guise de paiement final.

201 Selon la réglementation en vigueur, l'évaluation du fournisseur est obligatoire seulement si son rendement est jugé insatisfaisant. Toutefois, en raison de la pertinence d'une telle évaluation, nous nous serions attendus à ce qu'une évaluation soit versée dans le dossier relatif à chaque contrat. La procédure est d'autant plus importante pour les contrats de 100 000 dollars et plus, compte tenu de leur valeur substantielle.

202 Pour les neuf contrats sélectionnés qui étaient rendus à cette étape, aucune évaluation n'a été réalisée.

Autre observation

203 Outre les observations relatives aux contrats ayant fait l'objet de nos travaux de vérification, une situation particulière a retenu notre attention. Ainsi, en 2006, une entente a été conclue de gré à gré avec une firme concernant l'utilisation par la CARRA d'une application informatique pour la période d'avril 2006 à juin 2009. En échange de l'utilisation de cette application, la CARRA a permis à la firme d'effectuer de la publicité sur son site Web.

204 Après juin 2009, même si l'entente était échue, cette situation a continué. Ce n'est qu'en octobre 2012 qu'une nouvelle entente a été conclue de gré à gré avec la firme, sans analyse de l'impact financier. La seule autorisation retrouvée quant à cette deuxième entente est celle du premier dirigeant.

205 Selon la réglementation, la CARRA aurait dû évaluer le montant de la transaction afin de déterminer le mode de sollicitation à privilégier. Le fait que la CARRA a négocié à deux reprises une telle entente de gré à gré, sans en estimer la valeur, peut soulever un doute à l'égard du traitement équitable des fournisseurs.

Recommandations

206 Les recommandations suivantes s'adressent à la Commission.

9 Définir une stratégie quant à l'utilisation des ressources externes en matière de services informatiques afin de détenir une expertise interne dans le domaine et d'avoir une indépendance suffisante à l'égard de ces ressources.

10 Documenter la définition du besoin et l'estimation des coûts de manière adéquate.

11 S'assurer que la sollicitation des fournisseurs et la sélection de celui qui est retenu favorisent le libre jeu de la concurrence et donnent lieu à un meilleur partage des risques.

12 Préciser le règlement relatif à la délégation de pouvoir pour l'autorisation des avenants aux contrats en fonction de la nature et de l'importance des changements qu'ils apportent.

13 Améliorer le suivi des éléments figurant dans chaque contrat à l'égard de :

- **la nature des travaux réalisés, pour s'assurer qu'ils correspondent à ceux qui étaient prévus dans le contrat ;**
- **l'application des taux prévus dans le contrat lors du paiement du fournisseur ;**
- **la réalisation des travaux par le personnel qui avait été désigné lors de l'attribution du contrat.**

Commentaire de l'entité vérifiée

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances

« **Le client, au cœur de nos actions.** La CARRA, qui est le plus important administrateur de régimes de retraite au Canada, compte un Québécois sur six au sein de sa clientèle.

« Depuis sa fondation, il y a 40 ans, la CARRA n'a de cesse de placer sa clientèle au cœur de ses actions, que ce soit les personnes qui participent aux régimes qu'elle administre ou celles qui reçoivent une rente. Elle a le souci constant de leur offrir un service de qualité.

« L'administration des régimes de retraite s'avère particulièrement complexe en raison des données de participation de ses quelque 1 400 000 clients, recueillies annuellement et qui sont à la base même des calculs des rentes. Le défi premier de la CARRA réside dans sa capacité à établir, à la fin d'une carrière professionnelle pouvant s'échelonner sur 30 à 35 ans, l'exactitude des faits et des données pour effectuer ces calculs.

« Ainsi, la CARRA a pour mission de s'assurer que sa clientèle bénéficie pleinement des avantages auxquels elle a droit, particulièrement en garantissant l'exactitude des calculs qu'elle effectue.

« **Un projet de modernisation indispensable.** Depuis sa création en 1973 et jusqu'en 2010, la CARRA a assuré sa mission avec un environnement informatique compartimenté dont les processus comportaient énormément d'opérations manuelles. L'automatisation du traitement devenait indispensable pour permettre à la CARRA de travailler de façon plus efficace.

« Face aux défis liés à l'accroissement de sa clientèle et aux exigences associées aux nombreuses modifications législatives successives avec lesquelles elle doit composer depuis sa création, en plus de ses opérations courantes, la CARRA a entrepris, en 2005, un plan de modernisation très ambitieux pour lequel les attentes étaient très élevées.

« La solution alors retenue comportait un ensemble intégré d'outils informatiques. Cependant, les besoins résultant de toutes les particularités des différents régimes de retraite, et les difficultés d'adaptation qui y sont associées, ont été sous-estimés à l'origine.

« La CARRA a ainsi rencontré de multiples difficultés pendant la réalisation du projet et la période d'ajustement qui a suivi sa mise en place. Des risques répertoriés au départ se sont notamment matérialisés, l'obligeant ainsi à revoir l'étendue du projet ainsi que son plan d'implantation. De plus, la structure de gouvernance de la CARRA a été profondément revue. En effet, en juin 2007, lors de l'entrée en vigueur de la *Loi sur la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances*, celle-ci s'est vue doter d'un conseil d'administration, alors que le projet avait déjà été planifié et qu'il était en cours de réalisation. Enfin, plusieurs dirigeants et intervenants clés se sont succédé pendant cette période.

« **L'importance de la protection des droits de nos clientèles.** Depuis la mise en œuvre de la modernisation de ses systèmes en 2010, et face aux difficultés rencontrées, le souci de la CARRA a été et demeure de garantir que sa clientèle bénéficie pleinement des avantages de son régime de retraite. Ainsi, deux priorités ont pris beaucoup d'importance, soit :

- assurer la continuité du revenu des retraités (garantissant que la majorité des nouveaux retraités reçoivent des revenus dès le mois suivant celui de la retraite) ;
- assurer la fiabilité du calcul lorsque vient le temps de confirmer le montant de la rente.

« C'est pourquoi la CARRA, dès ce moment, a choisi temporairement de verser un montant estimatif de la rente au moment de la prise de retraite. Ce choix a été principalement justifié par le fait que la CARRA se devait de procéder à diverses validations afin de s'assurer de la fiabilité et de la qualité des données servant au calcul de la rente ainsi que de l'exactitude des montants de rente confirmés.

« La CARRA a également inclus une étape supplémentaire de certification pour s'assurer de la fiabilité des calculs. Ainsi, selon les critères établis par la CARRA, un certain nombre de demandes de rente suit donc un processus de traitement plus long puisque les calculs sont certifiés avant toute confirmation du montant de rente.

« La CARRA convient que l'ajout de ces validations a entraîné des retards dans la confirmation du montant de plusieurs rentes, l'empêchant de respecter certains de ses engagements liés aux délais de services.

« Outre la certification, la CARRA effectue une vérification par échantillonnage de la conformité des rentes versées un mois après leur confirmation et les quelques écarts décelés sont alors corrigés. Pour l'ensemble des rentes, la révision ultérieure prévue par la loi assure l'exactitude du montant final. Cette révision est normale et essentielle pour tenir compte des événements survenus depuis la confirmation du montant de la rente, par exemple :

- des corrections apportées par l'employeur au dossier de l'employé, particulièrement en ce qui concerne sa dernière année de travail ;
- des corrections découlant d'ajustements visant à tenir compte de l'équité salariale.

« La certification des calculs, la vérification de conformité et la dernière étape que constitue la révision légale appliquée à toutes les rentes forment donc le processus mis en place pour assurer la fiabilité et l'établissement final du montant de la rente à la date de la retraite.

« **La situation actuelle.** Depuis la mise en œuvre de la modernisation des systèmes, le personnel de la CARRA persévère dans ses efforts pour poursuivre l'amélioration de ses services à la clientèle, assurer la justesse des rentes versées et parfaire ses processus.

« Aujourd'hui, les résultats démontrent des progrès substantiels en ce qui a trait au service à la clientèle, particulièrement pour ce qui est des délais de traitement. À cet égard, la Protectrice du citoyen, dans son rapport annuel 2011-2012, fait état des progrès accomplis et reconnaît les efforts consentis pour améliorer la situation.

« Tout en gardant la priorité sur les services auxquels elle s'est engagée envers sa clientèle, la CARRA poursuit la stabilisation de ses services. Cette étape habituelle à la suite d'un changement de cette envergure comprend un important plan de renforcement des connaissances du personnel. Celui-ci, débuté dès 2010, vise ainsi à doter la CARRA de l'expertise indispensable à la réalisation optimale de ses activités.

« La mise en place d'un tel plan de réorganisation et d'informatisation comporte inévitablement des bouleversements et des ajustements importants. Cependant la CARRA, avec l'aide de nouveaux intervenants décisionnels, poursuit ses engagements à l'égard d'un service à la hauteur des attentes de sa clientèle. À cet effet, des changements structurels et des améliorations aux outils de travail sont apportés dans un souci constant d'accroître la qualité des services offerts. Grâce aux efforts soutenus et au dévouement de son personnel, la CARRA est entrée dans une phase de consolidation et les indicateurs permettent d'ores et déjà d'affirmer que les mesures adoptées donnent des résultats concrets. »

Annexes et sigles

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Annexe 2 Régimes de retraite administrés par la Commission

Annexe 3 Données financières relatives aux régimes de retraite

Annexe 4 Principales caractéristiques du calcul des rentes de retraite

Sigles

CARRA	Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances
CSPQ	Centre de services partagés du Québec
DA	Déclaration annuelle
PGI	Plan global d'investissement
RISE	Renouvellement et intégration des systèmes essentiels
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. Ils se fondent également sur nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification 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 des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
Vérifier si la CARRA a mis en place les mécanismes nécessaires afin d'assurer la fiabilité des données reçues des employeurs.	La CARRA : ■ obtient les données relatives à la participation aux régimes de retraite des participants au moment opportun ; ■ valide les données afin d'assurer l'exactitude de celles-ci ; ■ corrige les données inexactes, et ce, en temps opportun ; ■ détient de l'information de gestion pertinente ; ■ applique des mesures pour améliorer la fiabilité du processus de collecte d'information.
Évaluer dans quelle mesure la CARRA fournit des services de qualité à sa clientèle tels que ceux relatifs aux demandes de rente.	La CARRA : ■ détermine et diffuse des objectifs réalistes et mesurables en ce qui concerne l'accessibilité et la qualité des services offerts ; ■ détient de l'information de gestion pertinente et exacte sur le degré d'atteinte des objectifs de service à la clientèle et en fait une reddition de comptes adéquate ; ■ effectue un suivi régulier à l'égard des objectifs et analyse les écarts entre les objectifs et les résultats atteints ; ■ s'assure que les calculs de rentes sont exacts et respectent les politiques et la réglementation, et ce, dans un souci d'équité ; ■ apporte avec diligence les corrections nécessaires ; ■ applique des mesures pour améliorer la qualité des services à la clientèle.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que la CARRA a mis en place un processus d'amélioration continue à l'égard du Plan global d'investissement (PGI), plus particulièrement, du projet Renouvellement et intégration des systèmes essentiels (RISE), afin de remplir sa mission de manière efficace et économique.	La CARRA : ■ détient une comparaison entre les bénéfices escomptés et les bénéfices réels ; ■ dispose d'un diagnostic des problèmes rencontrés lors de l'implantation du projet RISE et connaît les principaux risques résiduels liés aux opérations courantes ainsi que les éléments à finaliser pour optimiser sa performance ; ■ possède un portrait complet des coûts à ce jour et à venir ; ■ a l'assurance que les informations et les systèmes sont sécurisés ; ■ met en place des mesures afin, d'une part, de pallier les problèmes à court terme et, d'autre part, de régler les problèmes de façon permanente, s'il y a lieu ; ■ fait une reddition de comptes claire, complète et en temps opportun aux autorités sur l'évolution de la situation.
S'assurer que la CARRA attribue les contrats de services professionnels selon les règles et les saines pratiques de gestion.	■ Une évaluation rigoureuse du besoin est effectuée. ■ La sollicitation des fournisseurs respecte les règles et favorise l'obtention de plusieurs soumissions. ■ La sélection des fournisseurs est effectuée selon les moyens d'évaluation préconisés. ■ Les écarts importants entre le montant estimé à l'égard du contrat et la valeur de ce dernier sont expliqués. ■ L'attribution des contrats est approuvée par les autorités compétentes. ■ La pertinence des modifications apportées aux contrats est démontrée et celles-ci sont approuvées en temps opportun par les autorités compétentes. ■ Le suivi des contrats est effectué dans le but de s'assurer, notamment, de la réalisation des travaux par le personnel désigné dans l'offre de services, du respect de l'échéancier et du prix, de l'exactitude de la facturation et de l'évaluation du rendement du fournisseur.

Portée des travaux

Nos travaux visaient à établir si la CARRA administre les régimes de retraite qui lui sont confiés en s'assurant que tous les participants et les prestataires de ces régimes bénéficient des avantages auxquels ils ont droit. Nous avons accordé une attention particulière aux deux principaux régimes de retraite, soit le RREGOP et le RRPE. Pour mener à bien nos travaux, nous avons examiné divers documents et avons recueilli de l'information lors d'entrevues avec les représentants de l'entité.

Nos travaux se sont déroulés de mars 2012 au début d'avril 2013 et notre vérification a porté principalement sur les exercices 2010 à 2012. Toutefois, certains commentaires pourraient avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

Le présent rapport n'a pas pour objet de traiter des enjeux associés aux obligations actuarielles.

Annexe 2 Régimes de retraite administrés par la Commission[1]

	Situation au 31 décembre 2011		
	Valeur de l'actif (en millions de dollars)	**Pourcentage de la clientèle**	**Ouvert ou fermé[2]**
Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP)	42 473,4	88,9	Ouvert
Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE)	7 386,5	4,2	Ouvert
Régime de retraite de l'administration supérieure[3]	–	–	Ouvert
Régime de retraite des enseignants	–	3,1	Fermé
Régime de retraite des fonctionnaires	–	1,5	Fermé
Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale	–	–	Ouvert
Régime de retraite des membres de la Sûreté du Québec	371,4	0,8	Ouvert
Régime de retraite de certains enseignants	–	0,4	Fermé
Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels	460,6	0,5	Ouvert
Régime de retraite des élus municipaux	155,3	0,4	Ouvert
Régime de retraite des maires et des conseillers des municipalités	5,1	–	Fermé
Régime de retraite des juges de la Cour du Québec et de certaines cours municipales	–	–	Ouvert
Régime de retraite de certains juges nommés avant le 1er janvier 2001	–	–	Fermé
Régime de retraite de certains juges nommés avant le 30 mai 1978	–	–	Fermé
Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec	177,4	–	Fermé
Régime de retraite des employés en fonction au Centre hospitalier Côte-des-Neiges	64,9	–	Fermé
Régime de retraite pour le président du Conseil de la Communauté urbaine de l'Outaouais	0,8	–	Fermé
Régime de retraite des anciens employés de la Ville de Saint-Laurent		–	Fermé
Régime de retraite des anciens employés de la cité de Westmount		–	Fermé
Régime de retraite du Protecteur du citoyen et des vice-protecteurs	–	–	Ouvert
Régime de retraite des commissaires de la Commission des valeurs mobilières	–	–	Fermé
Pension accordée à la veuve de M. Pierre Laporte	–	–	Fermé

1. La CARRA administre également sept régimes de prestations supplémentaires et deux régimes d'assurance-vie.
2. Un régime est dit fermé lorsqu'il n'accepte plus de nouveaux cotisants.
3. Les données du Régime de retraite de l'administration supérieure sont incluses dans le Régime de retraite du personnel d'encadrement.

Annexe 3 Données financières relatives aux régimes de retraite

	Valeur au 31 décembre 2011 (en milliards de dollars)			
	RREGOP	**RRPE**	**Autres**	**Total**
Prestations annuelles[1]	3,72	0,91	2,05	**6,68**
Cotisations salariales annuelles[2]	1,25	0,23	0,04	**1,52**
Obligations des employés	42,09	8,37	0,56	**51,02**
Obligations des employeurs	44,89	10,85	22,02	**77,76**
Total des obligations envers les participants[3]	**86,98**	**19,22**	**22,58**	**128,78**
Caisse des employés[4]	42,47	7,39	1,23	**51,09**
Fonds d'amortissement des régimes de retraite (FARR) (valeur au marché au 31 mars 2011)[5]				**35,43**
Total				**86,52**

1. Les prestations renvoient à toutes les sommes qui sont versées aux prestataires en vertu d'un régime de retraite ou d'assurance, excluant les transferts.
2. Les cotisations renvoient aux sommes versées par les participants au titre d'un régime de retraite.
3. Ces obligations correspondent à la valeur actuarielle des avantages acquis par les participants et les prestataires, déterminée à partir des hypothèses les plus probables.
4. Il s'agit de la valeur de l'actif pour faire face aux obligations futures.
5. En 1993, le gouvernement a créé le FARR. Ce fonds constitue une réserve liquide qui pourra éventuellement être utilisée pour payer les prestations de retraite des employés des secteurs public et parapublic. Il est géré par la Caisse de dépôt et placement du Québec selon la politique de placement déterminée par le ministre des Finances et de l'Économie.

Annexe 4 Principales caractéristiques du calcul des rentes de retraite

	RREGOP	RRPE
Critère d'admissibilité à une rente sans réduction	60 ans ou 35 années de service	60 ans ou 35 années de service ou 55 ans et facteur 90[1]
Calcul de la rente de base annuelle	Nombre d'années de service reconnues (maximum de 37 ans au 31 décembre 2012)[2] multiplié par le taux d'accumulation (2 %) et par le salaire admissible[3] moyen des 5 années de service pendant lesquelles le salaire a été le plus élevé	Nombre d'années de service reconnues (maximum de 37 ans au 31 décembre 2012)[2] multiplié par le taux d'accumulation (2 %) et par le salaire admissible[3] moyen des 3 années de service pendant lesquelles le salaire a été le plus élevé
Rachat d'année de service[4]	Possible	Possible
Critère d'admissibilité à une rente immédiate avec réduction Réduction lorsque le participant ne respecte pas le critère d'admissibilité à une rente sans réduction	55 ans et moins de 35 années de service Pour chaque mois d'anticipation, diminution de la rente de base de 0,333 % (4 % par année)	55 ans et moins de 35 années de service, sans facteur 90[1] Pour chaque mois d'anticipation, diminution de la rente de base de 0,333 % (4 % par année)
Réduction lorsque le participant bénéficie d'une rente de retraite versée par la Régie des rentes du Québec (RRQ) (coordination)[5]	Diminution de la rente de base en fonction du calcul suivant : Taux annuel de coordination de la rente au Régime de rentes du Québec (0,7 %) multiplié par le nombre d'années de service reconnues et accomplies depuis le 1er janvier 1966 (maximum de 35 années) et par le montant moindre : salaire admissible[3] moyen des 5 dernières années ou moyenne des maximums des gains admissibles (MGA)[6] des 5 dernières années	Diminution de la rente de base en fonction du calcul suivant : Taux annuel de coordination de la rente au Régime de rentes du Québec (0,7 %) multiplié par le nombre d'années de service reconnues et accomplies depuis le 1er janvier 1966 (maximum de 35 années) et par le montant moindre : salaire admissible[3] moyen des 5 dernières années ou moyenne des MGA[6] des 5 dernières années.

1. On calcule le facteur 90 en additionnant l'âge aux années de service reconnues.
2. Le maximum sera de 38 ans au 31 décembre 2013.
3. Il s'agit du salaire de base versé à l'employé au cours d'une année civile.
4. Des dispositions permettent de faire compter des périodes d'absence ou de service moyennant le paiement d'un montant par le participant : service antérieur à l'adhésion (emploi d'été), service comme occasionnel, absence sans salaire, etc.
5. Cette réduction est appliquée à compter du mois suivant le 65e anniversaire, même si le prestataire commence à recevoir la rente versée par la RRQ avant l'âge de 65 ans.
6. Le MGA est le revenu maximal de travail sur lequel un travailleur cotise au RRQ pour une année donnée (50 100 dollars en 2012).

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2013

CHAPITRE

4

Personnes âgées en perte d'autonomie

Services à domicile

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord
Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière

Faits saillants

Objectifs des travaux

En 2011-2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a consacré 599 millions de dollars aux services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Notre vérification a été effectuée auprès du MSSS, de trois agences et de trois centres de santé et de services sociaux (CSSS). Nous voulions nous assurer que :

- le MSSS et les agences vérifiées prennent les mesures afin que la clientèle reçoive, en temps opportun et de façon équitable, des services à domicile sécuritaires et de qualité ;
- les CSSS vérifiés rendent des services à domicile sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins de la clientèle, et ce, en temps opportun et de façon équitable ;
- les CSSS vérifiés optimisent l'utilisation des ressources humaines, informationnelles et financières allouées aux services à domicile.

Le rapport entier est disponible sur le site http://www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant les services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Peu de repérage des personnes âgées vulnérables. Les CSSS vérifiés n'ont pas mis en place de mécanismes de repérage dans les milieux ayant une concentration significative de personnes âgées. Le repérage est principalement effectué à l'urgence, mais les personnes qui s'y présentent sont souvent déjà en perte d'autonomie.

Usagers sans évaluation des besoins à jour ni plan d'intervention. Le quart des évaluations ne sont pas à jour dans les dossiers examinés. Quant aux plans d'intervention, ils sont absents une fois sur deux et, lorsqu'ils sont présents, ils ne sont pas à jour une fois sur trois.

Intensité des services variable d'un CSSS vérifié à l'autre. Les liens entre les services fournis et les besoins de l'usager ne sont pas démontrés. Quant aux services rendus, ils sont parfois insuffisants selon des intervenants rencontrés, mais aucune analyse ne permet d'évaluer dans quelle mesure ils le sont.

Absence d'une image représentative des délais d'attente. L'accès aux services est largement tributaire du niveau de priorité que l'établissement accorde à l'usager. À l'heure actuelle, les listes d'attente sont incomplètes.

Mesure de la performance à améliorer. Plusieurs dimensions de la performance ne sont pas mesurées. L'expertise et les outils de gestion développés par les CSSS lors des projets d'optimisation des services à domicile ne sont pas systématiquement partagés, ce qui multiplie les dépenses pour des services semblables.

Peu de services professionnels directs à domicile. Les professionnels passent la majorité de leur temps au bureau. Le recours accru aux techniciens permettrait notamment des gains d'efficience.

Peu de suivi des orientations et absence de standards provinciaux. Dix ans après leur diffusion, les orientations ministérielles ne sont que partiellement appliquées. L'absence de standards et le manque d'indicateurs font que la performance des services peut difficilement être évaluée.

Pas assez de contrôle de la qualité des services. Les mesures en place ne permettent pas de contrôler suffisamment la qualité des services, notamment ceux rendus par les partenaires externes.

Besoins en financement non estimés. Les CSSS vérifiés n'ont pas déterminé les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins des usagers. De son côté, le MSSS n'a pas évalué si les fonds alloués sont suffisants pour offrir les services, tant pour les besoins actuels de la clientèle que pour ses besoins futurs.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du MSSS, des agences et des CSSS vérifiés. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires des entités vérifiées.

Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère, à mettre en œuvre en collaboration avec les agences

1. **S'assurer que l'ensemble du réseau utilise une méthode uniforme de calcul des délais d'attente relatifs aux services à domicile par type de services et pour tous les usagers afin d'obtenir une image représentative de ces délais.**
5. **Poursuivre et accélérer la mise en place de systèmes d'information intégrés qui permettent de suivre l'usager dans le continuum de services aux personnes âgées.**
6. **S'assurer que des contrôles systématiques sont réalisés quant à la fiabilité des données relatives aux services à domicile enregistrées dans les systèmes.**
11. **Effectuer un suivi des orientations relatives aux services à domicile afin d'en assurer la mise en œuvre.**
12. **Établir des standards de services, d'accès, de qualité et d'efficience pour les services à domicile.**
13. **Déterminer le financement nécessaire pour les services à domicile en fonction des orientations et des besoins actuels et futurs de la clientèle.**
14. **Mettre en place des mécanismes permettant de s'assurer d'une prestation de services à domicile sécuritaires et de qualité lorsque ceux-ci sont rendus par des partenaires externes.**
15. **Suivre régulièrement la performance des établissements dans l'atteinte des standards établis pour les services à domicile.**

Recommandations aux agences vérifiées

7. **Partager avec tous les établissements les outils de gestion et l'expertise développés lors des travaux relatifs à l'optimisation de la performance des établissements afin d'éviter la multiplication des dépenses.**
8. **S'assurer que les établissements, notamment ceux de Montréal, respectent la réglementation relative aux appels d'offres lorsqu'ils recourent à des firmes externes pour optimiser leurs processus.**

Recommandations aux établissements vérifiés

2. **S'assurer de repérer les personnes âgées vulnérables en temps opportun et de suivre l'évolution de leur condition.**
3. **Veiller à ce que tous les usagers recevant des services à domicile soient évalués à l'aide de l'outil multiclientèle, à ce qu'un plan d'intervention soit élaboré pour chacun et à ce que l'évaluation et le plan soient mis à jour régulièrement.**
4. **Prendre des mesures pour que l'accès aux services à domicile et l'offre de services aux personnes âgées ayant des besoins similaires soient équitables, notamment en mesurant le taux de réponse aux besoins.**
9. **Analyser régulièrement la performance des services à domicile en considérant le volume des services rendus, la qualité et le coût.**
10. **Optimiser l'organisation du travail afin d'accroître les heures de services à domicile en présence des usagers.**
16. **S'assurer que chaque usager reçoit des services appropriés, de qualité et bien coordonnés lorsqu'ils sont offerts par plusieurs intervenants.**

Table des matières

1 **Mise en contexte** 6

2 **Résultats de la vérification** 10

2.1 **Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie** 10

Repérage des personnes vulnérables

Évaluation des besoins et plan d'intervention

Offre de services

Accès aux services

Recommandations

2.2 **Optimisation des services à domicile** 18

Mesure de la performance

Productivité des employés

Organisation du travail

Systèmes d'information

Recommandations

2.3 **Encadrement des services à domicile** 29

Orientations, standards et suivi

Appréciation de la qualité

Financement

Recommandations

Commentaires des entités vérifiées 37

Annexes et sigles 45

Équipe

Carole Bédard
Directrice de vérification
Jérémie Bégin
Josée Bellemare
Rachel Mathieu
Sonya Pageau

1 Mise en contexte

1 Les services à domicile permettent de répondre aux besoins en soins et en services d'une large clientèle. Tant les personnes atteintes d'une maladie chronique, les personnes en convalescence, les personnes souffrant de troubles mentaux, les personnes recevant des soins palliatifs que les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent recevoir des soins et des services dans leur milieu de vie. Selon les besoins, les services à domicile offerts sont de courte ou de longue durée. En 2011-2012, près de 54 % des dépenses liées à ces services ont été consacrées aux personnes âgées.

2 Un des enjeux du réseau de la santé et des services sociaux est de répondre à la demande croissante de services à domicile, laquelle est due entre autres au vieillissement de la population. En effet, les années à venir seront marquées par une augmentation de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus, qui passera de 17 % en 2013 à 26 % en 2031.

3 Selon la politique de soutien à domicile du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la couverture publique des services à domicile dépend du type de services : les services professionnels sont fournis gratuitement, tandis que les services d'aide domestique et d'assistance personnelle devraient être offerts sans frais sous certaines conditions. Par ailleurs, les personnes âgées qui se procurent des services d'aide domestique auprès d'une entreprise d'économie sociale les financent eux-mêmes, mais peuvent bénéficier du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (**PEFSAD**). Les personnes âgées de 70 ans et plus ont également droit à un crédit d'impôt pour les dépenses liées aux services d'aide à domicile et aux soins infirmiers.

Le PEFSAD est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et est offert à tous les citoyens âgés de 18 ans et plus. Une réduction pouvant aller jusqu'à 12,25 dollars peut être accordée pour chaque heure de services effectuée par une entreprise d'économie sociale fournissant de l'aide domestique.

4 Voici, regroupés en deux catégories, les principaux services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Soins et services professionnels (offerts gratuitement)	■ Soins infirmiers ■ Services d'inhalothérapie ■ Services de nutrition ■ Services de réadaptation (ergothérapie, physiothérapie) ■ Services médicaux ■ Services psychosociaux
Services d'aide à domicile (offerts sans frais à des personnes ayant une incapacité temporaire ou une incapacité significative et persistante et aux personnes recevant des soins palliatifs)	■ Services d'assistance personnelle : soins d'hygiène, aide à l'alimentation et à la mobilité ■ Services d'aide domestique[1] : entretien ménager, préparation des repas, entretien des vêtements

1. Les personnes qui ont uniquement besoin d'aide domestique sont dirigées vers une entreprise d'économie sociale. Elles paient les services, mais peuvent bénéficier du PEFSAD.

5 Ces services sont rendus par de nombreux intervenants, dont par des employés de centres de santé et de services sociaux (CSSS), d'entreprises d'économie sociale, d'organismes communautaires, d'entreprises à but lucratif ou encore par des employés de gré à gré engagés par l'usager. Un autre acteur important est le proche aidant, lequel fait partie de l'entourage de la personne, notamment de sa famille. Celui-ci lui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel. Le grand nombre d'acteurs commande une action concertée et collective afin que les services soient rendus de façon efficiente.

6 Les services à domicile ne sont pas un secteur isolé du système de santé et de services sociaux. Ils s'intègrent dans une chaîne de services (continuum de services) qui comprend ceux de **première ligne**, plus généraux, et ceux de **deuxième et de troisième ligne**, plus spécialisés. Si un des maillons de la chaîne a des faiblesses, celles-ci se répercuteront sur les autres maillons. Par exemple, des services à domicile insuffisants ou l'absence de services spécialisés en gériatrie auront un impact sur les services d'urgence et d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Pour la population, les services de première ligne sont la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services qui peuvent être rendus au CSSS, en cabinet privé ou à domicile.

Les services de deuxième et de troisième ligne visent les personnes qui nécessitent des soins plus complexes. Parfois, ces soins requièrent l'intervention de professionnels très spécialisés et l'utilisation de techniques de pointe.

Assises légales et cadres de référence

7 La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* encadre l'ensemble des services de santé et des services sociaux, dont les services à domicile. Le gouvernement du Québec, ce qui comprend le MSSS, a précisé ses priorités et ses orientations en la matière dans différentes publications.

2001	*Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*
2003	*Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*
2004	*Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*
2005	*Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*
2012	Politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble*

8 Pour tenir compte des particularités régionales et locales, des agences et des CSSS ont élaboré leur propre cadre de référence lié aux services à domicile.

Ressources financières

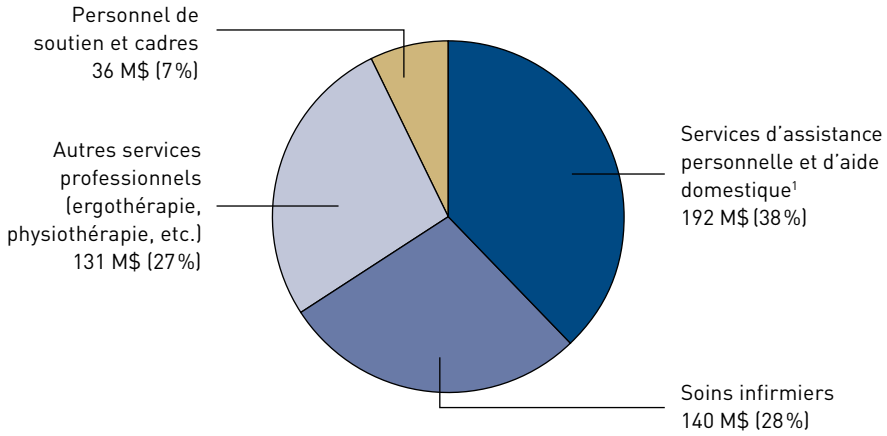
Les dépenses du programme PALV sont de l'ordre de 2,9 milliards de dollars. Elles sont réparties comme suit :

- services d'hébergement : 2 345 millions ;
- services à domicile : 499 millions ;
- autres dépenses : 37 millions.

9 En 2011-2012, le MSSS a consacré 599 millions de dollars aux services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. La répartition de ces fonds est la suivante :

- 499 millions pour les dépenses directes (figure 1) provenant du programme-services **Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)** ;
- 100 millions (non inclus dans le programme PALV) pour les frais généraux liés à l'administration, au soutien aux services et à la gestion des bâtiments.

Figure 1 Dépenses directes liées aux services à domicile offerts aux personnes âgées en 2011-2012



1. Les services rendus par les organismes communautaires sont inclus (34 millions).

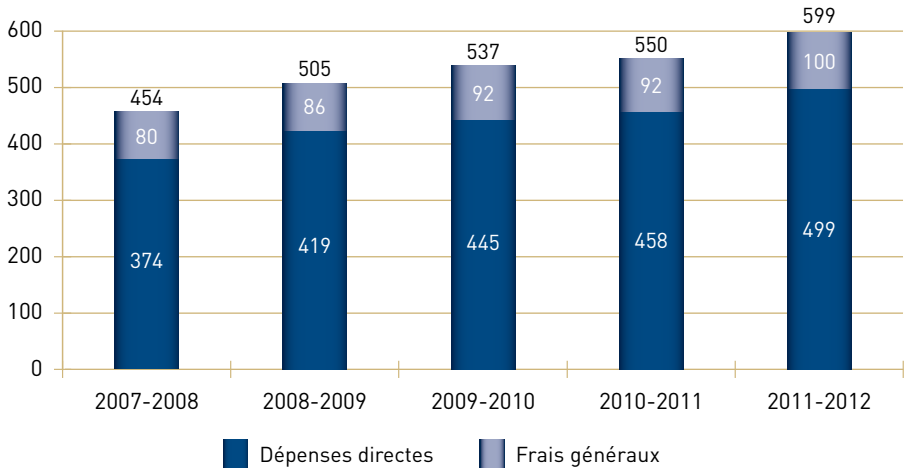
Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

D'autres administrations publiques consacrent aux services à domicile une plus grande portion des sommes dévolues aux soins de longue durée que le Québec :

- Pays-Bas : 32 % ;
- Suède : 41 % ;
- Allemagne : 42 % ;
- France : 43 % ;
- Norvège : 50 % ;
- Finlande : 52 % ;
- Danemark : 73 %.

10 Les dépenses totales liées aux **services à domicile** ont augmenté de plus de 30 % de 2007-2008 à 2011-2012 (figure 2). Toutefois, la portion directe de ces dépenses ne représentait en 2011-2012 que 17,4 % (15,6 % en 2007-2008) des dépenses du programme PALV, 81,4 % de celles-ci ayant été allouées aux services d'hébergement (83,3 % en 2007-2008).

Figure 2 **Dépenses totales liées aux services à domicile offerts aux personnes âgées de 2007-2008 à 2011-2012 (en millions de dollars)**



Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

11 En 2012, par l'intermédiaire de la politique *Vieillir et vivre ensemble*, le gouvernement a annoncé de nouveaux investissements pour accroître l'offre de services à domicile aux personnes âgées. Au total, 1,1 milliard de dollars répartis sur cinq ans (de 2012 à 2017) sont prévus, dont 44,3 millions ont été versés en 2012-2013 selon le MSSS.

Rôles et responsabilités

12 La présente vérification a été effectuée auprès du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de Montréal et de l'Outaouais ainsi que des CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, de Gatineau et du Sud de Lanaudière. Voici leurs principaux rôles et responsabilités quant aux services à domicile. Le détail de ceux-ci se trouve à l'annexe 2.

MSSS	■ Déterminer les priorités, les standards et les orientations nationales et veiller à leur application ■ Établir des politiques, voir à leur mise en œuvre par les agences et en effectuer une évaluation
Agence	■ Coordonner la mise en place des services dans sa région, particulièrement en matière de financement et de ressources humaines ■ Allouer les budgets aux établissements, dont les CSSS
CSSS	■ Assurer l'accessibilité à une gamme de services généraux, spécialisés et surspécialisés à la population de son territoire local ■ Accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis ■ Répondre aux besoins, accompagner et soutenir les personnes vulnérables

13 Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

14 Les travaux se sont articulés autour de trois axes, soit les services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, l'optimisation de ces services et l'encadrement du réseau à leur égard.

2.1 Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie

15 Chaque CSSS se doit de déterminer les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie de son territoire, de leur offrir des services selon l'évaluation des besoins effectuée et de leur assurer une prestation de services continus, accessibles et sécuritaires, et ce, conformément aux orientations ministérielles.

Repérage des personnes vulnérables

16 Avec l'âge certaines personnes deviennent plus fragiles et développent des maladies chroniques, ce qui peut réduire leur autonomie et les mener progressivement à la dépendance. Le repérage précoce des personnes âgées vulnérables ou en perte d'autonomie permet d'intervenir rapidement auprès d'elles, c'est-à-dire avant que leur situation ne se détériore et ne nécessite une intervention d'urgence ou encore l'utilisation de ressources plus coûteuses. En effet, des recherches révèlent que de 30 à 80 % des personnes âgées (selon la catégorie d'âge) sont dans un état de **fragilité**, lequel est réversible si celles-ci sont repérées et suivies à un stade précoce.

La fragilité est l'état instable d'une personne, laquelle court le risque de perdre une fonction.

17 Dans les trois CSSS vérifiés, le repérage des personnes âgées vulnérables ou en perte d'autonomie est peu effectué. Il est principalement fait à l'urgence.

18 Les CSSS vérifiés n'ont pas mis en place de mécanismes de repérage formels et systématiques dans les milieux ayant une concentration significative de personnes âgées, tels que les groupes de médecine de famille, les cliniques de vaccination, les organismes communautaires ou les résidences privées pour aînés. Selon un des établissements vérifiés, l'état de santé de 60 à 70 % des personnes âgées qui se présentent à l'urgence est méconnu du réseau. De plus, celles-ci sont souvent déjà en perte d'autonomie.

19 Pour faciliter le repérage, une avenue à envisager est d'informer la clientèle visée et son entourage des services à domicile offerts et de l'importance d'intervenir à un stade précoce pour prévenir la perte d'autonomie. Une personne âgée bien informée sera sensibilisée à l'importance de recourir aux services avant de présenter une perte d'autonomie importante. Les CSSS vérifiés gagneraient à revoir leurs stratégies de communication à cet égard. En effet, l'information disponible sur le Web et dans les dépliants de même que celle fournie par téléphone sont incomplètes ou difficilement accessibles. Voici un portrait de l'information disponible :

- Les sites Web de la majorité des établissements vérifiés ainsi que Portail Québec donnent de l'information sur l'ensemble des services, dont ceux à domicile. Toutefois, selon une récente étude québécoise, seulement 49 % des personnes de plus de 65 ans utilisent Internet.
- Les CSSS vérifiés produisent différents dépliants, mais aucun ne présente de l'information sur l'ensemble des services à domicile. De plus, ces dépliants ne sont diffusés que dans les installations des CSSS ou, de façon ponctuelle, à une plus large échelle.
- De l'information est donnée par téléphone dans les CSSS vérifiés, mais ce moyen de communication ne permet pas de sensibiliser l'ensemble des personnes âgées à l'importance d'intervenir à un stade précoce.

20 Une fois que le repérage d'une personne âgée présentant des incapacités légères est effectué, le CSSS devrait suivre l'évolution de son état de santé afin de prévenir sa détérioration. Actuellement, le CSSS de Gatineau et celui du Sud de Lanaudière font un tel suivi pour une partie des personnes repérées. De plus, avant de diriger la personne vers un partenaire externe, le CSSS devrait l'évaluer afin de s'assurer que tous ses besoins ont été déterminés et que la ressource externe est la plus apte à y répondre. Seul le CSSS du Sud de Lanaudière procède à l'évaluation des personnes avant de les orienter vers une entreprise d'économie sociale.

Évaluation des besoins et plan d'intervention

21 L'évaluation des besoins est une étape incontournable qui permet d'établir le profil de besoins de la personne âgée et de planifier une réponse adéquate à ceux-ci en matière de services à domicile. Une fois réalisée, elle doit être mise à jour au moins une fois par année et davantage si la situation l'exige. Le plan d'intervention qui en découle permet d'avoir une vue d'ensemble des besoins de la personne et des objectifs associés aux interventions. Il précise les moyens choisis pour répondre aux besoins, l'intensité des services, leur durée prévisible, les fournisseurs ainsi que la stabilité des intervenants concernés, particulièrement lorsque le proche aidant donne le service.

22 Dans les CSSS vérifiés, les dossiers des personnes âgées qui reçoivent des services à domicile ne contiennent pas toujours une évaluation des besoins à jour. De plus, un plan d'intervention n'est pas systématiquement produit et, lorsqu'il l'est, il n'est pas toujours actualisé. Les CSSS font très peu de suivi à cet égard.

23 Nous avons examiné 46 dossiers de personnes âgées recevant des services à domicile, lesquels étaient répartis entre les 3 CSSS vérifiés. Il ressort de nos travaux que 93 % des dossiers contenaient une évaluation des besoins, mais que 26 % de ces évaluations n'étaient pas à jour puisqu'elles dataient de plus d'un an. De plus, malgré l'obligation légale de produire un plan d'intervention, seulement 48 % des dossiers examinés en comportaient un. Parmi ces plans, 36 % dataient de plus d'un an. En l'absence de tels documents, il devient difficile de planifier les ressources humaines et financières en fonction des besoins des usagers et d'évaluer si ces besoins sont satisfaits.

24 Comme ils ne font pas de suivi pour s'assurer que les évaluations des besoins et les plans d'intervention sont réalisés, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui de Gatineau n'ont pas été en mesure de nous indiquer le nombre d'usagers pour lesquels ces documents ont été produits ou encore si ceux-ci sont à jour. Seul le CSSS du Sud de Lanaudière fait un tel suivi.

25 Afin d'évaluer les besoins des personnes âgées et de déterminer leur profil d'autonomie, le ministère a adopté dès 2003 **l'outil d'évaluation multiclientèle**. Selon des données ministérielles de 2012, le système d'évaluation des besoins, qui inclut l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle, est implanté à 75 % dans l'ensemble du réseau et à hauteur de 90 % au CSSS de Gatineau, de 77 % au CSSS du Sud de Lanaudière et de 60 % au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

L'outil d'évaluation multiclientèle permet d'évaluer les différents aspects de la personne, dont sa santé physique, sa situation psychosociale ainsi que ses activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, etc.) et de la vie domestique (préparer ses repas, faire la lessive, etc.).

26 Cet outil permet entre autres, pour les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique, de noter chaque aspect évalué en fonction du niveau d'incapacité de l'usager et de l'aide qu'il reçoit des ressources de son milieu. Toutefois, dans les 46 dossiers examinés, nous n'avons pas trouvé de lien entre le nombre d'heures allouées à l'usager et les notes accordées, ce qui ne permet pas d'uniformiser les services rendus aux personnes ayant des besoins similaires. Bien que d'autres paramètres doivent être pris en compte lors de la planification et de la prestation des services d'aide, notamment la santé de la personne et son comportement, un lien devrait exister entre l'outil d'évaluation et les heures allouées.

Offre de services

27 Actuellement, 54 % des fonds destinés aux services à domicile sont alloués aux services professionnels. Par ailleurs, 79 % des heures de services qui sont effectuées à domicile sont consacrées aux services d'aide à domicile.

28 L'offre de services à domicile varie en intensité d'un CSSS vérifié à l'autre. Dans chacun d'eux, les liens entre les services fournis et les besoins de l'usager ne sont pas démontrés. D'ailleurs, selon des intervenants et des gestionnaires rencontrés, les services rendus aux personnes âgées sont parfois insuffisants, mais aucune analyse ne permet d'évaluer dans quelle mesure ils le sont.

29 En l'absence de lignes directrices provinciales concernant le niveau approprié de services à domicile à offrir en fonction des différents profils d'autonomie des personnes âgées, les trois CSSS vérifiés offrent l'ensemble des services professionnels aux usagers, mais à des degrés d'intensité variables. Toutefois, comme il sera démontré plus loin dans cette section et dans celle relative à l'accès aux services, les personnes âgées n'ont pas nécessairement accès aux services professionnels en raison des contraintes financières de chaque établissement et des ressources humaines disponibles.

30 Chaque CSSS vérifié utilise des standards locaux ou régionaux quant aux services d'aide à domicile. Les standards relatifs à la fréquence des services rendus et au temps consacré à la prestation varient selon les établissements.

Par conséquent, des usagers ayant des besoins semblables peuvent recevoir différents niveaux de services selon le CSSS qu'ils fréquentent. Compte tenu des ressources limitées et de la grande demande à l'égard de l'aide à domicile, les établissements vérifiés ont fixé des plafonds quant à l'intensité des services, lesquels servent à guider les intervenants lors de l'allocation des ressources. Sauf exceptions, ces plafonds représentent le maximum de services qu'un établissement peut offrir à un usager. Le tableau 1 présente des exemples pour différents types de services.

Tableau 1 Nombre d'heures maximales consacrées à l'aide à domicile en 2011-2012 (par semaine et par usager)

	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	CSSS de Gatineau	CSSS du Sud de Lanaudière
Assistance personnelle et aide domestique	Moins de 5[1]	40	s.o.[2]
Préparation des repas	3	3	3
Approvisionnement (épicerie et commissions)	1 h 30 min toutes les 2 semaines pour les personnes seules	De 1 à 2	2 (milieu urbain) 3 (milieu rural)
Répit pour le proche aidant	De 3 à 6	n.d.[3]	15

1. Un nombre restreint d'usagers ont droit à un maximum de 35 heures.
2. Il n'y a pas de plafond global pour l'ensemble des services, mais des plafonds relatifs à certains services, tels que les services d'aide domestique.
3. De 800 à 1 600 dollars par an sont versés selon les soins requis.

Source : CSSS vérifiés.

31 La disponibilité des ressources influence elle aussi l'offre de services. Nous avons relevé des écarts importants entre les régions quant au nombre moyen d'heures de services consacrées à chaque **usager**. Selon les bases de données du MSSS, le nombre d'heures de services rendus par personne âgée pour l'aide à domicile est en moyenne de 54 heures par année dans la région de l'Outaouais, de 96,4 heures dans celle de Montréal et de 101,6 heures dans celle de Lanaudière. À l'échelle de la province, ce nombre varie également : par exemple, une région n'alloue que 33 heures par usager. L'annexe 3 présente diverses données sur les services à domicile pour toutes les régions.

Chez les aînés, les besoins non comblés en matière de services à domicile constituent un facteur important de détérioration de leur état de santé. Si les services requis ne sont pas offerts par l'établissement, l'usager peut se tourner vers un proche aidant ou encore payer pour se les procurer.

32 Une façon d'évaluer dans quelle mesure les services offerts correspondent aux services requis est de mesurer le taux de réponse aux besoins. Il est actuellement impossible pour les CSSS vérifiés de connaître cette information. En effet, beaucoup d'usagers n'ont pas de plan d'intervention dans lequel est consigné le nombre d'heures de services à effectuer. Quant au nombre d'heures réellement consacrées aux services à domicile pour chacun des usagers, il est rarement indiqué dans les dossiers, qu'ils soient papier ou informatiques. Par exemple, aucune information n'est disponible quant au nombre d'heures que les employés engagés de gré à gré ont consacrées à chaque usager. Seule une liste indiquant les heures de services allouées aux usagers et les sommes payées aux employés a été établie. Les statistiques sont globales et ne donnent aucune information par usager. Selon cette liste, seulement 42 % des usagers à qui des heures de services ont été accordées par le CSSS ont effectivement

reçu des services. De plus, seulement 86 % des sommes qui ont été allouées aux usagers ont réellement été versées à ces employés. En l'absence d'information additionnelle, on peut se demander si les personnes âgées ont réellement bénéficié des services qui leur avaient été offerts.

33 Cette absence d'information est d'autant plus significative qu'un des établissements vérifiés utilise ce mode de prestation dans une forte proportion. Au CSSS du Sud de Lanaudière, 49 % des heures consacrées aux services d'aide à domicile ont été effectuées par des employés engagés de gré à gré en 2011-2012. Cette proportion est de 9 % pour le CSSS de Gatineau et de 1 % pour celui d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

34 Selon des intervenants et des gestionnaires rencontrés, les usagers ne reçoivent pas tous les services requis. Toutefois, aucune analyse démontrant l'ampleur du manque de services n'a été effectuée. Par conséquent, il est impossible de connaître les ressources qui sont nécessaires pour répondre aux besoins actuels des usagers.

Accès aux services

Accès général

35 L'accès aux services à domicile est largement tributaire du niveau de priorité que l'établissement accorde à la personne âgée. À l'heure actuelle, il est impossible d'avoir une image représentative des délais d'attente par type de services, tant dans les CSSS vérifiés que dans l'ensemble des établissements, puisque les listes d'attente sont incomplètes.

36 Il n'existe pas de standards d'accès provinciaux en fonction du niveau de perte d'autonomie de l'usager, ce qui ne permet pas d'assurer un accès équitable pour des besoins équivalents. Toutefois, les CSSS vérifiés ont établi des critères de priorité à cet égard, étant donné qu'ils ne réussissent pas à offrir l'ensemble des services requis à toutes les personnes qui le nécessitent. À l'échelle provinciale, la politique de soutien à domicile précise certains **critères de priorité** pour répondre aux besoins, mais ceux-ci sont très larges et devaient être améliorés selon le MSSS. Rien n'a encore été fait à ce sujet.

Les critères de priorité sont notamment établis en fonction des besoins exprimés par la personne et ses proches aidants, de l'urgence de la situation et de la qualité du milieu de vie.

37 Chaque établissement vérifié a des niveaux de priorité différents associés à des délais d'attente qui varient selon les services. Ainsi, en fonction du CSSS qu'elles fréquentent, deux personnes âgées ayant un profil d'autonomie et des besoins similaires peuvent se voir accorder un niveau de priorité différent et, par le fait même, avoir accès aux services dans un délai plus ou moins long. Comme les services sont d'abord offerts aux personnes âgées dont les besoins ont été jugés les plus prioritaires, les autres usagers peuvent attendre longtemps avant d'avoir **accès aux services**, ce qui peut entraîner une détérioration de leur autonomie et une orientation en hébergement avant même qu'ils aient eu

Chez le Protecteur du citoyen, le nombre de plaintes relatives aux services à domicile est passé de 89 en 2009-2010 à 142 au cours des premiers mois de 2011-2012. Ils portent principalement sur l'accès aux services.

accès aux services. Par exemple, au CSSS du Sud de Lanaudière, les personnes ayant un niveau de priorité 2 (priorité établie sur une échelle de 1 à 4, dont le niveau 1 est le plus élevé) attendent en moyenne 453 jours pour obtenir des services sociaux, 896 jours pour recevoir des services d'ergothérapie et 991 jours pour obtenir des services de nutrition. Pourtant, quoiqu'elle ne soit pas urgente, la priorité associée au niveau 2 est quand même élevée.

38 Par ailleurs, les méthodes utilisées pour compiler ces **délais** ne sont pas uniformes, ce qui rend leur comparaison impossible. Le moment où débute le calcul du délai d'attente et le moment où il se termine diffèrent selon le CSSS vérifié. Voici des exemples :

- Au CSSS de Gatineau, ce délai représente le temps d'attente entre la demande de services et l'assignation du dossier à un intervenant. Dès l'assignation du dossier, l'établissement considère que l'usager est globalement pris en charge. Selon le CSSS, le délai moyen de prise en charge globale des usagers est de 178 jours (98 jours pour les personnes ayant des atteintes cognitives). Un autre délai est calculé entre l'assignation du dossier et le premier service. Par la suite, si d'autres services sont nécessaires (ex. : travail social, physiothérapie, ergothérapie), le temps d'attente n'est pas calculé par discipline.
- Au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, le délai d'attente correspond au temps entre le moment où le dossier de l'usager est transféré à un secteur (ex. : physiothérapie) et celui où il est assigné à un intervenant. Par exemple, en ergothérapie, le délai d'assignation d'un dossier à un intervenant est de 38 jours en moyenne. Toutefois, selon le CSSS, l'usager peut attendre jusqu'à un an si son cas n'est pas urgent ou s'il requiert certains services professionnels.

En 2000-2001, dans son rapport sur les services à domicile, le Vérificateur général recommandait d'établir des normes selon des profils d'incapacité quant aux délais d'attente ainsi que de compiler les données sur ces délais, par profil d'incapacité et par type de services offerts, en vue d'exercer un suivi plus rigoureux.

39 Dans le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière, la gestion des listes d'attente s'effectue de façon décentralisée, par secteur, et la plupart d'entre elles sont encore établies manuellement. La compilation de l'ensemble des listes peut donner une information sommaire sur l'accès aux services à domicile du CSSS, mais celle-ci demeure incomplète. Par exemple, elle ne permet pas de savoir si les personnes en attente sont inscrites sur plusieurs listes ou encore si l'attente concerne un premier ou un deuxième service. Le CSSS de Gatineau a récemment centralisé ses listes, ce qui lui a permis de réduire leur nombre de 18 à 6.

40 À l'échelle provinciale, une méthode est utilisée pour calculer les délais d'attente relatifs à un premier et à un deuxième service. Toutefois, cette méthode pourrait être améliorée puisque les délais ne sont déterminés qu'après le début de la prestation de services. Les personnes qui n'ont pas encore reçu de services ne sont pas prises en compte. De plus, le ministère exclut de ces délais les personnes qui ont attendu plus d'un an avant d'obtenir les services demandés. En outre, il n'y a aucune information sur les délais d'attente par type de services.

Accès aux services pour les personnes âgées en résidence privée pour aînés

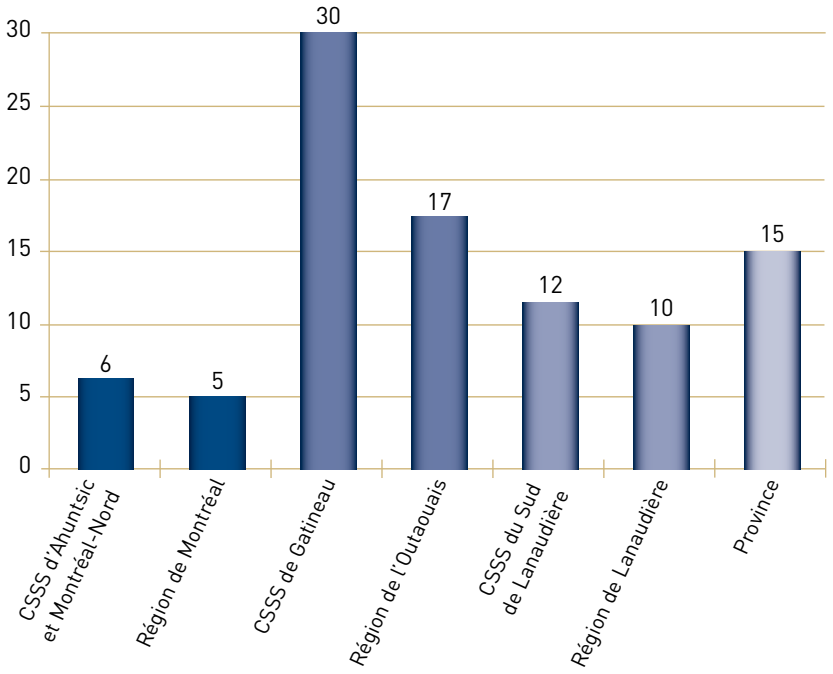
41 Malgré l'obligation des CSSS de fournir des soins et des services professionnels à domicile aux personnes âgées vivant en résidence privée pour aînés, les services rendus varient de façon importante entre les établissements. D'ailleurs, certains y offrent très peu de services.

Selon la politique de soutien à domicile, toute personne habitant dans une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence privée pour aînés est admissible au soutien à domicile.

42 En 2011-2012, les CSSS de la province ont consacré 15 % des heures de services à domicile aux personnes âgées vivant en **résidence privée pour aînés**. Toutefois, il existe des écarts importants d'un établissement à l'autre. Pour 13 des 94 CSSS, moins de 5 % des heures ont été effectuées en résidence privée pour aînés, alors que pour 16 d'entre eux, plus de 40 % des heures l'ont été. En 2012, le Protecteur du citoyen a soulevé le fait que certains CSSS se sont désengagés de leur obligation de donner des services aux personnes âgées demeurant dans une résidence privée pour aînés. Notons qu'au 2 avril 2013, le secteur privé offrait 113 490 unités locatives, d'une ou de plusieurs places, aux personnes âgées. Dans les trois régions visitées et à l'échelle provinciale, la proportion d'unités offertes par rapport au nombre de personnes âgées est semblable.

43 La figure 3 présente le pourcentage des heures de services à domicile effectuées dans les résidences privées pour aînés en 2011-2012 par rapport au nombre d'heures totales consacrées à ces services pour les trois CSSS vérifiés, leur région respective et l'ensemble des établissements.

Figure 3 Pourcentage des heures de services à domicile offerts aux personnes âgées en résidence privée pour aînés en 2011-2012



Source : Données provenant d'un système d'information du MSSS.

44 Le manque de clarté des directives ministérielles relatives aux services offerts aux personnes âgées vivant en résidence privée pour aînés ne favorise pas leur application uniforme par l'ensemble des établissements. Le MSSS indique : « Lorsque des services additionnels, à ceux offerts par la résidence privée contre paiement, sont requis, l'instance locale doit offrir les services selon les modalités convenues avec les personnes comme pour l'ensemble de la clientèle ayant besoin de services de soutien à domicile. » L'interprétation différente de cet énoncé par les établissements peut amener des situations d'iniquité pour les personnes âgées vivant en résidence privée pour aînés puisque les services offerts ne seront pas les mêmes d'un CSSS à l'autre. Le CSSS du Sud de Lanaudière considère qu'il doit offrir gratuitement à l'usager les services qui ne sont pas inclus dans son bail. Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui de Gatineau, de leur côté, estiment que si la résidence offre des services, qu'ils soient inclus ou non dans le bail, la personne doit les payer elle-même. Elle a alors accès à un crédit d'impôt.

45 Même si une personne âgée a droit à un crédit d'impôt s'élevant à 30 % des dépenses admissibles, celui-ci est plafonné, selon la nature des services, jusqu'à un maximum de 75 % du loyer pour une personne non autonome. Ainsi, le crédit d'impôt ne représente qu'une fraction du coût réellement payé. Par conséquent, la personne âgée vivant en résidence privée pour aînés paie des services qu'elle aurait pu recevoir gratuitement du CSSS si elle avait résidé dans un autre type de domicile ou dans une région où les services sont offerts. Prenons l'exemple d'une personne âgée de 70 ans qui vit seule dans une résidence privée pour aînés, qui a droit au maximum du crédit d'impôt et qui paie son **loyer** 1 410 dollars par mois, ce qui inclut une heure de services d'assistance personnelle par jour. Si l'on estime le coût total de ces services à 570 dollars (30 heures par mois à 19 dollars l'heure, soit le taux horaire estimé à partir de celui de certains partenaires externes), le coût net est de 485 dollars après le remboursement du crédit d'impôt. Cette personne doit donc assumer 85 % du coût de ces services.

Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, le loyer mensuel moyen des studios et des chambres individuelles, ce qui inclut au moins un repas par jour et moins d'une heure et demie de soins par jour, était de 1 410 dollars au Québec en 2012.

46 Utiliser les services inclus dans le bail comme un critère pour exclure des services de soutien à domicile peut aussi créer de la confusion chez les personnes âgées. Celles-ci ne savent plus si elles ont le droit de recevoir les services gratuitement, ce qui peut conduire à des situations d'iniquité. En effet, certaines personnes âgées paient pour obtenir des services puisqu'ils sont inclus dans leur bail, alors que d'autres reçoivent ces mêmes services gratuitement puisqu'ils ne sont pas inclus dans celui-ci.

Recommandations

47 La recommandation suivante s'adresse au ministère, qui devra la mettre en œuvre en collaboration avec les agences.

1 **S'assurer que l'ensemble du réseau utilise une méthode uniforme de calcul des délais d'attente relatifs aux services à domicile par type de services et pour tous les usagers afin d'obtenir une image représentative de ces délais.**

48 Les recommandations suivantes s'adressent aux établissements vérifiés.

2 **S'assurer de repérer les personnes âgées vulnérables en temps opportun et de suivre l'évolution de leur condition.**

3 **Veiller à ce que tous les usagers recevant des services à domicile soient évalués à l'aide de l'outil multiclientèle, à ce qu'un plan d'intervention soit élaboré pour chacun et à ce que l'évaluation et le plan soient mis à jour régulièrement.**

4 **Prendre des mesures pour que l'accès aux services à domicile et l'offre de services aux personnes âgées ayant des besoins similaires soient équitables, notamment en mesurant le taux de réponse aux besoins.**

2.2 Optimisation des services à domicile

49 L'optimisation des services à domicile vise à augmenter l'efficience, l'efficacité, l'accessibilité, la qualité et la continuité de ces services. De plus, une organisation du travail efficace et des systèmes d'information performants favorisent notamment l'amélioration de la productivité du personnel.

Mesure de la performance

50 Plusieurs dimensions de la performance ne sont pas encore mesurées par les établissements, telles que la qualité et l'efficience des services. Par ailleurs, l'expertise et les outils de gestion développés par les CSSS lors de la réalisation de projets d'optimisation ne sont pas systématiquement partagés avec tous les établissements du réseau, ce qui entraîne la multiplication des dépenses pour des services semblables.

51 Afin d'accroître la performance des services à domicile, le MSSS a fixé dans son plan stratégique 2010-2015 l'objectif d'augmenter de 10 % le nombre total d'heures de services à domicile de longue durée (toutes clientèles confondues), et ce, sans budget additionnel. Cet objectif permettra d'implanter la mesure de la performance à plus large échelle dans le réseau. Chaque établissement doit ainsi évaluer son potentiel d'optimisation.

52 Faute d'expertise à l'interne, plusieurs CSSS se sont tournés vers les **firmes privées**. Celles-ci les aident à analyser leur performance quant au volume de production des services, à établir des cibles à cet égard et à mettre en place des actions structurantes, et ce, dans le but d'atteindre l'objectif ministériel. Certains ont déjà noté des gains de productivité à la suite des changements apportés.

Dans la région de Montréal, 10 des 12 CSSS travaillent ou ont travaillé avec des firmes privées pour définir des cibles associées à la performance. Les dépenses engagées représentent plus de 3,5 millions de dollars.

53 Il est primordial d'intégrer tous les aspects de la performance dans les analyses. L'atteinte d'un certain volume de production n'est pas un gage de qualité et d'efficience des services. D'autres aspects, tels que la performance financière et l'accès aux services, doivent être pris en compte. Lors de notre

vérification, aucun établissement vérifié n'avait réalisé d'analyse sur la performance financière des services à domicile en relation avec leur qualité ni sur le coût des services. Pourtant, de telles analyses peuvent fournir des pistes de solution pour optimiser les services. Des variations de coûts entre les établissements pour des services semblables devraient susciter des questionnements chez les gestionnaires, notamment sur le niveau d'encadrement, le type d'employés qui rendent les services, la productivité de ceux-ci ou encore le mode de prestation des services.

54 Actuellement, les établissements reçoivent peu de directives de leur agence pour les aider à optimiser leurs processus. De plus, le MSSS n'a pas fixé de cibles quant au nombre d'interventions que les différentes catégories d'employés doivent effectuer par jour. Ces cibles permettraient d'uniformiser les efforts d'optimisation demandés au personnel. Toutefois, les firmes externes en ont défini un certain nombre, en collaboration avec les établissements. Par exemple, dans un des CSSS vérifiés, la cible a été fixée à quatre interventions par jour pour les ergothérapeutes.

55 Par ailleurs, puisque le réseau compte un grand nombre d'établissements et que le montant de chacun des contrats accordés à des firmes privées est relativement élevé (de 48 000 à 500 000 dollars pour les CSSS vérifiés), il serait profitable de transférer l'expertise acquise par les établissements ayant fait des travaux aux autres établissements, afin d'éviter la multiplication des dépenses. Bien qu'un suivi des efforts d'optimisation soit exercé à l'échelle provinciale et régionale, il ne garantit pas le transfert d'expertise. Dans la région de Montréal, mentionnons que trois contrats totalisant 1,4 million (466 350, 462 475 et 479 580 dollars) ont été attribués à la même firme sans appel d'offres, ce qui n'est pas conforme. En effet, lorsqu'une situation d'urgence n'est pas démontrée, les CSSS ont l'obligation de procéder par appel d'offres pour obtenir des services professionnels dont le montant dépasse 100 000 dollars.

Productivité des employés

56 Les professionnels affectés aux services à domicile ne passent qu'une faible partie de leur temps au domicile des personnes âgées, et les établissements vérifiés n'incitent pas suffisamment leurs employés à optimiser leur productivité.

57 Bien que certaines tâches importantes soient réalisées au bureau, telles que celles visant à assurer la qualité des services et la sécurité des personnes (ex. : échanges d'informations significatives avec le médecin traitant ou le pharmacien, démarches pour obtenir l'équipement nécessaire à la dispensation des soins) et celles visant à coordonner les soins et les services (ex. : échanges téléphoniques, suivis), d'autres tâches indirectes peuvent être éliminées, automatisées ou déléguées afin d'augmenter les services directs aux usagers.

58 Deux indicateurs sont utilisés dans le réseau afin de mesurer la productivité des employés, soit le temps passé à domicile et le nombre d'interventions réalisées par jour. Quoique différents facteurs puissent expliquer certains écarts

entre les résultats, notamment le temps de déplacement et la situation particulière d'un usager, ces indicateurs demeurent des outils de gestion utiles pour cibler des améliorations potentielles.

59 La proportion des heures que les professionnels passent au domicile de l'usager est très variable d'un CSSS à l'autre. Elle est parfois peu importante par rapport au pourcentage des heures passées au bureau. Par exemple, à l'échelle de la province, cette proportion peut varier de 17 à 43 % pour les soins infirmiers et de 3 à 55 % pour les services d'ergothérapie. Le tableau 2 présente pour 2011-2012 la moyenne provinciale du temps passé à domicile par jour selon la nature des services rendus.

Tableau 2 Moyenne provinciale du temps passé à domicile en 2011-2012 (par jour)

Type de services	Durée		Durée moyenne d'une intervention à domicile (en minutes)
	Par ETC	En pourcentage	
Soins et services professionnels			
Physiothérapie	2 h 12 min	31	51
Inhalothérapie	2 h 10 min	31	49
Soins infirmiers	2 h 1 min	29	27
Nutrition	1 h 26 min	20	52
Ergothérapie	1 h 1 min	15	57
Services psychosociaux	45 min	11	61
Aide à domicile[1]	6 h 5 min	87	54

1. Les services d'aide à domicile comprennent les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique.

Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

ETC Équivalent temps complet

60 Il ressort de ce tableau que peu d'heures de services professionnels sont effectuées à domicile et que le nombre d'heures varie grandement d'une catégorie d'employés à l'autre. On peut se questionner sur la nature et l'organisation du travail qui causent ces différences ainsi que sur les cibles établies.

61 Même une faible augmentation du pourcentage des heures passées à domicile permettrait des gains notables en ce qui concerne les services directs aux usagers. Par exemple, en 2011-2012, si tous les établissements qui n'atteignaient pas la moyenne provinciale quant au pourcentage d'heures de services effectuées à domicile l'avaient atteinte pour chaque type de services, des gains de plus de 328 000 heures de services directs aux usagers auraient été observés, soit une augmentation de 18 % des heures totales annuelles passées à domicile.

62 Le nombre d'interventions réalisées par jour est un autre indicateur permettant de mesurer la productivité des employés. Une intervention correspond à une visite, à un appel téléphonique ou encore à une discussion relative à un cas. Elle n'est pas nécessairement effectuée à domicile. Pour le même type de services, nous avons observé que le nombre d'interventions est très variable (du simple au double) entre les CSSS, et l'écart est encore plus marqué à l'échelle provinciale. Le tableau 3 présente le nombre moyen d'interventions journalières par ETC dans les CSSS des régions visitées ainsi que la moyenne provinciale.

Tableau 3 Nombre moyen d'interventions journalières par ETC en 2011-2012

	Région de Montréal	Région de l'Outaouais	Région de Lanaudière	Province
Soins et services professionnels				
Physiothérapie	De 3 à 4	De 2 à 3	De 3 à 4	De 1 à 6
Inhalothérapie	s.o.[1]	De 1 à 5	4	De 1 à 8
Soins infirmiers	De 4 à 6	De 4 à 6	De 4 à 5	De 3 à 7
Nutrition	De 2 à 3	3	De 2 à 3	De 1 à 5
Ergothérapie	De 2 à 4	De 2 à 3	De 2 à 3	De 1 à 8
Services psychosociaux	De 2 à 4	De 2 à 3	2	De 1 à 7
Aide à domicile[2]	De 5 à 8	De 4 à 9	De 4 à 6	De 3 à 17

1. Dans la région de Montréal, les services d'inhalothérapie sont centralisés. Ils ne sont pas offerts par les CSSS.
2. Les services d'aide à domicile comprennent les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique.

Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

63 Dans une région donnée, si l'ensemble des employés des CSSS effectuait le même nombre d'interventions que celles qui ont été réalisées dans le CSSS le plus performant de la région, le pourcentage d'interventions augmenterait de façon notable. Par exemple, dans la région de Montréal, l'augmentation serait de l'ordre de 32 %. Cet indicateur est un bon indice de la productivité des employés. Pour obtenir un portrait plus juste de la situation, il faut toutefois tenir compte d'information additionnelle, telle que la durée de l'intervention et sa nature (appel téléphonique, visite ou discussion relative à un cas). Les trois CSSS vérifiés ne font pas ce type d'analyse. À titre d'exemple, dans 67 % des CSSS de la province, les intervenants psychosociaux utilisent principalement la **communication téléphonique** comme mode d'intervention. Le pourcentage de ce type d'interventions varie de 14 à 71 % selon l'établissement. D'autres CSSS (23 %) privilégient plutôt la rencontre en présence de l'usager.

À l'échelle provinciale, les interventions relatives aux services psychosociaux se répartissent ainsi :

- communication téléphonique : 60 % ;
- rencontre en présence de l'usager : 28 % ;
- rencontre sans la présence de l'usager : 12 %.

64 En l'absence de standards provinciaux, les CSSS vérifiés se sont fixé des cibles quant au nombre d'interventions à effectuer par jour. Comme ces cibles diffèrent d'un établissement à l'autre, les efforts de productivité demandés aux employés varient. Voici des exemples :

- La cible relative au nombre d'interventions que les ergothérapeutes doivent effectuer par jour est de 2,4 au CSSS de Gatineau et de 4 au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.
- Pour ce qui est des physiothérapeutes, la cible est de 2,4 au CSSS de Gatineau et de 5 ou 6 selon le type d'intervenants au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

Organisation du travail

65 Dans les trois CSSS vérifiés, des solutions efficientes en matière d'organisation du travail, telles que le recours aux techniciens, aux partenaires du milieu, aux ordonnances collectives et aux outils informatiques, sont sous-exploitées ou tardent à être mises en place. Peu d'analyses sont réalisées à cet égard.

Recours aux techniciens

Donner le bon service à la bonne personne implique l'utilisation de la ressource ayant les compétences les plus appropriées. Celle-ci ne doit être ni surqualifiée ni sous-qualifiée.

66 Maximiser l'utilisation des compétences est judicieux, étant donné les économies pouvant en résulter et la rareté de certaines **ressources**. C'est d'ailleurs ce que prévoit la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, en vigueur depuis 2003. En effet, elle permet que des tâches réservées à des membres d'un ordre professionnel soient déléguées à des techniciens ou à d'autres ressources qualifiées afin de favoriser l'accès aux soins et aux services, notamment aux services à domicile.

67 À l'exception d'une note d'orientation transmise aux agences, les CSSS n'ont reçu aucune directive ministérielle afin d'optimiser les services professionnels offerts à domicile. Actuellement, des professionnels posent des gestes qui pourraient être accomplis par des ressources qualifiées, mais dont les services sont moins chers. Faute d'analyse de la part des établissements vérifiés, il est impossible de savoir dans quelle mesure certaines tâches auraient pu être déléguées à des techniciens. Le tableau 4 présente, pour les trois CSSS vérifiés, leur région respective et l'ensemble des établissements, le taux d'utilisation des techniciens ou d'autres ressources pour différents services professionnels en 2011-2012.

Tableau 4 Pourcentage des heures effectuées à domicile par des techniciens ou d'autres ressources qualifiées[1] en 2011-2012

	Soins infirmiers[2]	Services psychosociaux	Ergothérapie	Physiothérapie
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	38	27	–	47
Région de Montréal[3]	19 (de 6 à 38)	13 (de 0 à 27)	2 (de 0 à 8)	22 (de 0 à 85)
CSSS de Gatineau	32	7	–	25
Région de l'Outaouais[3]	17 (de 0 à 32)	3 (de 0 à 7)	4 (de 0 à 18)	21 (de 0 à 78)
CSSS du Sud de Lanaudière	28	24	–	67
Région de Lanaudière[3]	23 (de 19 à 28)	35 (de 24 à 43)	–	88 (de 67 à 98)
Province	**20**	**28**	**3**	**45**

1. Les autres ressources qualifiées ne sont pas nécessairement des techniciens ni des ressources de la discipline concernée. Par exemple, il peut s'agir d'auxiliaires familiales.
2. Aux fins du présent rapport, les infirmières techniciennes sont considérées comme des professionnels, par opposition aux infirmières auxiliaires.
3. Nous présentons entre parenthèses la variation pour l'ensemble des CSSS de la région.

Source : Données provenant d'un système d'information du MSSS.

68 Il ressort du tableau 4 que le recours aux techniciens est variable selon le type de services offerts et la région concernée. Bien que les différentes professions n'utilisent pas les services des techniciens de la même façon, notamment en raison des exigences des ordres professionnels concernant la délégation d'actes, des écarts notables sont observés pour une même profession. C'est le cas notamment des services psychosociaux pour lesquels le pourcentage des heures effectuées par des techniciens varie de 0 à 43 % dans les CSSS des régions visitées.

69 Quoique les 3 CSSS vérifiés recourent davantage aux infirmières auxiliaires pour fournir les soins infirmiers à domicile que l'ensemble des établissements, plusieurs autres CSSS des régions de Montréal et de l'Outaouais utilisent peu leurs services. À l'échelle provinciale, 17 CSSS, dont 3 en Outaouais, ne les utilisent pas. Si tous les CSSS de la province avaient recours aux infirmières auxiliaires pour au moins le même pourcentage d'heures que la moyenne provinciale, les infirmières pourraient allouer plus de 35 000 heures à d'autres activités. Par ailleurs, seulement 18 CSSS, dont 2 à Montréal et 1 en Outaouais, utilisent les services des techniciens en réadaptation ou d'autres ressources qualifiées plutôt que ceux des ergothérapeutes pour près de 15 % de l'ensemble des heures effectuées. Pourtant, les services d'ergothérapie sont souvent difficilement accessibles, étant donné la rareté des ressources professionnelles.

Achat de services

70 Les décisions concernant les modes de prestation des services à domicile à privilégier peuvent influencer de façon importante le volume de services offerts. Un des modes que les CSSS peuvent envisager est l'achat de services auprès de partenaires externes.

71 Bien que les CSSS vérifiés achètent des services à domicile, ni ces établissements ni les agences vérifiées n'ont effectué d'analyse afin de savoir si cette option est à privilégier pour certains types de services. Tant les considérations financières, la qualité des services, l'état de santé de la personne que les soins requis doivent être pris en compte lorsque les établissements délèguent la prestation de certains services à des partenaires externes. La section relative à l'appréciation de la qualité traite d'ailleurs de ce sujet, notamment en ce qui concerne les employés engagés de gré à gré. Le tableau 5 présente, pour les CSSS vérifiés, leur région respective et l'ensemble des établissements, le pourcentage des heures effectuées à domicile par des partenaires externes, et ce, pour différents services.

Tableau 5 Pourcentage des heures effectuées à domicile par des partenaires externes en 2011-2012

	Soins infirmiers	Services psycho-sociaux	Ergothérapie	Physiothérapie	Aide à domicile
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	19	5	19	10	56
Région de Montréal	20	7	22	12	51
CSSS de Gatineau	21	–	–	–	9
Région de l'Outaouais	10	–	–	3	27
CSSS du Sud de Lanaudière	12	–	–	–	72
Région de Lanaudière	5	5	10	–	62
Province	**10**	**3**	**7**	**4**	**45**

Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

72 Comme le montre le tableau 5, il existe des différences notables entre les CSSS. Par exemple, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord fait affaire avec des partenaires externes pour offrir des services d'ergothérapie et de physiothérapie, ce qui n'est pas le cas des deux autres CSSS. En ce qui concerne l'aide à domicile, le CSSS de Gatineau achète peu de services des partenaires externes (9 %), alors que le CSSS du Sud de Lanaudière le fait beaucoup (72 %). Notons que ce dernier n'achète pas de services d'ergothérapie, alors que l'autre CSSS de la région de Lanaudière le fait en moyenne pour 19 % des heures.

73 De tels écarts peuvent notamment s'expliquer par la disponibilité des ressources. Toutefois, une analyse de l'incidence financière des choix effectués s'avère importante pour optimiser les services. Voici deux exemples illustrant les écarts entre les coûts des services d'aide à domicile selon le mode de prestation en 2011-2012 :

- Pour les services d'assistance personnelle, le taux horaire est de 21,50 dollars si le service est donné par une **entreprise d'économie sociale** et de 13,66 dollars s'il est offert par un employé rémunéré par l'intermédiaire du **chèque emploi-service** (CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord).
- Pour les services d'aide domestique, une heure de services effectuée par les employés du CSSS de Gatineau (22,62 dollars) coûte 62 % de plus qu'une heure effectuée par une entreprise d'économie sociale (14 dollars).

L'entreprise d'économie sociale offrant de l'aide domestique fournit des services à domicile, principalement aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées.

Dans le cadre du Programme d'allocation directe — chèque emploi-service, le CSSS détermine le nombre d'heures allouées à la personne âgée, l'agence établit le taux horaire et la personne âgée embauche l'employé de gré à gré.

74 Pour d'autres services, notamment les services professionnels, le taux horaire peut être supérieur si ceux-ci sont offerts par des partenaires externes. L'analyse des CSSS est donc essentielle pour déterminer le mode de prestation le plus économique et le plus pertinent pour chaque type de services. Mentionnons que le MSSS n'a pas défini d'orientations à l'égard de l'achat de services. Par comparaison, le gouvernement de l'Ontario a décidé que presque tous les services à domicile seraient offerts par des partenaires externes, mais qu'il s'occuperait de faire le suivi de la qualité des services rendus.

Ordonnance collective

75 Un autre aspect de l'organisation du travail qui permet de faire des gains d'efficacité est l'utilisation de l'**ordonnance collective**. Celle-ci contribue à renforcer l'accessibilité aux soins et leur continuité. Elle est particulièrement utile dans les cas d'urgence ou pour les situations fréquentes ou routinières et permet de gérer efficacement les maladies chroniques. Dans un des CSSS vérifiés, le retrait des points de suture fait partie de l'ordonnance collective. S'il n'y avait pas d'ordonnance collective pour cet acte, l'usager aurait besoin d'obtenir une ordonnance d'un médecin avant de recevoir ce service d'une infirmière. Conscient de l'avantage de ce mécanisme, le ministère a récemment annoncé l'uniformisation des ordonnances collectives pour quatre situations cliniques, dont l'hypertension artérielle et le diabète.

L'ordonnance collective est une prescription qu'un ou plusieurs médecins donnent à un professionnel habilité. Elle concerne notamment l'usage de médicaments, de traitements, d'examens ou de soins pour un groupe de patients ou encore lorsque des situations cliniques déterminées se manifestent.

76 Chaque CSSS est responsable de délivrer ses ordonnances collectives, mais certains établissements y ont peu recours. Le CSSS du Sud de Lanaudière en a délivré 4, celui de Gatineau, 5 et celui d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 12.

Outils informatiques

77 L'utilisation d'outils informatiques peut améliorer l'efficience des services à domicile. Parmi ces outils, notons un logiciel qui permet de planifier les interventions et d'optimiser les itinéraires, un outil de gestion des listes

d'attente et l'ordinateur portable. Chaque CSSS possède ses propres outils, mais certains d'entre eux gagneraient à être utilisés davantage. Voici des exemples :

- Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui de Gatineau utilisent un logiciel pour planifier les interventions et les itinéraires des infirmières et des auxiliaires familiales, alors que le CSSS du Sud de Lanaudière en utilise un pour les auxiliaires familiales seulement.
- En ce qui concerne les listes d'attente, le CSSS de Gatineau les gère de façon informatisée, alors que le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière les gèrent principalement de façon manuelle.
- Quant aux ordinateurs portables, le CSSS du Sud de Lanaudière en a acheté pour le tiers de ses employés professionnels, celui d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour 60 % de ceux-ci et le CSSS de Gatineau pour la quasi-totalité de ses employés.

78 L'utilisation de certains de ces outils permet de faire des gains notables en matière de productivité. Par exemple, depuis 2007, une équipe d'un CSSS de la Montérégie affectée aux soins palliatifs utilise un logiciel pour organiser le travail. À la suite du déploiement de ce logiciel, des chercheurs ont évalué que les infirmières ont consacré par quart de travail une heure de plus aux soins directs et près d'une heure de moins à la documentation des dossiers. Celles-ci ont également effectué 18 % plus de visites à domicile par mois.

Systèmes d'information

79 Il n'existe pas de dossiers informatisés par usager que tous les intervenants pourraient consulter afin de suivre l'ensemble des services rendus. Par ailleurs, les CSSS effectuent très peu de contrôles pour vérifier la fiabilité de l'information qui provient de la principale base de données utilisée pour les services à domicile.

80 En 2001, le MSSS a formulé plusieurs orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. La première orientation qu'il a définie visait l'intégration des services en réseaux. Le ministère mentionnait alors que les **systèmes de communication interactifs** constituaient un élément essentiel pour soutenir l'implantation et le fonctionnement de tels réseaux.

Les systèmes de communication interactifs permettent aux différents intervenants de communiquer entre eux. Ils fournissent l'historique médical du patient, son évaluation ainsi que les protocoles et permettent aux intervenants d'agir rapidement.

81 En 2006, le gouvernement a lancé un projet pour informatiser les réseaux de services intégrés aux personnes âgées. La première livraison du système d'information RSIPA, qui a été effectuée en septembre 2009, comprenait un outil pour repérer les usagers, l'outil d'évaluation multiclientèle informatisé et une fonction servant à déterminer le profil d'autonomie d'un usager (profils Iso-SMAF). Toutefois, cette livraison ne permettait de transmettre de l'information qu'à l'intérieur d'un établissement. Les livraisons subséquentes devaient permettre aux intervenants de communiquer également avec les autres établissements, avec les groupes de médecine de famille et avec l'ensemble du réseau. Or, ces livraisons ont été suspendues en 2009. Les établissements de santé se retrouvent donc avec un projet inachevé et une plateforme informatique incomplète.

82 Les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin d'une gamme de services qui sont offerts par différents intervenants provenant de plusieurs ressources du réseau (ex. : hôpital, groupe de médecine de famille). Or, pour chaque usager, il n'existe pas de dossier unique que tous les intervenants pourraient consulter en temps réel. Les établissements utilisent des systèmes différents qui ne permettent pas nécessairement le transfert d'information. Par exemple, la période de traitement à l'hôpital est enregistrée dans un système qui diffère de celui utilisé pour les services rendus à domicile.

83 Les professionnels et les gestionnaires n'ont pas de portrait de l'ensemble des services rendus par usager puisque les différents systèmes d'information n'interagissent pas entre eux. De plus, certaines données sont consignées sur support papier et ne sont pas toujours numérisées. Afin d'obtenir tous les renseignements sur les services qu'un usager reçoit, un archiviste doit faire des extractions de données dans différents systèmes. Voici les principaux systèmes d'information utilisés par les trois CSSS vérifiés en 2011-2012 (tableau 6).

Tableau 6 Systèmes d'information utilisés en 2011-2012

Nature de l'information	Système d'information	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	CSSS de Gatineau	CSSS du Sud de Lanaudière
Évaluation sommaire des besoins de la personne[1]	I-CLSC			√
Évaluation détaillée des besoins de la personne[1]	RSIPA	√	√	√
Plan d'intervention[1]	–			
Évolution du patient (notes des intervenants)[1]	I-CLSC		√	
	SYMO[2]		√[3]	
Services rendus à domicile	I-CLSC	√	√	√
Services rendus à l'urgence	SIURG	√	√	√
Services rendus par un groupe de médecine familiale	–			
Services rendus en clinique externe	I-CLSC			√
Services rendus par des partenaires externes (entreprise d'économie sociale, travailleurs de gré à gré, etc.)	Excel[2]		√	
	Access[2]			√[4]
	Horaire Plus[2]	√		√
Médicaments délivrés sur ordonnance et consommés par l'usager[1]	–			

1. L'information peut être disponible sur support papier.
2. Ces systèmes d'information et ces logiciels ne sont pas la propriété du MSSS et ne sont pas mis à la disposition de l'ensemble des entités du réseau.
3. Le système n'est utilisé que pour les soins infirmiers.
4. Le système est utilisé pour la facturation.

84 Afin d'améliorer l'accessibilité des données provenant des différents systèmes, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière numérisent les documents et les incluent dans un dossier électronique. Cependant, ce dossier n'est pas mis à jour en temps réel. Les intervenants effectuent donc des visites à domicile en n'ayant pas en main toute l'information

à jour sur les usagers. Par exemple, les plans thérapeutiques infirmiers sont numérisés et versés au dossier seulement lorsque la période de traitement est terminée. Par conséquent, si la personne âgée est hospitalisée dans un établissement pendant qu'elle reçoit des services à domicile de celui-ci, son plan thérapeutique infirmier peut ne pas être inclus dans le dossier.

85 L'informatisation des données permet certainement d'optimiser le temps des intervenants. Par exemple, bien que l'outil d'**évaluation** multiclientèle soit informatisé, certains intervenants remplissent encore l'évaluation des besoins à la main au domicile de l'usager et la retranscrivent ultérieurement sur support informatique.

Remplir directement à l'ordinateur l'évaluation des besoins de la personne âgée permet une économie de temps estimée à 30 minutes lors d'une première évaluation et à 45 minutes lors d'une réévaluation.

86 D'autre part, lorsque les systèmes servent à emmagasiner et à diffuser de l'information, la fiabilité des données enregistrées est primordiale. Des données erronées peuvent influencer les décisions cliniques et administratives et nuire à l'efficience des services rendus. Le principal système d'information relatif aux services à domicile est la base de données I-CLSC. Très peu de contrôles administratifs systématiques sont effectués quant à la validité des données qui y sont enregistrées, et plusieurs intervenants du réseau nous ont fait part de leurs préoccupations à cet égard. Même si nous n'avons pu évaluer la fiabilité des données de cette base, nous avons tout de même relevé différents facteurs pouvant augmenter le risque d'y trouver des données erronées.

Facteur de risque	Commentaires
Le **cadre normatif** disponible en ligne n'est pas actualisé.	La dernière version électronique du cadre normatif date de 2009. Le MSSS transmet les mises à jour annuelles aux pilotes régionaux du système, qui les font parvenir aux pilotes de chacun des CSSS.
Selon les intervenants et les pilotes de système rencontrés, le cadre normatif laisse place à interprétation.	Le grand nombre d'intervenants qui enregistrent des données dans le système augmente le risque d'interprétations différentes.
Chaque CSSS prépare sa propre formation. Certains établissements se sont dotés d'un guide de l'utilisateur pour favoriser la fiabilité des données.	La répétition des travaux ne favorise pas une utilisation efficiente des ressources. La formation et les guides offerts aux intervenants ne sont pas harmonisés.
Aucun contrôle systématique de la qualité et de la fiabilité des données n'est effectué.	Des correctifs étaient nécessaires à la suite de certains contrôles ponctuels. Toutefois, les agences et les CSSS vérifiés n'ont effectué aucun suivi afin de s'assurer que les incohérences et les erreurs relevées ont été corrigées.

Le cadre normatif est le document de référence qui sert à guider la saisie d'une information normalisée dans un système d'information. Il vise à documenter le contexte du système, les éléments saisis, la nature de leur codification, les procédures de validation et de transmission des données ainsi que les principaux rapports qui sont tirés du système.

Recommandations

87 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère, qui devra les mettre en œuvre en collaboration avec les agences.

5 **Poursuivre et accélérer la mise en place de systèmes d'information intégrés qui permettent de suivre l'usager dans le continuum de services aux personnes âgées.**

6 **S'assurer que des contrôles systématiques sont réalisés quant à la fiabilité des données relatives aux services à domicile enregistrées dans les systèmes.**

88 Les recommandations suivantes s'adressent aux agences vérifiées.

7 **Partager avec tous les établissements les outils de gestion et l'expertise développés lors des travaux relatifs à l'optimisation de la performance des établissements afin d'éviter la multiplication des dépenses.**

8 **S'assurer que les établissements, notamment ceux de Montréal, respectent la réglementation relative aux appels d'offres lorsqu'ils recourent à des firmes externes pour optimiser leurs processus.**

89 Les recommandations suivantes s'adressent aux établissements vérifiés.

9 **Analyser régulièrement la performance des services à domicile en considérant le volume des services rendus, la qualité et le coût.**

10 **Optimiser l'organisation du travail afin d'accroître les heures de services à domicile en présence des usagers.**

2.3 Encadrement des services à domicile

90 Une gestion efficiente des services à domicile repose sur des orientations et des standards clairs. Il s'avère toutefois essentiel que ceux-ci soient mis en œuvre de manière uniforme afin que toutes les personnes âgées reçoivent des services à domicile comparables, en ce qui concerne tant l'intensité et la qualité des services que l'accès à ceux-ci. Quant aux fonds alloués à ces services, ils doivent être accordés en fonction des orientations déterminées par le ministère ainsi que des besoins de la clientèle.

91 En 2003, le MSSS a publié une politique de soutien à domicile, laquelle est la principale source d'encadrement des services à domicile.

Orientations, standards et suivi

92 Les orientations que le MSSS a définies en 2003 dans sa politique de soutien à domicile ne sont que partiellement mises en œuvre. L'absence de standards et le manque d'indicateurs associés à des cibles font que la performance des services à domicile peut difficilement être évaluée.

93 Selon la politique de soutien à domicile, le MSSS devait préparer un plan pour mettre en œuvre les orientations qui y sont énoncées, mais celui-ci n'a jamais été produit. Le ministère a publié un plan d'action pour 2005-2010, mais ce dernier visait plutôt l'ensemble des services aux aînés. De plus, très peu d'éléments de ce plan concordaient avec ceux de la politique de soutien à domicile.

94 Le MSSS aurait pu faire le suivi de plusieurs des orientations définies dans la politique afin de s'assurer de leur mise en œuvre. Voici des exemples d'orientations que le ministère n'a pas suivies et qui n'ont jamais été mises en œuvre :

- offrir les services à domicile jusqu'à concurrence du coût à payer pour héberger une personne présentant un même profil dans un établissement public ;
- gérer les listes d'attente selon des critères de priorité uniformes et les mêmes modalités ;
- harmoniser les plans d'intervention par le suivi des pratiques de chaque intervenant afin de prévenir les disparités dans l'intensité des services ;
- déterminer des critères et des normes de qualité pour les fournisseurs de services d'aide à domicile ;
- établir des indicateurs qui permettront de suivre l'évolution des services à domicile et de mesurer l'accès à ceux-ci, leur intensité, leur continuité et le coût des interventions.

95 Soulignons que les nombreux changements apportés à l'équipe ministérielle responsable des services aux personnes âgées n'ont pas favorisé un suivi planifié et organisé quant à la mise en œuvre des orientations. En plus des modifications annuelles qui ont été apportées à la structure organisationnelle depuis 2009, une rotation importante du personnel a été observée depuis les huit dernières années. D'une part, trois sous-ministres adjoints et cinq directeurs se sont succédé. D'autre part, pour chacune des huit dernières années, une moyenne de 36 % des postes permanents étaient vacants au 31 mars jusqu'en 2012. Une telle situation n'a sûrement pas facilité le transfert des connaissances et l'efficacité du suivi.

96 Bien que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule que le MSSS est responsable de diffuser auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficience et d'efficacité, très peu l'ont été à ce jour en matière de services à domicile. Pourtant, comme nous l'avons mentionné précédemment, le ministère gagnerait à préciser plusieurs standards, par exemple l'offre de services et l'intensité par profil d'autonomie, les critères de priorité relatifs à l'accès aux services et les cibles de productivité par type d'employés.

97 Pour pallier l'absence de standards provinciaux, les agences et les établissements en ont défini un certain nombre dans leur propre **cadre de référence**. Soulignons que l'élaboration de tels cadres n'est pas une tâche simple. Pour une des agences vérifiées, le processus aura duré deux ans (réunions, consultations de l'ensemble des établissements, rédaction, etc.). Compte tenu du grand nombre de CSSS et d'agences (94 et 16 respectivement), des standards provinciaux permettraient assurément une grande économie de temps et favoriseraient l'équité des services offerts aux usagers. Ils serviraient également à comparer les résultats entre eux.

Bien que les cadres de référence des agences et des CSSS tiennent compte des particularités propres à leur territoire, des standards communs devraient être utilisés à l'échelle de la province.

98 Afin de mesurer l'évolution des services à domicile de façon continue, le MSSS suit plusieurs **indicateurs** de gestion, tels que le nombre moyen d'interventions par usager et la durée moyenne des interventions effectuées à domicile. Toutefois, ces indicateurs ne permettent pas de s'assurer que les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent, en temps opportun et de façon équitable, des services sécuritaires et de qualité qui répondent à leurs besoins. De plus, ils ne servent pas à évaluer la performance des services à domicile puisque seulement trois indicateurs sont associés à des cibles. Un indicateur qui n'est pas accompagné d'une cible ne sert qu'à observer des tendances. Par exemple, en suivant le nombre moyen d'interventions par usager, le MSSS peut constater sa variation entre les différents établissements et son évolution dans le temps, mais il ne peut juger de la performance des établissements quant à l'atteinte des résultats.

Comme le précise la politique de soutien à domicile, les indicateurs devraient au minimum permettre de mesurer l'accès aux services, leur intensité et leur continuité ainsi que le coût des interventions.

99 À l'échelle régionale et locale, les agences et les CSSS vérifiés suivent aussi différents indicateurs. Ceux-ci diffèrent selon les régions et les établissements, et peu sont associés à des cibles.

100 Ce n'est pas la première fois que le Vérificateur général souligne l'importance pour le ministère et les agences de se doter d'indicateurs de résultats afin d'évaluer l'atteinte des objectifs. Il en avait déjà fait mention en 2000-2001 dans son rapport portant sur les services à domicile, et il avait d'ailleurs formulé une recommandation à cet égard.

Appréciation de la qualité

101 Les mesures en place pour apprécier la qualité des services à domicile ne permettent pas au ministère, aux agences et aux établissements d'effectuer un contrôle suffisant de cette qualité.

La qualité des services à domicile doit être une préoccupation importante, d'autant plus que ceux-ci sont souvent offerts par des partenaires externes. Un tel contexte comporte des facteurs de risque significatifs en raison de la vulnérabilité des personnes âgées en perte d'autonomie.

102 Dans son plan d'action 2005-2010, le ministère s'est donné comme objectif de mettre en place un programme d'appréciation de la **qualité des services** à domicile de longue durée, mais peu de gestes ont été posés à cet égard. Bien que les différents ordres professionnels exercent un contrôle sur la qualité de la pratique de leurs membres, le MSSS doit quand même s'assurer de la qualité des services à domicile. En effet, plus de 79 % des heures consacrées à ceux-ci ne concernent pas les services professionnels : elles sont effectuées par différents types d'employés, tels que les auxiliaires familiales. Actuellement, les services à domicile sont soumis à des contrôles qui touchent l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts par les CSSS. Ces contrôles ne visent toutefois pas tous les services rendus à domicile. Les principales mesures de contrôle sont les suivantes.

Mesure	Description sommaire	Limites
Agrément par une autorité externe	Évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles d'un CSSS	■ Agrément délivré tous les trois ans (pas un contrôle annuel) ■ Services rendus par les partenaires externes non visés par la mesure ■ Information sur les résultats publiée, mais ne permettant pas une évaluation comparative des services
Examen des plaintes	Contrôles effectués par les commissaires locaux et régionaux aux plaintes et à la qualité des services	■ Contrôles très ciblés ■ Information sur les résultats non publiée
Registre des accidents et des incidents	Processus de déclaration par les établissements des accidents et des incidents	■ Obligation pour les partenaires externes de déclarer les accidents et les incidents (lorsqu'un contrat est signé avec un CSSS), ce qui exclut les employés engagés de gré à gré ■ Information sur les résultats publiée, mais sommaire

103 D'autres mesures permettent de contrôler la qualité des services à domicile, telles que l'appréciation des services rendus par rapport aux services requis, la coordination des services et les sondages auprès des usagers. Elles sont cependant peu appliquées et varient d'un CSSS à l'autre. La responsabilité de s'assurer que les usagers reçoivent des services appropriés et de qualité revient principalement au professionnel responsable du dossier. L'appréciation des services devrait se faire notamment lors de la révision du plan d'intervention.

Or, moins d'un usager sur deux possède un tel plan. De plus, dans les 46 dossiers examinés, nous n'avons pas trouvé d'éléments qui prouvent que la qualité des services a été évaluée.

104 Si la situation de l'usager est complexe, notamment lorsque les fournisseurs de services proviennent de plusieurs ressources, c'est le « gestionnaire de cas » qui assure la **coordination** des intervenants et des services. Selon la littérature, de 7 à 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus nécessiteraient un gestionnaire de cas. Celui-ci élabore alors un plan de services individualisé pour la personne et apprécie globalement la qualité des services. Or, cette coordination n'est pas toujours effectuée puisque la gestion de cas n'est pas mise en place dans tous les établissements. Ce mode de gestion est instauré au CSSS de Gatineau, il est en révision au CSSS du Sud de Lanaudière et il commence à être utilisé au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

Le manque de coordination des intervenants peut favoriser ou accélérer la perte d'autonomie de l'usager et compromettre son maintien à domicile.

105 Notons que peu de mesures de contrôle visent la qualité des services rendus par les **partenaires externes**. Bien que les CSSS soient responsables d'assurer la qualité de ces services selon la politique de soutien à domicile, seules quelques mesures sont prévues pour évaluer ceux offerts par les entreprises d'économie sociale. Pourtant, dans le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière, il s'agit du principal mode de prestation des services à domicile, soit 56 et 72 % de toutes les heures de services effectuées. D'autre part, les CSSS n'exercent aucun contrôle sur les services rendus par les **employés engagés de gré à gré**. En fait, ils sont dégagés de toute responsabilité légale puisque ces employés ne sont pas soumis à leur autorité. C'est la personne âgée qui est considérée comme un employeur : elle sélectionne l'employé et s'assure de la qualité des services qu'il rend.

Les services rendus par les partenaires externes représentent 45 % de l'aide à domicile pour l'ensemble du Québec, ce qui inclut ceux rendus par les employés engagés de gré à gré qui sont de l'ordre de 18 %.

106 Par ailleurs, les agences et les CSSS vérifiés effectuent très peu de sondages auprès des usagers et des proches aidants. En 2007, l'agence de Montréal a évalué la satisfaction des usagers recevant des soins à domicile pour tous ses CSSS. Le CSSS du Sud de Lanaudière, de son côté, a réalisé un sondage portant sur l'ensemble des services à domicile en 2008.

107 Outre les sondages réalisés de façon ponctuelle, les CSSS ont l'obligation d'en effectuer d'autres de façon régulière. En effet, le processus d'agrément exige que les CSSS réalisent, tous les trois ans, des sondages sur la **satisfaction des usagers**, y compris ceux recevant des services à domicile. Toutefois, une faible proportion des usagers bénéficiant de tels services participent à ces sondages. À titre d'exemple, au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, les personnes âgées (tant celles qui sont hébergées que celles recevant des services à domicile) ne représentent que 16,4 % de la clientèle sondée.

L'Organisation mondiale de la Santé place la satisfaction des usagers au cœur de sa définition de la qualité des soins.

108 Par comparaison, d'autres administrations publiques ont mis en place différentes mesures afin de favoriser la qualité des services à domicile et de l'évaluer. Voici des exemples.

Administration publique	Mesures
Allemagne et Danemark	■ Au moins une visite par année est effectuée au domicile de l'usager afin de vérifier de quelle manière l'aide est apportée. Elle permet de s'assurer de la bonne utilisation des fonds publics.
Ontario	■ Des contrats sont conclus avec les fournisseurs de services, lesquels prévoient des mesures de contrôle de la qualité : visites des locaux des fournisseurs, examens des données relatives au rendement (par exemple, le pourcentage de visites manquées), suivi des plaintes formulées par les usagers, leur famille et la collectivité et sondages sur la satisfaction de la clientèle. ■ Des rapports présentant les résultats de 11 indicateurs de qualité sont publiés annuellement. Plusieurs thèmes y sont abordés, dont les temps d'attente et les chutes. La publication de tels rapports favorise la transparence et la responsabilisation dans le système de santé.
Colombie-Britannique	■ La Colombie-Britannique a créé un registre des aides-soignants et des travailleurs offrant des soins communautaires. L'objectif est de protéger les usagers vulnérables à l'échelle de la province.

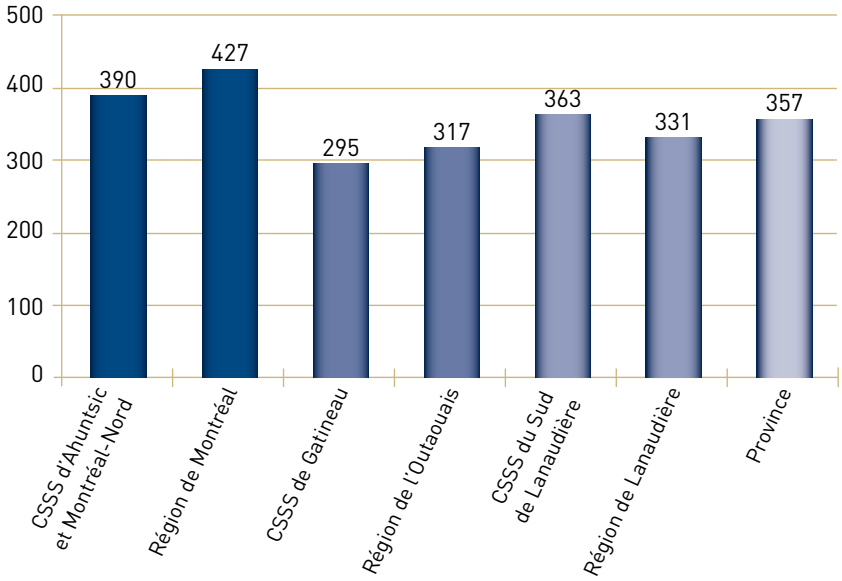
Financement

109 Le MSSS n'a pas évalué si les fonds alloués sont suffisants pour offrir les services prévus dans la politique de soutien à domicile, tant pour les besoins actuels de la clientèle que pour ses besoins futurs. Les CSSS vérifiés, de leur côté, n'ont pas déterminé les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins des usagers à cet égard.

110 Chaque CSSS reçoit une enveloppe budgétaire de l'agence de sa région et la répartit entre les différents programmes-services (Santé physique, Santé mentale, PALV, etc.). Cette enveloppe est une reconduction d'un budget historique indexé et elle n'est pas établie en fonction des besoins de la population. De son côté, l'agence se voit allouer une enveloppe annuelle globale du MSSS, dont le montant est principalement basé sur le budget de l'année précédente, lequel a été indexé. De façon ponctuelle, elle reçoit également un budget de développement qui tient compte des besoins de la population. Bien que le MSSS tende à diminuer les écarts de richesse entre les régions, ceux-ci existent toujours.

111 Actuellement, les sommes affectées aux services à domicile varient beaucoup selon les régions et les CSSS, et les écarts ne sont pas nécessairement liés à la richesse relative de chaque agence et de chaque établissement. En 2011-2012, la variation était de 35 % entre la région visitée où les dépenses par personne de 65 ans et plus étaient les plus élevées et celle où ces dépenses étaient les moins élevées. La figure 4 présente pour l'année 2011-2012 les dépenses moyennes par personne de 65 ans et plus pour les CSSS vérifiés, leur région respective et l'ensemble des établissements.

Figure 4 **Dépenses moyennes[1] liées aux services à domicile par personne de 65 ans et plus en 2011-2012 (en dollars)**



1. Les dépenses moyennes ont été calculées à partir des dépenses directes annuelles (499 millions de dollars) moins les dépenses allouées aux organismes communautaires (34 millions).

Sources : Données provenant de systèmes d'information du MSSS et Institut de la statistique du Québec.

112 Plusieurs personnes du réseau de la santé et des services sociaux nous ont mentionné que les ressources financières allouées aux services à domicile étaient insuffisantes pour répondre aux besoins. Toutefois, aucune analyse démontrant ce manque de ressources n'a été effectuée.

113 D'autre part, le ministère n'a pas évalué le coût de mise en œuvre des orientations énoncées dans sa politique de soutien à domicile. De plus, il n'a pu nous fournir d'analyse concernant les fonds qui seront nécessaires au cours des **prochaines années** pour financer les services à domicile en fonction de la croissance prévue de la population âgée. Le MSSS est en réflexion à ce chapitre. Il considère différentes avenues, mais aucune mesure concrète n'a encore été adoptée.

Dans son rapport sur les services à domicile publié en 2000-2001, le Vérificateur général mentionnait que la couverture de tous les services d'aide à domicile était largement remise en cause, compte tenu de l'augmentation prévisible de la clientèle au cours des prochaines années et des ressources limitées.

114 Comme nous l'avons mentionné précédemment, les soins et services professionnels sont fournis gratuitement aux citoyens. Toutefois, les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique peuvent faire l'objet d'une tarification. Au Québec, ces services sont offerts sans frais aux personnes âgées en perte d'autonomie sous certaines conditions. En 2011-2012, les dépenses directes liées à ce type de services ont représenté 38 % du montant total investi dans les services à domicile offerts aux personnes âgées.

Selon l'OCDE, le Québec se situait en 2009-2010 dans la moyenne inférieure des pays membres en matière d'investissement dans les services à domicile.

115 Composant avec la même réalité, d'autres administrations publiques ont choisi différentes avenues afin d'assurer la pérennité de leurs **services à domicile**. Par exemple, six provinces canadiennes ont opté pour la tarification de certains services d'aide à domicile. Le Royaume-Uni et la Suède, de leur côté, ont récemment restreint l'ampleur de l'aide publique à domicile, mais non la quantité totale d'aide fournie. Celle-ci se concentre de plus en plus sur les personnes les moins autonomes puisque ces pays considèrent que l'aide à domicile fournie de manière intensive est plus efficace pour maintenir ces personnes à domicile.

Recommandations

116 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère, qui devra les mettre en œuvre en collaboration avec les agences.

11 **Effectuer un suivi des orientations relatives aux services à domicile afin d'en assurer la mise en œuvre.**

12 **Établir des standards de services, d'accès, de qualité et d'efficience pour les services à domicile.**

13 **Déterminer le financement nécessaire pour les services à domicile en fonction des orientations et des besoins actuels et futurs de la clientèle.**

14 **Mettre en place des mécanismes permettant de s'assurer d'une prestation de services à domicile sécuritaires et de qualité lorsque ceux-ci sont rendus par des partenaires externes.**

15 **Suivre régulièrement la performance des établissements dans l'atteinte des standards établis pour les services à domicile.**

117 La recommandation suivante s'adresse aux établissements vérifiés.

16 **S'assurer que chaque usager reçoit des services appropriés, de qualité et bien coordonnés lorsqu'ils sont offerts par plusieurs intervenants.**

Commentaires des entités vérifiées

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« **Commentaires généraux.** Le MSSS a accueilli favorablement le rapport du Vérificateur général et est en accord avec les recommandations qui y sont formulées. D'ailleurs, comme mentionné dans notre réponse au rapport de vérification précédent portant sur les services d'hébergement et lors de la commission parlementaire qui s'est déroulée en avril dernier, le MSSS a déjà entrepris divers travaux afin de poursuivre l'effort d'amélioration des soins et des services destinés aux personnes âgées.

« Afin de faire face au phénomène démographique qu'est le vieillissement de la population, le MSSS travaille actuellement à formuler des orientations renouvelées pour améliorer la qualité des services aux aînés et aux adultes en perte d'autonomie et mieux répondre à leur désir de demeurer à domicile le plus longtemps possible. À cet égard, trois démarches d'envergure sont en cours, soit la création d'une assurance autonomie, la rédaction d'une politique nationale sur le soutien à l'autonomie et l'élaboration d'une offre de services destinée aux aînés qui abordera notamment le soutien à domicile.

« En ce qui concerne la création d'une assurance autonomie, le gouvernement prévoit rendre public un livre blanc dans les prochaines semaines afin d'exposer sa vision pour répondre au défi du vieillissement accéléré de la population. Entre autres, il y est mentionné qu'il est nécessaire d'opérer un certain nombre de transitions pour mieux répondre à la volonté des personnes d'avoir accès aux services que leur état requiert, dans le milieu où elles résident, et sécuriser le financement dédié à cette clientèle, et ce, dans le respect des capacités financières de l'État à répondre à une telle demande.

« Quant à la politique nationale et à l'offre de services, les orientations contenues dans ces deux documents permettront de préciser les rôles et responsabilités des différents dispensateurs de services et de définir des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Les trois démarches et le suivi qui en sera effectué permettront de répondre non seulement aux lacunes observées par le Vérificateur général, mais seront de plus très porteurs d'une réelle modification des façons de faire auprès des personnes âgées. Dans un même temps, le MSSS et les agences poursuivent la mise en place des composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées et de sa solution informatique. Ces travaux permettront d'améliorer la qualité et le suivi de la trajectoire des services offerts à cette clientèle.

« Toujours dans un souci d'amélioration de la qualité des services, il est également important de souligner que le MSSS et le réseau ont mis en place plusieurs mesures de soutien à l'intervention et se sont dotés de mécanismes pour s'assurer de la qualité des soins et des services dispensés à domicile par le personnel des CSSS. À titre d'exemples, mentionnons notamment le comité de vigilance et de la qualité, l'agrément, la gestion des risques et la sécurité des patients mis en œuvre dans les CSSS et qui couvrent les activités à domicile. De plus, un régime d'examen des plaintes s'applique à tous les usagers du réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, il est également prévu de mettre en place un processus d'appréciation et de reconnaissance de la qualité pour les prestataires externes.

« Au-delà de ces travaux, des sommes additionnelles ont été allouées à ce secteur d'activité au cours des dernières années. Ainsi, un investissement de 110 millions de dollars en soutien à domicile a été annoncé le 21 novembre 2012. Nous devons aussi souligner que le MSSS a accordé une priorité à l'optimisation et à l'accessibilité aux services dans son plan stratégique 2010-2015. Ainsi, on retrouve un objectif visant l'optimisation des services de soutien à domicile, soit une augmentation de 10 % du nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services. Les services de soutien à domicile aux personnes âgées sont inclus dans cette cible qui a été reprise dans les ententes de gestion et d'imputabilité liant le MSSS et les agences. Le MSSS a aussi spécifié aux agences que, pour ce faire, il est nécessaire de mettre en œuvre de manière coordonnée et intégrée un ensemble d'opérations et de moyens qui permettront d'augmenter la productivité. C'est pourquoi les agences de la santé et des services sociaux ont déposé au MSSS, en septembre 2011, un plan d'action sur l'optimisation et que, depuis, un suivi annuel est effectué. De plus, toujours dans son plan stratégique 2010-2015, le MSSS s'est engagé à "évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et [à] assurer une rétroaction sur les résultats". Cet engagement s'inscrit dans l'esprit de la *Loi sur l'administration publique* et est cohérent avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. À cet égard, le MSSS a diffusé, en novembre 2012, le *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Des travaux spécifiques portant sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie viennent de débuter.

« Bien que le MSSS accepte les recommandations formulées dans le rapport du Vérificateur général, nous considérons par ailleurs important de nuancer certains constats.

« Le Vérificateur général mentionne que, dans les 46 dossiers examinés, il n'a pas trouvé de lien entre le nombre d'heures allouées à l'usager et les notes accordées. Selon le MSSS, la corrélation ne peut se faire. Le plan d'intervention vient cibler les services à offrir afin de diminuer la situation de handicap en lien avec les incapacités. Par exemple, il se peut que l'aide au bain soit refusée par l'usager et sa famille, même si elle est déterminée comme un besoin, parce que l'usager et sa famille ont convenu que ce service relèverait d'eux.

« Selon le MSSS, le repérage des personnes vulnérables et l'information à la population sont deux concepts différents. Le repérage vise à identifier les personnes à risque ou en perte d'autonomie, mais dont on ne connaît pas l'état, état qui peut se détériorer rapidement si aucune intervention n'est effectuée. Rendre disponible de l'information sur le site Internet des établissements ne peut, à notre avis, répondre à cet objectif.

« Enfin, dans la section sur le financement, le MSSS maintient sa position à l'effet que la répartition des ressources doit considérer l'ensemble des activités dédiées à cette clientèle, car elle assure l'équité au niveau des ressources financières accordées aux régions, et ce, indépendamment des choix d'organisation de services établis antérieurement. »

Commentaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

« **Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.** Pour le calcul des délais d'attente, il faudra s'assurer que la méthode choisie utilise les systèmes d'information déjà disponibles pour ne pas multiplier les outils et les saisies à réaliser. Cette proposition nous semble essentielle afin que le plus d'intervenants possible soient dévolus aux soins directs et non à la double saisie des données. Dans le but d'atteindre notre objectif, le rehaussement des systèmes en place de façon provinciale pourrait être envisagé (I-CLSC/RSIPA – seule la première phase étant déployée jusqu'à présent).

« **Optimisation des services à domicile.** Le développement du système RSIPA devrait permettre une interopérabilité entre les différents systèmes d'exploitation et une communication entre les bases de données des différents établissements et partenaires du réseau. Cela augmenterait l'efficience et la validité des données et des indicateurs, car les renseignements concernant un même usager doivent souvent être saisis dans plusieurs systèmes et peuvent différer de l'un à l'autre. De plus, certains taux sont calculés avec un numérateur et un dénominateur venant de deux systèmes d'information différents.

« Nous tenons à vous mentionner que des travaux intensifs en lien avec les cibles d'optimisation en soutien à domicile ont été réalisés dans notre région. Nous avons déjà mis en place des plans d'optimisation en soutien à domicile, et ce, pour les deux CSSS. Un comité régional assurant le suivi, le partage de l'expertise et l'analyse des résultats se rassemble neuf fois par année. Les CSSS de la région ont d'ailleurs bénéficié, pour les deux dernières années, de la présence d'une accompagnatrice régionale en appui au projet d'optimisation en soutien à domicile. Cette personne a favorisé la concertation régionale. Elle a aussi permis la liaison et le partage d'expertise entre les acteurs de diverses régions.

« **Encadrement des services à domicile.** Régionalement, notre processus d'harmonisation du soutien à domicile vise à assurer la mise en œuvre des orientations ministérielles selon les ressources mises à notre disposition, tout en assurant une réponse aux besoins harmonisée et équitable.

« Le MSSS et la région de Lanaudière se sont tous deux dotés de tableaux de bord en lien avec le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Les indicateurs pertinents qui ne s'y retrouvent pas déjà pourraient y être ajoutés. Il est d'ailleurs recommandé aux établissements de mesurer le taux de réponse aux besoins. Cela devrait être fait de concert avec le ministère, afin d'avoir des cibles uniformes entre les régions. Des balises ministérielles pourraient soutenir les efforts d'optimisation déployés dans les CSSS.

« À l'égard du financement, la nouvelle politique d'assurance autonomie devrait répondre à cette orientation. Afin d'assurer la qualité et la sécurité des services dispensés par des partenaires externes, la capacité des usagers à faire l'autogestion du chèque emploi-service est évaluée, des formations sont offertes par les CSSS aux travailleurs des entreprises d'économie sociale offrant de l'aide à domicile et des ententes écrites, incluant des balises de qualité, sont conclues avec ces derniers et le seront également, sous peu, avec les résidences privées pour aînés.

« L'agence, en collaboration avec les CSSS, s'est munie d'un tableau de bord de suivi de l'ensemble du continuum du programme SAPA, incluant, bien entendu, le soutien à domicile. Le suivi se fait lors des rencontres du comité régional en soutien à domicile. La problématique demeure cependant entière concernant les comparaisons entre les régions qui pourraient être faites à partir de ces tableaux. Par contre, les données recueillies ne tiennent pas compte de l'historique dans l'organisation des services, des différentes manières dont les données sont comptabilisées à travers les régions, des enjeux sociodémographiques et des dimensions cliniques (pauvreté, isolement social, ruralité) qui impactent ces indicateurs. Pour bien répondre aux recommandations du Vérificateur général, certains indicateurs de performance pourraient également y être ajoutés. »

Commentaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

« **Commentaires généraux.** Les trois axes du rapport et les recommandations s'y rattachant sont pertinents et très intéressants.

« **Optimisation des services à domicile.** Concernant le paragraphe numéro 55, il est écrit ceci : « Dans la région de Montréal, mentionnons que trois contrats totalisant 1,4 million […] ont été attribués à la même firme sans appel d'offres, ce qui n'est pas conforme. » Il est important de préciser que ces trois contrats ont été octroyés en 2010 et en 2011. La situation est en amélioration depuis 2012, notamment quatre contrats totalisant 1,9 million de dollars ont été octroyés à cette firme suite à un appel d'offres public.

« Concernant la section "Productivité des employés", nous reconnaissons le besoin d'optimiser le travail des différentes catégories d'intervenants et constatons que cela est en voie de réalisation. Lors de l'analyse des différentes données, il est important de considérer les caractéristiques du système d'information I-CLSC et la nature du travail à domicile. En effet, les travaux d'optimisation en soutien à domicile menés dans notre région ont mis en évidence que le

système d'information clientèle I-CLSC permet de bien documenter les interventions directes effectuées auprès des usagers. Toutefois, il ne permet pas d'apprécier, à sa juste valeur, l'ensemble du travail réalisé par les intervenants puisqu'il ne rend pas compte de toutes les interventions professionnelles requises pour l'usager, notamment les nombreuses démarches indirectes pour créer et coordonner le réseau de services autour de la personne ou pour adapter son environnement, et nécessaires à des services à domicile de qualité et sécuritaires. Cela mérite une réflexion. Un des enjeux au niveau des indicateurs de productivité est de préciser des cibles adaptées, quant à la nature du travail des différentes catégories d'intervenants en soutien à domicile ainsi qu'aux caractéristiques du système d'information I-CLSC.»

Commentaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

«**Optimisation des services à domicile.** Le partage des outils de gestion et de l'expertise développés lors des travaux relatifs à l'optimisation de la performance des CSSS doit effectivement se faire entre les établissements d'une même région, mais une plate-forme provinciale devrait également être développée pour permettre le partage des connaissances acquises et des expériences réalisées entre les régions du Québec (MSSS, agences et établissements).

«**Encadrement des services à domicile.** Les cibles des établissements devraient être revues en fonction des services devant effectivement être rendus par les établissements. Le fait de ne pas avoir rencontré les cibles établies en 2009-2010, associé à l'optimisation qui y est rajoutée, peut faire en sorte que les modes de dispensation de services en découlant ne soient pas pleinement adaptés aux besoins et aux volumes de clientèle sur chaque territoire.»

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

«**Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.** Effectivement, le processus de repérage doit être revu et repensé afin de le déployer à tous les niveaux de notre CSSS, en définissant les rôles et responsabilités de chacun des intervenants ciblés du continuum. Cette action est intégrée dans notre démarche d'optimisation des soins et des services.

«Nous avons eu le portrait de la qualité relié à l'utilisation de l'outil multiclientèle par les intervenants de notre CSSS lors de la démarche d'évaluation régionale. Les résultats démontrent que la compréhension des raisons d'utilisation de cet outil peut varier d'un secteur à l'autre, par exemple en centre hospitalier *vs* en soutien à domicile. Nous collaborons via le comité RSIPA régional aux travaux d'élaboration d'une formation qui harmonisera les pratiques internes de nos intervenants, permettant ainsi une utilisation selon les meilleures pratiques.

Tous les plans d'intervention sont en version papier et non intégrés à la version informatique RSIPA, ce qui rend difficile le suivi de tous les dossiers de tous les intervenants. Notre réflexion se porte sur la possibilité de faire des audits de dossiers. Il serait cependant intéressant de pouvoir avoir un champ de saisie de cette information dans la version informatique RSIPA. Cela faciliterait nos suivis d'avoir accès à un rapport informatique donnant un portrait rapide et périodique de notre situation.

« En ce qui a trait à l'accès aux services à domicile, nous avons également commencé la révision du fonctionnement de notre accueil centralisé et cela touchera les guichets d'accès et les processus qui y sont reliés. Actuellement, il n'existe pas d'outil pour effectuer ce calcul.

« **Optimisation des services à domicile.** Nous sommes conscients de l'ampleur du travail à réaliser. À cette fin, nous avons débuté à l'automne 2011 par une observation directe de l'organisation du travail et de notre gestion des processus afin d'avoir un premier portrait de notre situation. Par la suite, nous avons entrepris en février 2012 une démarche d'optimisation de nos soins et services. Nos travaux ont touché principalement la gestion opérationnelle de nos secteurs, nos outils d'aide à la gestion ainsi que le développement de nouveaux outils. Ils ont permis d'avoir de l'information qui ne nous était pas accessible et qui pourtant facilite les suivis.

« C'est à partir de ce moment que la portée de notre analyse est devenue plus tangible. Dans les faits, nous avions peu d'outils d'aide à la gestion, nous devions les développer et s'assurer que nos données sont fiables tout en reflétant notre réalité. Il serait intéressant de pouvoir faire évoluer les logiciels que nous utilisons présentement afin d'obtenir nos informations de gestion sans devoir manipuler différents systèmes, transférer des données, etc. Nous sommes au tout début de notre démarche, car il a fallu nous assurer que l'entrée des données et la codification étaient effectuées avec la même compréhension par tous les intervenants et par nos pilotes du système I-CLSC.

« Nous poursuivons la formation et l'information afin de nous assurer que cette compréhension est harmonisée dans tous nos secteurs en raison des mouvements de personnel. Des cibles relatives aux interventions et aux visites ont été instaurées et un suivi régulier en est fait. Cependant, là aussi nous devons être vigilants en raison des mouvements de personnel et de la lourdeur de la clientèle, qui font en sorte que certaines interventions sont plus complexes et nécessitent un suivi plus étroit ainsi qu'une collaboration interdisciplinaire professionnelle auprès d'un client. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte et le travail d'un professionnel est très large et comporte de multiples facettes.

« Nous ne sommes pas encore à l'étape de pouvoir analyser nos résultats en considérant notre volume de services rendus, la qualité et le coût en relation avec notre capacité. Bien que nous ayons accès à un portrait régional, nous aimerions pouvoir bénéficier de ces données de façon périodique en temps réel. Il est aussi prévu de mettre en place un groupe de travail touchant la performance. Enfin, nos résultats actuels démontrent une amélioration de notre accessibilité

pour toutes les professions, et nos travaux se poursuivront dans ce sens selon notre plan d'action : révision du processus de la charge de cas, terminer l'informatisation de nos listes d'attente afin de structurer notre gestion et nos suivis.

« **Encadrement des services à domicile.** En matière de prestation de services à domicile sécuritaires et de qualité, nous avons régulièrement des rencontres avec certains partenaires, et de la formation est disponible pour le volet de la loi 90 concernant les activités confiées. Nous acceptons ces recommandations, car des améliorations peuvent être apportées et elles seront intégrées dans notre plan d'action. En ce qui a trait à la performance des services à domicile, cela fait partie de nos travaux qui sont en cours. »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

« **Commentaires généraux.** Nous avons analysé attentivement le rapport et nous avons constaté que celui-ci représente très bien notre réalité. Les recommandations sont très pertinentes et nous sommes en accord avec celles-ci. »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière

« **Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.** Nous convenons que le repérage peut être plus élargi dans notre CSSS, mais il est important de préciser que le repérage doit être élargi de façon à être adapté à notre capacité de prise en charge.

« Au CSSS du Sud de Lanaudière, les usagers recevant des services à domicile ont tous une évaluation des besoins (OEMC), bien qu'elle ne soit pas nécessairement à jour dans 100 % des cas. De plus, nous faisons des suivis importants afin de nous assurer que l'évaluation est à jour et que les plans d'intervention sont documentés et à jour. À titre d'exemple, nous sommes passés de 530 plans d'intervention documentés en 2011-2012 à 1 179 en 2012-2013.

« En ce qui a trait à l'amélioration de l'accès aux services à domicile, nous croyons que ces mesures doivent être sous l'initiative du MSSS afin d'uniformiser la méthode de mesure et les cibles et nous souhaitons, comme CSSS, être associés à une telle démarche.

« **Optimisation des services à domicile.** En ce qui a trait à l'analyse de la performance des services à domicile, nous sommes partiellement en accord avec l'énoncé. Nous analysons déjà les volumes de façon périodique, et les coûts de façon plus ponctuelle. Nous convenons qu'il serait opportun de les analyser de façon plus systématique.

« L'analyse de la qualité comporte plusieurs dimensions. Au niveau national, il faudrait compter sur des lignes directrices identifiant les axes liés à la qualité devant être analysés. Enfin, en ce qui a trait à l'optimisation de l'organisation du travail afin d'accroître les heures de services à domicile en présence des usagers, nous sommes en processus à ce sujet via les travaux d'optimisation.

« **Encadrement des services à domicile.** Le CSSS a des ententes formelles précisant des éléments de sécurité et de qualité. Des formations incluant des partenaires externes se tiennent au besoin selon les ressources disponibles, par exemple la formation PDSB [principes de déplacements sécuritaires de bénéficiaires], des activités de la loi 90 et des interventions auprès de personnes présentant des troubles cognitifs. Enfin, au niveau de la performance des services à domicile, nous suivons nos résultats via un tableau de bord périodique, mais nous convenons qu'il y a des améliorations à apporter en particulier au niveau du coût d'intervention. »

Annexes et sigles

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Annexe 2 Principaux rôles et responsabilités des acteurs

Annexe 3 Diverses données sur les services à domicile offerts aux personnes âgées en 2011-2012

Sigles

CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. Ils se fondent également sur la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, sur la *Loi sur le développement durable* et sur nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification 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 de travail respectent les normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS et les agences vérifiées prennent les mesures afin que les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent, en temps opportun et de façon équitable, des services à domicile sécuritaires et de qualité.	■ Les objectifs et les orientations concernant les services à domicile sont déterminés et un suivi est réalisé afin d'en assurer la mise en œuvre. ■ Les standards quant à l'offre de services à domicile, à l'accès à ces services, à la qualité ainsi qu'à l'efficacité et à l'efficience sont définis et diffusés. Ils reposent sur le principe que chaque citoyen a droit au même service pour des besoins équivalents. ■ Les services à domicile couverts par l'État sont précisés et communiqués aux citoyens. ■ Un mécanisme central de contrôle de la qualité est en place afin d'assurer aux usagers une prestation sécuritaire des services à domicile. ■ Des fonds sont alloués aux services à domicile en fonction des orientations déterminées et un contrôle des sommes spécifiquement destinées à ces services est réalisé.
S'assurer que les CSSS vérifiés, en collaboration avec les partenaires du milieu, rendent des services à domicile sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins de la clientèle, et ce, en temps opportun et de façon équitable.	■ Les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent les services à domicile dont elles ont besoin, et ce, en temps opportun et de façon équitable. ■ Les services à domicile font l'objet de mesures de contrôle suffisantes afin d'assurer des services sécuritaires et de qualité.
S'assurer que les CSSS optimisent l'utilisation des ressources humaines, informationnelles et financières allouées aux services à domicile.	■ L'organisation du travail et la coordination des ressources humaines favorisent l'optimisation des ressources. ■ Les sommes allouées aux services à domicile offerts aux personnes âgées sont utilisées aux fins prévues et les services sont rendus au meilleur coût possible, lequel doit tenir compte de la qualité des services et de la complexité des besoins. ■ Les systèmes d'information en place permettent aux différents intervenants d'avoir accès, de façon efficiente, au dossier de l'usager, lequel inclut l'évaluation des besoins, le plan d'intervention, les services rendus et le suivi effectué.

Portée des travaux

Nos travaux ont été réalisés auprès du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de Montréal et de l'Outaouais ainsi que des CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, de Gatineau et du Sud de Lanaudière. Nous avons choisi les établissements vérifiés en fonction de leurs modes de prestation des services à domicile, du coût à l'heure de ceux-ci et de l'importance de la région.

Les résultats de la vérification ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des établissements de la province, mais les constats retenus dans ce rapport méritent l'attention de tous les intervenants.

Lors de notre vérification, nous avons analysé des données financières et des données relatives aux activités, lesquelles sont accessibles entre autres dans les systèmes d'information du MSSS, des agences et des établissements vérifiés. Les systèmes étant sous la responsabilité de l'une ou de l'autre de ces entités, les données n'ont pas fait l'objet d'une vérification de notre part quant à leur fiabilité et à leur intégralité. Nous avons aussi effectué des entrevues auprès de 83 membres du personnel de ces entités, examiné des documents et observé les pratiques en vigueur. Nous avons également fait des comparaisons avec d'autres établissements du Québec et d'autres administrations publiques.

De plus, nous avons rencontré des représentants de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, d'une entreprise d'économie sociale offrant de l'aide domestique et d'une entreprise privée fournissant de l'aide à domicile.

Nos travaux se sont déroulés principalement de juin 2012 à mars 2013. Notre vérification a porté sur les activités des exercices 2011-2012 et 2012-2013, mais certaines analyses ont trait à des situations antérieures à cette période.

Annexe 2 Principaux rôles et responsabilités des acteurs

Ministère de la Santé et des Services sociaux	Le ministre[1] détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. En matière de soins à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie, il doit entres autres : ■ établir des politiques, voir à leur mise en œuvre par les agences et en effectuer une évaluation ; ■ diffuser auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience ; ■ répartir équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions en fonction de la population ; ■ approuver le plan de répartition des ressources financières des agences et voir au contrôle de leur utilisation ; ■ prendre les mesures nécessaires pour assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ; ■ assurer la coordination interrégionale des services en vue notamment de favoriser leur accessibilité ; ■ déterminer, dans une entente de gestion conclue avec une agence, les objectifs que cette dernière doit atteindre et exercer une surveillance à cet égard.
Agence de la santé et des services sociaux	L'agence est responsable de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. À cette fin, elle doit notamment : ■ assurer la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux et soutenir les établissements dans l'organisation des services ; ■ allouer les budgets destinés aux établissements et les subventions aux organismes communautaires ; ■ s'assurer de la coordination des services avec ceux offerts dans les autres régions et de la mise en place de mécanismes de référence entre les établissements ; ■ assurer la gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ; ■ développer des outils de gestion et d'information pour les établissements ; ■ rendre compte au ministère des résultats des objectifs énoncés dans l'entente de gestion conclue avec celui-ci et effectuer le suivi des ententes signées avec les établissements ; ■ évaluer l'efficacité des services de santé, le degré d'atteinte des objectifs et le degré de satisfaction des usagers ; ■ déterminer, en tenant compte des orientations ministérielles, les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de sa région ; ■ s'assurer que les établissements de sa région remplissent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers.

1. Dans les faits, l'administration et la gestion des programmes sont confiées au sous-ministre.

Centre de santé et de services sociaux	Conformément aux orientations ministérielles, aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi qu'aux ressources disponibles, le CSSS d'un territoire, à titre d'instance locale, doit : ■ établir les besoins de la population sur son territoire et cibler les objectifs à atteindre pour améliorer la santé de celle-ci ; ■ déterminer l'offre de services requise (services généraux, spécialisés et surspécialisés) pour répondre aux besoins, les modes d'organisation et la contribution attendue de ses différents partenaires ; ■ prendre en charge les usagers afin d'assurer une continuité des services ; ■ assurer une prestation de services continus, accessibles, sécuritaires et respectueux afin de réduire les problèmes de santé ; ■ établir un plan d'intervention ou un plan de services individualisé, lorsqu'ils sont requis, en collaboration avec l'usager ; ■ établir annuellement la répartition de ses ressources financières entre les différents postes budgétaires suivant les besoins de l'organisation et en rendre compte à l'agence ; ■ assurer la coordination des services requis ; ■ définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers ; ■ instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents partenaires ; ■ prendre en charge, accompagner et soutenir les usagers afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local, la continuité des services que requiert leur état.

Source : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Annexe 3 Diverses données sur les services à domicile offerts aux personnes âgées en 2011-2012

Régions	Population de 65 ans et plus	Nombre d'usagers différents	Nombre moyen d'heures par usager différent	Dépenses annuelles			Heures moyennes annuelles selon le nombre d'usagers par type de services		Pourcentage des heures de services d'aide à domicile rendus	
				Totales (M$)	Par personne de 65 ans et plus ($)	Par usager différent ($)	Services professionnels	Aide à domicile	Par le CSSS	Par d'autres fournisseurs
Bas-Saint-Laurent	40 607	6 846	16,0	20,0	493	2 924	5,7	33,4	86	14
Saguenay–Lac-Saint-Jean	49 456	7 474	19,7	20,0	405	2 679	7,8	41,7	43	57
Capitale-Nationale	126 613	16 591	24,3	51,1	403	3 078	4,7	81,6	68	32
Mauricie et Centre-du-Québec	96 674	14 663	20,2	38,9	402	2 653	6,2	52,2	74	26
Estrie	55 401	7 352	25,3	28,5	514	3 872	6,2	100,6	58	42
Montréal	306 198	51 028	33,0	168,7	551	3 305	6,5	96,4	49	51
Outaouais	49 920	5 908	21,3	20,7	414	3 498	5,9	54,0	73	27
Abitibi-Témiscamingue	22 480	4 324	21,2	14,3	635	3 301	7,5	41,4	75	25
Côte-Nord	14 217	2 266	25,8	8,8	618	3 879	8,0	61,4	66	34
Nord-du-Québec	1 590	225	50,1	1,9	1 167	8 249	14,4	122,4	71	29
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	20 202	3 694	32,4	11,6	572	3 129	6,8	68,5	52	48
Chaudière-Appalaches	70 228	9 832	19,0	31,0	442	3 157	5,8	48,6	66	34
Laval	63 609	8 497	27,9	30,2	475	3 554	7,8	94,5	79	21
Lanaudière	70 272	9 483	35,1	27,9	397	2 939	5,3	101,6	38	62

Régions	Population de 65 ans et plus	Nombre d'usagers différents	Nombre moyen d'heures par usager différent	Dépenses annuelles			Heures moyennes annuelles selon le nombre d'usagers par type de services		Pourcentage des heures de services d'aide à domicile rendus	
				Totales (M$)	Par personne de 65 ans et plus ($)	Par usager différent ($)	Services professionnels	Aide à domicile	Par le CSSS	Par d'autres fournisseurs
Laurentides	84 500	10 893	27,6	34,1	404	3 133	7,1	86,7	46	54
Montérégie	227 670	26 842	26,6	84,3	370	3 141	6,8	97,8	43	57
Nunavik	414	n.d.	n.d.	3,1	7 392	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	865	n.d.	n.d.	3,7	4 271	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total[1]	**1 300 916**	**185 918**		**598,6**						
Moyenne[1]			**26,9**		**460**	**3 183**	**6,4**	**79,0**	**55**	**45**

1. Les totaux et les moyennes excluent les données non disponibles.

Sources : Données provenant de systèmes d'information du MSSS et Institut de la statistique du Québec.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2013

CHAPITRE

5

Non-production de déclarations à Revenu Québec

Impôts, taxes et retenues à la source

Faits saillants

Objectifs des travaux

Pour que le régime fiscal soit juste et efficace, tous doivent produire les déclarations exigées par la loi et payer les sommes dues. Revenu Québec doit donc mener des activités relativement au traitement de la non-production des déclarations.

Ces activités se font par trois directions générales, soit la Direction générale des entreprises (DGE), la Direction générale des particuliers (DGP) et la Direction générale du recouvrement (DGR), laquelle est responsable des dossiers des mandataires.

Notre vérification avait pour objectif de nous assurer que Revenu Québec :

- encadre les activités liées à la non-production de déclarations dans un souci de performance, d'équité et de transparence ;
- gère avec diligence et équité ses activités.

Le rapport entier est disponible sur le site http://www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant la non-production de déclarations à Revenu Québec.

Revenu Québec n'a pas de cadre de gestion relatif au traitement des dossiers de non-production. Il n'y a pas d'harmonisation des directions générales ni d'intégration des processus.

Le choix des stratégies de repérage et de sélection des dossiers à analyser n'est pas suffisamment étayé. En conséquence, Revenu Québec ne peut avoir l'assurance que tous les dossiers pour lesquels il y a une irrégularité sont repérés et que ceux qui font l'objet d'un suivi ont le meilleur potentiel de rentabilité.

Les démarches effectuées pour le suivi des demandes de production varient fortement d'une direction générale à l'autre, et ce, sans que ce soit justifié et que la performance soit prise en compte. Revenu Québec n'a pas analysé les avantages et les inconvénients des différentes étapes à franchir pour le traitement des dossiers, ce qui lui aurait permis de déterminer le processus optimal.

Le mode de sélection des dossiers pour lesquels un avis de cotisation sur base d'indices sera transmis et la méthode utilisée pour établir la valeur des cotisations ne sont pas harmonisés. Pour sa part, la DGE a fait des choix à cet égard qui ne sont pas appuyés par une démarche complète. Par conséquent, plusieurs avis de cotisation sont délivrés sans qu'il y ait une réelle valeur attendue.

Les balises concernant l'application des pénalités et des amendes prévues dans les lois fiscales sont insuffisantes et interprétées différemment d'une direction générale à l'autre. Aucune amende n'est exigée de certaines catégories de contribuables et de mandataires.

Revenu Québec ne dispose pas d'information de gestion pertinente. Il ne peut pas évaluer l'efficacité et l'efficience des activités liées à la non-production de déclarations ni apporter les correctifs requis.

L'information fournie pour rendre compte des activités liées à la non-production est incomplète. Par exemple, les résultats financiers ne sont pas mis en relation avec les sommes réellement récupérées par Revenu Québec. L'information présentée afin d'obtenir du financement du ministère des Finances et de l'Économie (MFEQ) pour des projets spécifiques et de rendre compte de leur performance ne permet pas de justifier les investissements demandés.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention de Revenu Québec. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires de l'entité vérifiée.

Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations à Revenu Québec

1. **Revoir les stratégies et les critères utilisés pour repérer et sélectionner les dossiers de contribuables et de mandataires à traiter, stratégies et critères qui devraient étayer davantage les démarches des directions générales.**
2. **Analyser son processus de suivi des demandes de production de façon à assurer une plus grande efficacité et une meilleure cohérence entre les directions générales.**
3. **Harmoniser le recours aux cotisations sur base d'indices ainsi que la méthode utilisée pour établir leur valeur afin qu'ils mènent à des résultats concluants.**
4. **Définir et établir des balises claires pour administrer les pénalités et les amendes en considérant la rentabilité et leur efficacité à susciter la production des déclarations.**
5. **Se doter d'une information de gestion qui permet d'évaluer la pertinence et l'efficience des processus et apporter les ajustements requis, le cas échéant.**
6. **Définir un cadre de gestion relativement au traitement des dossiers des contribuables et des mandataires en situation de non-production.**
7. **Améliorer la reddition de comptes présentée au ministère des Finances et de l'Économie afin que l'information soit complète et représente fidèlement la situation, et ce, tant pour ses activités courantes que pour les projets spécifiques.**
8. **Étoffer la reddition de comptes contenue dans le rapport annuel de gestion en fournissant de l'information qui permet de mesurer les progrès réalisés au regard des objectifs pour les activités liées à la non-production.**

Table des matières

1 **Mise en contexte** **6**

2 **Résultats de la vérification** **9**

2.1 **Traitement des dossiers de non-production** **9**

Repérage et sélection des dossiers

Suivi des demandes de production

Cotisation sur base d'indices

Pénalités et amendes

Information de gestion et cadre de gestion

Recommandations

2.2 **Reddition de comptes** **21**

Entente avec le ministère des Finances et de l'Économie

Rapport annuel de gestion

Recommandations

Commentaires de l'entité vérifiée **27**

Annexes et sigles **29**

1 Mise en contexte

Équipe

Martin St-Louis
Directeur de vérification

Marc-André Bouchard
Annie Croteau
Christine Lavoie
Serge Nkuindja
Robert Ratté

Recettes fiscales

1 La mission de Revenu Québec consiste principalement à percevoir les impôts et les taxes. Les sommes reçues constituent des recettes fiscales. Revenu Québec perçoit également des recettes dites extrabudgétaires pour le compte de ministères et d'organismes, telles que la taxe sur l'hébergement pour le Fonds de partenariat touristique et les versements périodiques des employeurs pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail. De plus, à la suite d'une entente convenue entre le gouvernement du Canada et celui du Québec, Revenu Québec administre, pour le compte du gouvernement canadien, la taxe sur les produits et services (TPS) sur le territoire québécois.

Les individus, les particuliers en affaires, les sociétés de personnes et les fiducies sont considérés comme des particuliers.

2 Toutes les sommes sont versées par des contribuables (**particuliers** ou sociétés) et des mandataires de Revenu Québec. Ces derniers sont constitués d'employeurs et d'entreprises qui, dans le cadre de l'application de différentes lois, doivent percevoir, au nom de Revenu Québec, les retenues à la source, les taxes telles que la taxe de vente du Québec (TVQ) ainsi que les recettes extrabudgétaires. Les sommes collectées ne font que transiter par les mandataires, qui doivent les retourner à Revenu Québec.

3 Les contribuables et les mandataires sont tenus de verser les sommes dues à Revenu Québec en fonction des délais prescrits. Au cours de l'exercice 2011-2012, les recettes ont totalisé 91,3 milliards de dollars, dont 26,8 milliards provenaient de l'impôt des particuliers, 6,7 milliards de l'impôt des sociétés et 20,2 milliards de la TVQ. Les sommes restantes étaient constituées d'autres taxes, impôts, droits et permis, ainsi que des recettes extrabudgétaires. L'annexe 2 présente une liste détaillée des catégories de recettes perçues par Revenu Québec pour l'exercice financier 2011-2012.

Contrôle fiscal

4 Pour que le régime fiscal soit juste et efficace, tous doivent produire les déclarations exigées par la loi et payer les sommes dues. S'ils ne le font pas, ils privent de fonds des programmes importants du gouvernement, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'environnement. Le régime fiscal québécois repose sur le **principe de l'autocotisation**. Par conséquent, afin de préserver l'intégrité du régime, Revenu Québec doit s'assurer que les contribuables et les mandataires s'acquittent de leurs obligations et, pour ce faire, il doit effectuer des activités de contrôle. Celles-ci comportent notamment le traitement de la non-production des déclarations, la délivrance d'avis de cotisation à la suite d'ajustements apportés aux déclarations produites, la vérification et les enquêtes. Ces interventions permettent de protéger l'assiette fiscale, de garantir l'équité de traitement et de maintenir la confiance du public à l'égard du régime fiscal.

Le principe de l'autocotisation veut que les contribuables et les mandataires établissent, déclarent et transmettent à Revenu Québec leurs déclarations, leurs contributions et les montants perçus à l'intérieur des délais prescrits.

5 En plus de ses activités courantes de contrôle fiscal, financées à même son budget régulier, Revenu Québec se voit accorder par le ministère des Finances et de l'Économie (MFEQ) des sommes additionnelles afin de réaliser des projets spécifiques, dont certains sont en lien avec les activités associées à la non-production. Par exemple, pour l'exercice 2010-2011, Revenu Québec a obtenu 5 millions de dollars additionnels pour avoir recours à 75 équivalents temps complet (ETC) afin d'intensifier le traitement des dossiers de non-production des mandataires.

6 Une entente entre le MFEQ et Revenu Québec encadre les activités courantes de contrôle fiscal et les projets spécifiques. Elle prévoit notamment les aspects suivants :

- Revenu Québec et le MFEQ déterminent, dans le cadre d'un processus commun, des objectifs de récupération fiscale et le **taux d'encaisse fiscale** visé pour l'ensemble des interventions de récupération.
- L'ensemble des activités de la récupération fiscale fait l'objet de rapports transmis au MFEQ sur les résultats et l'utilisation des sommes attribuées. À cet égard, Revenu Québec produit notamment un rapport trimestriel et un bilan sur la récupération fiscale.
- Revenu Québec fait rapport de façon distincte pour chacun des projets spécifiques.

Le taux d'encaisse fiscale est la proportion des montants cotisés à la suite d'activités liées au contrôle fiscal qui est réglée, notamment en raison d'encaissements.

7 Les **résultats financiers**, aussi appelés résultats de récupération, sont les sommes que Revenu Québec estime pouvoir récupérer en raison des activités courantes de contrôle fiscal et des projets spécifiques. Ceux réalisés en 2011-2012 sont présentés à l'annexe 3.

Les résultats financiers représentent les recettes estimées par Revenu Québec. Les montants associés à la TPS sont exclus.

8 L'obligation de produire une déclaration est précisée dans diverses lois telles que la *Loi sur les impôts*. Ainsi, les particuliers ne sont pas toujours tenus de produire une déclaration, par exemple lorsqu'ils n'ont pas d'impôt à payer. Les sociétés et les mandataires, pour leur part, sont tous tenus de produire une déclaration afin de déterminer l'impôt à payer, même lorsqu'aucune somme n'est due, et de verser les sommes déjà perçues au nom de Revenu Québec. La fréquence prescrite pour produire une déclaration varie d'une clientèle à l'autre. Par exemple, les particuliers et les sociétés doivent produire leur déclaration chaque année, alors que les mandataires doivent généralement fournir les documents plus fréquemment. L'annexe 4 présente les principales déclarations qui doivent être transmises à Revenu Québec.

9 La production d'une déclaration représente généralement la première étape du processus à respecter quant aux obligations en matière d'inscription et de déclaration. De façon générale, c'est sur cette base que la cotisation est établie. Le traitement relatif à la non-production a pour but d'amener les contribuables qui n'ont pas produit de déclaration dans le délai prescrit, et qui auraient dû le faire, à rétablir leur situation fiscale. Il vise également à ce que les mandataires produisent leur déclaration et remboursent à Revenu Québec les sommes perçues en son nom.

10 Le traitement d'un dossier de non-production passe par quatre étapes principales.

Repérage	À partir des données inscrites dans les systèmes d'information, repérage des contribuables et des mandataires qui n'ont pas produit leur déclaration.
Sélection	À partir de critères (par exemple, les sommes dues estimées), sélection des dossiers qui feront l'objet de démarches additionnelles.
Suivi des demandes de production	Établissement de communications avec les contribuables et les mandataires afin de les amener à corriger leur situation fiscale, notamment en leur transmettant une demande de production d'une déclaration. Les contrevenants peuvent alors corriger leur situation en produisant une déclaration[1], ou en démontrant qu'ils n'ont pas à la produire.
Cotisation sur base d'indices	Lorsqu'un contribuable ou un mandataire ne corrige pas sa situation fiscale, délivrance d'un avis de cotisation dont le montant est établi à partir de l'information détenue par Revenu Québec. Les contrevenants peuvent aussi être passibles d'une pénalité et d'une amende.

1. Un avis de cotisation est alors transmis.

11 Lorsqu'il y a délinquance fiscale, c'est-à-dire que la déclaration n'est pas produite dans le délai prescrit, le traitement lié à la non-production peut mener à la délivrance d'un avis de cotisation estimative, aussi appelée cotisation sur base d'indices. Une créance est alors inscrite dans le système de perception de Revenu Québec et un **compte client** est créé, ce qui peut enclencher une procédure de recouvrement. Le solde à recouvrer peut inclure le montant des impôts, des taxes et des cotisations ainsi que les intérêts sur la créance et les pénalités. Revenu Québec, dans son rapport annuel de gestion pour l'année 2011-2012, a estimé que les résultats financiers qui pourraient être récupérés par les activités courantes liées à la non-production étaient de 190,1 millions de dollars.

Le compte client est composé des sommes dues à Revenu Québec. Il est créé à la suite de la délivrance d'un avis de cotisation qui peut être estimé sur la base d'indices, par exemple à partir des sommes déclarées par le contribuable ou le mandataire dans leurs dernières déclarations.

Rôles et responsabilités de Revenu Québec

12 Depuis le 1er avril 2011, Revenu Québec est une agence autonome et imputable, sous la responsabilité du ministre des Finances et de l'Économie, qui exerce les fonctions de ministre du Revenu. Un conseil d'administration, dont les membres sont nommés par le gouvernement, est responsable de la gouvernance de Revenu Québec.

13 Revenu Québec est chargé de s'assurer du respect des obligations par les contribuables, notamment de la production des déclarations. Pour ce faire, il choisit d'effectuer différentes activités de contrôle, dont celles relatives au traitement des dossiers de non-production. Il doit notamment encadrer les activités liées au contrôle, traiter promptement les cas repérés et recouvrer les sommes dues. Ses interventions en la matière doivent se faire dans un souci de performance, d'équité et de transparence.

14 Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

15 Les travaux se sont articulés autour de deux axes, soit le traitement des dossiers de non-production et la reddition de comptes relative à cette activité de contrôle fiscal.

2.1 Traitement des dossiers de non-production

16 Le traitement des dossiers de non-production est fait par trois directions générales de Revenu Québec, soit la Direction générale des entreprises (DGE) pour l'impôt des sociétés, la Direction générale des particuliers (DGP) pour l'impôt des particuliers, la Direction générale du recouvrement (DGR). Cette dernière est, elle, responsable du traitement des dossiers des mandataires (taxes et retenues à la source), en plus d'assumer des responsabilités plus générales à l'égard de tous les dossiers pour lesquels une créance a été inscrite et qui font l'objet d'une procédure de recouvrement.

17 Une part importante des contribuables peuvent être concernés par les travaux de la DGR et par ceux de l'une ou de l'autre des deux autres directions générales impliquées dans le traitement lié à la non-production. Par exemple, en plus de ne pas avoir soumis les documents relatifs aux taxes et aux retenues à la source exigés des mandataires, les particuliers en affaires et les sociétés peuvent également être en situation de non-production pour les déclarations d'impôt. Selon Revenu Québec, les dossiers communs à la DGE et à la DGR touchaient environ 30 000 sociétés tandis que ceux communs à la DGP et à la DGR concernaient 4 000 particuliers en affaires en 2011-2012. De plus, tous les dossiers de la DGE et de la DGP qui nécessitent une procédure de recouvrement sont transférés à la DGR.

18 Au printemps 2012, notamment afin d'harmoniser les processus de chacune des directions générales, surtout celui relatif à la délivrance d'avis de cotisation sur base d'indices, les responsables de chacune des directions impliquées dans le traitement des dossiers de non-production ont convenu de la mise en place d'un comité de travail interdirections. L'harmonisation recherchée, qui ne remet pas en cause les processus propres à chacune des directions, vise à assurer la production des déclarations par les contribuables et les mandataires et à maximiser les revenus et les recettes de Revenu Québec. Le comité de travail s'est réuni à plusieurs reprises et a relevé plusieurs différences dans le traitement des dossiers de non-production réalisé par les directions générales.

19 De notre côté, à la suite de nos travaux de vérification, nous faisons le constat suivant à l'égard du traitement des dossiers de non-production.

20 Le traitement des dossiers de non-production effectué par Revenu Québec comporte plusieurs lacunes et il n'y a pas d'harmonisation des directions générales ni d'intégration des processus.

Repérage et sélection des dossiers

21 La DGE utilise l'information colligée dans le registre des entreprises pour identifier les sociétés qui n'ont pas produit leur déclaration, tout en procédant à certaines exclusions, telles que les sociétés ayant déclaré faillite.

22 La DGP doit, pour sa part, réaliser des travaux pour distinguer les particuliers qui n'ont pas produit de déclaration et qui, potentiellement, doivent des sommes à Revenu Québec de ceux qui n'ont pas à soumettre de documents, compte tenu du fait qu'ils ne doivent aucune somme. À titre d'exemple, c'est le cas des personnes de moins de 18 ans, dont la grande majorité n'a pas de revenus, ou de celles qui sont en situation de faillite. Les travaux se font par l'entremise de programmes informatiques de repérage. Au **programme régulier de repérage** s'ajoutent 19 autres programmes qui utilisent des critères plus spécifiques tels que l'indice de richesse (calculé notamment à partir des avoirs que possède le particulier).

Pour le programme régulier de repérage, on sélectionne notamment des dossiers pour lesquels un relevé de revenus d'emploi a été délivré par l'employeur. Ce programme a permis, pour l'année d'imposition 2010, de recenser 53 200 situations de non-production, soit 52 % des dossiers sélectionnés. Les autres dossiers de non-production (48 %) avaient été identifiés par l'un des 19 autres programmes.

23 Les mandataires, eux, doivent s'inscrire aux fichiers de Revenu Québec, notamment pour obtenir un numéro de TVQ. La DGR utilise cette information pour faire la liste des mandataires qui n'ont pas produit leur déclaration.

Critères de repérage et de sélection

24 Le choix des stratégies de repérage et de sélection permettant de déterminer les dossiers qui doivent faire l'objet de démarches supplémentaires, y compris la sélection des critères utilisés, n'est pas suffisamment étayé par les directions générales concernées.

25 En conséquence, Revenu Québec ne peut avoir l'assurance que tous les dossiers pour lesquels il y a une irrégularité sont repérés et que ceux qui font l'objet d'un suivi ont le meilleur potentiel de rentabilité.

26 À la DGE, tous les dossiers pour lesquels il y a non-production de la déclaration font l'objet d'un suivi et Revenu Québec communique par écrit avec les sociétés pour les amener à régulariser leur situation fiscale. Lorsque les sociétés ne se conforment toujours pas, un avis de cotisation sur base d'indices leur est délivré (ce sujet sera traité dans une section ci-après). Peu de travail de repérage et de sélection des dossiers est effectué pour trouver ceux qui représentent un réel potentiel de récupération. Cela occasionne une surcharge de dossiers pour la DGR puisque ces derniers lui sont transférés une fois l'avis de cotisation délivré. La croissance de l'inventaire des dossiers n'est pas nouvelle pour le Vérificateur général, car elle a déjà été soulevée dans son rapport portant sur le recouvrement des créances fiscales de novembre 2011.

27 De plus, la DGE exclut pour des raisons légales ou administratives certains dossiers de sociétés en cours de traitement. Par exemple, les sociétés ayant déclaré faillite, celles dont l'adresse postale est celle d'une firme de professionnels des services financiers ou les sociétés à qui on a envoyé une communication écrite qui est revenue par retour de courrier sont exclues et ne font pas l'objet d'une démarche additionnelle. La DGE n'a pu démontrer que les cas d'exclusion avaient été analysés ou étaient suffisamment appuyés sur le plan juridique. De plus, les critères d'exclusion utilisés par cette direction n'ont pas fait l'objet d'une démarche adéquate d'approbation, par exemple auprès de la haute direction. Étant donné que toutes les sociétés doivent produire une déclaration en vertu de la loi, nous nous serions attendus à trouver de l'information pour soutenir les choix de la DGE.

28 Pour sa part, la DGP n'applique pas de contrôles systématiques pour s'assurer que son processus est rigoureux. Pourtant, les programmes informatiques de repérage supposent plusieurs intervenants, mais il n'y a pas de réelle coordination entre eux. Chacun des acteurs joue son rôle sans chercher à coordonner ses actions avec celles des autres intervenants :

- Une unité administrative faisant de la lutte à l'évasion fiscale, unité qui relève d'une autre direction générale, a développé certains des programmes de repérage de la DGP.
- L'équipe du soutien administratif de la DGP est, quant à elle, responsable de mettre à jour les critères inscrits dans les programmes et, pour tous les programmes qui utilisent des critères spécifiques, de fournir les listes de dossiers aux équipes de la DGP qui font le traitement des dossiers de non-production.
- Les équipes de la DGP qui font le traitement lié à la non-production ont le choix de sélectionner tous les dossiers qui feront l'objet d'un suivi ou d'en exclure certains.

29 La complexité du processus de repérage et la présence de plusieurs intervenants nécessitent la mise en place des mesures de contrôle qui assurent notamment que les programmes sont mis à jour au moment opportun et que tous les dossiers repérés sont inscrits dans le système, ce qui n'est pas le cas. Nous n'avons pas trouvé d'éléments prouvant que les critères de sélection sont mis à jour sur une base régulière et que le gestionnaire responsable de la non-production est informé des changements effectués. L'absence de contrôle pourrait faire en sorte que des critères inappropriés soient utilisés et que des dossiers ne soient pas repérés, alors qu'ils auraient dû l'être.

30 Comme le choix de sélectionner ou non l'ensemble des dossiers est laissé à la discrétion de chacune des équipes, leur décision peut être influencée par le volume de dossiers ou la disponibilité des ressources. De plus, aucun contrôle ne permet à la DGP de s'assurer que tous les dossiers retenus seront éventuellement inscrits dans le système de non-production. De même, il n'y a aucune

information qui donnerait l'assurance que tous les programmes de repérage ont été appliqués et que les raisons justifiant l'exclusion de certains dossiers ont été documentées. L'absence de portrait complet et le manque de contrôle de la DGP font en sorte qu'il y a des risques que des dossiers qui devraient faire l'objet de démarches additionnelles pour récupérer les sommes dues ne soient pas examinés.

31 Afin d'améliorer le repérage et la sélection des dossiers par un meilleur calcul de leur rentabilité anticipée, la DGP a entrepris le développement d'une solution informatique. Le coût du projet est estimé à 5,5 millions de dollars. Selon Revenu Québec, en resserrant les critères utilisés pour le calcul de la rentabilité associée aux dossiers, il serait possible de réaliser une récupération fiscale additionnelle de 14,5 millions de dollars par année, dont 6,6 millions pour le traitement lié à la non-production. Pour soutenir ces chiffres, Revenu Québec n'a pas été en mesure de nous fournir la documentation précisant quels critères devraient être resserrés, les justifications y afférentes et l'analyse appuyant l'évaluation de la récupération additionnelle pour la non-production.

32 Quant à la DGR, le seul critère qu'elle utilise pour sélectionner les dossiers des mandataires est la valeur des sommes dues, soit les **montants déjà en souffrance**, soit la valeur des sommes dues estimée à partir des montants déclarés au cours des dernières années. Par contre, lorsqu'il s'agit de nouveaux mandataires ou de mandataires qui n'ont pas produit de déclaration les dernières années, il n'y a pas d'historique et le processus fait en sorte que la somme due est nulle ; par conséquent, le dossier ne fait l'objet d'aucun suivi.

Lorsque des montants sont déjà en souffrance, le dossier de non-production du mandataire est automatiquement transmis au recouvrement étant donné que des recours sont déjà entrepris à ce niveau.

33 Cette direction générale a entrepris en 2012-2013 une démarche afin de modifier sa stratégie et d'ajouter des critères pour sélectionner les dossiers, notamment des critères associés au secteur d'activité économique. Elle a analysé la rentabilité potentielle de 2 844 dossiers provenant de secteurs d'activité à risque, dont la somme due avait été estimée à zéro, ou pour lesquels la DGR évaluait que Revenu Québec devait de l'argent aux mandataires. La démarche a amené la production d'une déclaration pour 702 dossiers, soit une cotisation moyenne de 948 dollars par dossier. Nous encourageons la DGR à poursuivre ses démarches afin de resserrer ses critères de sélection des dossiers et de les utiliser dans ses activités courantes.

Délai de repérage

34 Une fois le repérage terminé, Revenu Québec transmet une demande de production. À la DGE, les directives de travail prévoient qu'une demande de production doit être transmise au contribuable 90 jours après la **date statutaire de production**, tandis qu'à la DGP, il est prévu de faire la demande de 120 à 180 jours après cette date. La DGR a prévu un délai de 45 jours.

La date statutaire de production est la date limite légale pour produire les déclarations. Cette date est le 30 avril pour l'impôt des particuliers et le 15 juin pour les particuliers en affaires.

35 À la DGP, il y a un délai important avant que le travail de repérage des dossiers de particuliers qui n'ont pas produit leur déclaration commence.

36 Par exemple, pour le programme régulier de repérage appliqué par la DGP, le travail sur les dossiers relatifs à l'année d'imposition de 2010 et dont la date statutaire de production est principalement le 30 avril 2011 a débuté en février 2012, soit plus de 270 jours après cette date. Ainsi, le délai de 120 à 180 jours entre la date statutaire de production et celle de transmission d'une demande de production, qui est prévu dans les directives de travail, ne peut être respecté. Cette situation est préoccupante puisque le repérage et la sélection des dossiers ne sont que les premières étapes de la démarche. En outre, plus les dossiers prennent de l'âge, plus il devient difficile de récupérer les sommes dues, le cas échéant.

37 Le repérage et la sélection des dossiers de sociétés et de mandataires qui n'ont pas produit de déclaration se font dans un délai conforme aux directives de travail de la DGE et de la DGR.

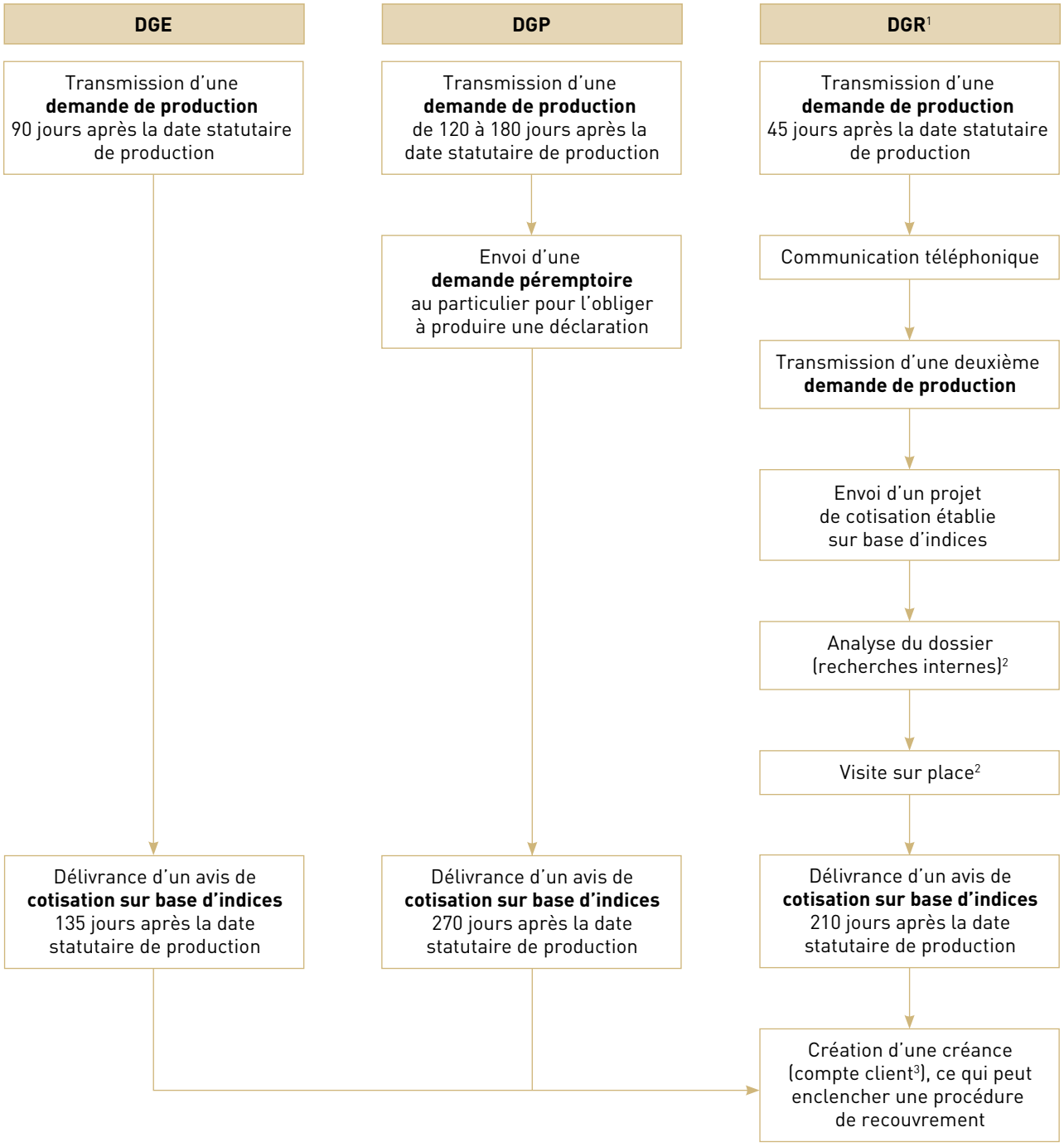
Suivi des demandes de production

38 Le suivi des dossiers pour lesquels il n'y a pas eu de production de la déclaration se fait par différentes communications avec les contribuables et les mandataires, notamment par une demande de production de déclaration ou une **demande péremptoire**. À tout moment, les contrevenants peuvent corriger leur situation en produisant une déclaration ou en démontrant à Revenu Québec qu'ils n'ont pas à le faire. Comme nous l'avons mentionné précédemment, lorsqu'il y a délinquance fiscale, le traitement lié à la non-production peut mener à la délivrance d'un avis de cotisation sur base d'indices, lequel peut enclencher une procédure de recouvrement.

La demande péremptoire exige, dans un délai raisonnable, la production de renseignements, de documents, de déclarations ou de rapports, qu'ils soient ou non prescrits par une loi fiscale. En cas d'absence de production des documents, des recours légaux peuvent être entrepris.

39 Le processus de suivi des demandes de production est différent selon la direction générale impliquée (figure 1). Notons que les délais inscrits dans cette figure sont ceux prévus dans les directives de travail.

Figure 1 Dossiers de non-production : processus et délai prévu



1. Le processus de la DGR est celui suivi pour les dossiers de mandataires qui n'ont pas déjà des montants en souffrance. Le délai indiqué peut varier en fonction des étapes qui sont franchies.
2. Une analyse du dossier, des recherches internes et une visite sur place sont effectuées seulement lors d'un doute sur l'existence d'activités commerciales.
3. Le compte client regroupe les avis de cotisation délivrés et impayés, les intérêts courus et les frais déjà demandés.

Analyse du processus de suivi

40 Revenu Québec n'a pas analysé les avantages et les inconvénients des différentes étapes à franchir pour le traitement des dossiers relatifs à la non-production, ce qui lui aurait permis de déterminer le processus optimal. Les démarches effectuées pour le suivi des demandes de production varient fortement d'une direction générale à l'autre, et ce, sans que ce soit justifié et que la performance soit prise en compte.

41 Avant de délivrer un avis de cotisation sur base d'indices, Revenu Québec communique avec le contribuable ou le mandataire de différentes façons. Le nombre et la nature des communications effectuées varient d'une direction générale à l'autre sans qu'il y ait de justification. Une seule communication est établie par la DGE auprès des sociétés avant la délivrance de l'avis de cotisation tandis que la DGP fait deux interventions avant cette étape et la DGR en fait six au maximum.

42 Notons aussi une autre différence : seule la DGP a recours à la demande péremptoire et les avis sont partagés quant à son utilité. De l'opinion de la DGE, les avis de cotisation sur base d'indices incitent davantage à produire les documents que la demande péremptoire, en plus de réduire la durée du processus. Pour la DGP, la demande péremptoire pousse un nombre significatif de contribuables à produire leur déclaration, en plus de permettre l'imposition d'une amende (voir la section Pénalités et amendes).

43 Revenu Québec n'a pas statué sur le processus qui favorise le plus la production des déclarations et le maintien d'un haut niveau d'autocotisation et n'a pas fait d'analyses à cet égard.

44 Puisqu'il n'y a pas d'analyses ni d'information à ce sujet, nous avons colligé à partir des données inscrites dans les systèmes d'information de Revenu Québec certains renseignements relatifs aux contribuables considérés comme étant en situation de non-production pour l'année 2010. Il a été impossible de réaliser cet exercice avec les dossiers des mandataires parce que les systèmes d'information ne permettaient pas d'obtenir de données liées aux étapes du processus sur une base comparable. Le tableau 1 donne l'état au 28 février 2013 des dossiers concernant les contribuables qui n'ont pas produit leur déclaration pour l'année 2010, dossiers qui ont fait l'objet d'un repérage par la DGE (122 039 dossiers) et la DGP (101 615 dossiers).

Tableau 1 Bilan au 28 février 2013 des dossiers de non-production de 2010

	Sociétés (DGE)	Particuliers (DGP)
Déclaration produite	**30 064**	**43 912**
Avant l'envoi d'une demande de production	n.d.	20 944
À la suite d'une demande de production	n.d.	11 181
À la suite d'une demande péremptoire	s.o.	11 787
Autres	**91 975**	**57 703**
Délivrance d'un avis de cotisation sur base d'indices	52 919	16 677
Arrêt du traitement[1]	n.d.	14 551
Dossiers toujours en traitement[2]	n.d.	26 475
Dossiers ayant fait l'objet d'un repérage	**122 039**	**101 615**

1. Le traitement du dossier a été arrêté, mais il n'y a pas eu de production d'une déclaration et aucun avis de cotisation sur base d'indices n'a été délivré.
2. Les dossiers étaient toujours en traitement le 28 février 2013. Une demande de production ou une demande péremptoire pouvaient avoir été envoyées, mais aucune déclaration n'avait été produite et aucun avis de cotisation sur base d'indices n'avait été délivré.

45 Ce tableau met en lumière les faits suivants :

- L'envoi d'une demande péremptoire par la DGP amène la production d'un nombre significatif de déclarations qui n'ont pas été transmises après la demande de production initiale. Des 44 000 déclarations de particuliers produites, près de 12 000 (soit 27 %) l'ont été à la suite de l'envoi de la demande péremptoire.
- À la DGP, 58 % des dossiers sont régularisés (déclaration produite ou arrêt du traitement) avant la délivrance d'un avis de cotisation sur base d'indices.

Délai lié au suivi

46 Le délai administratif prévu par Revenu Québec pour effectuer le suivi des dossiers varie d'une direction générale à l'autre sans que ce soit justifié, et aucun contrôle n'est fait à l'égard de cet élément de la performance.

47 Il est prévu dans les directives de travail de Revenu Québec que l'avis de cotisation sur base d'indices est délivré aux sociétés qui n'ont pas produit leur déclaration 135 jours après la date statutaire de production ; le délai prévu est de 270 jours pour les particuliers et peut atteindre 210 jours pour les mandataires.

48 De plus, ce délai ne fait l'objet d'aucun contrôle de la part de Revenu Québec. D'ailleurs, celui de la DGP n'est pas respecté, en raison du délai nécessaire pour appliquer les programmes de repérage.

Cotisation sur base d'indices

49 Lorsqu'un contribuable ou un mandataire en situation de non-production ne corrige pas sa situation, Revenu Québec peut délivrer un avis de cotisation. Il doit alors utiliser différents indices pour établir le montant de la cotisation.

50 Pour estimer la somme due, différentes données disponibles peuvent être utilisées, notamment celles obtenues lors de déclarations antérieures.

51 Le mode de sélection des dossiers qui feront l'objet d'un avis de cotisation sur base d'indices et la méthode utilisée pour établir la valeur des cotisations ne sont pas harmonisés ; pour sa part, la DGE a fait des choix à cet égard qui ne sont pas appuyés par une démarche complète.

52 Pour les sociétés, une cotisation sur base d'indices est établie par la DGE pour tous les dossiers sélectionnés et le montant minimum des cotisations a été fixé à 8 000 dollars, et ce, sans que cette somme soit justifiée. Par conséquent, plusieurs avis de cotisation sont délivrés sans qu'il y ait une réelle valeur attendue ; en outre, l'écart entre le montant cotisé et celui effectivement récupéré est important.

53 Ainsi, un avis de cotisation sur base d'indices a été délivré pour 52 919 sociétés qui n'avaient pas produit leur déclaration d'impôt de 2010 ; le montant atteint 654 millions de dollars.

- En date du 28 février 2013, 31 605 des 52 919 sociétés auxquelles Revenu Québec a délivré un avis de cotisation sur base d'indices (au total 408 millions de dollars) ont produit leur déclaration. Elles ont déclaré devoir à Revenu Québec 14 millions de dollars, soit 3,4 % du total.
- Pour 21 314 autres sociétés (40 % de celles ayant reçu un avis de cotisation), Revenu Québec n'a toujours pas reçu de déclaration plus de deux ans après la date statutaire de production. Il est donc raisonnable de croire qu'une très faible portion des 246 millions de dollars liés à ces avis sera récupérée.

54 En conséquence, depuis juillet 2012, la DGR ne se concentre plus sur le recouvrement des sommes pour un nombre important de dossiers de non-production des sociétés ; en effet, elle considère que la cotisation sur base d'indices est de faible valeur. En date du 28 février 2013, le nombre de dossiers pour lesquels un avis de cotisation sur base d'indices a été délivré à une société sans que la DGR fasse d'autres démarches s'est élevé à plus de 6 000 ; les cotisations représentent globalement 166 millions de dollars.

55 Comme nous le présentons dans la figure 1 (section Suivi des demandes de production), la DGP et la DGR font plus d'interventions avant d'envoyer un avis de cotisation sur base d'indices et le montant des cotisations est basé sur une estimation plus rigoureuse des sommes dues. La DGP utilise l'historique des sommes déclarées et majore le montant de 15 %. Pour sa part, la DGR se base sur les déclarations antérieures pour estimer les retenues à la source qui peuvent être dues et fait de même en ce qui a trait aux taxes, mais elle ne tient pas compte des crédits de taxes qui ont été réclamés dans le passé.

Pénalités et amendes

56 En vertu des lois fiscales, une pénalité pour omission de production peut être exigée du contribuable fautif. Celui-ci encourt une pénalité de 25 dollars par jour que dure l'omission ; le maximum est de 2 500 dollars. Une **pénalité pour production tardive** est également prévue dans la législation.

La pénalité pour production tardive est un pourcentage sur le solde de l'impôt à payer. Lorsque le solde dû est nul, aucune somme n'est à payer. À titre d'exemple, pour l'impôt des sociétés et des particuliers, la pénalité est de 5 % de l'impôt impayé au moment où la déclaration doit être produite et une pénalité additionnelle de 1 % de cet impôt pour chaque mois entier, jusqu'à concurrence de 12 mois.

57 La loi précise aussi que, si le contribuable omet de produire une déclaration ou un rapport de la manière et à l'époque prescrites par une loi fiscale, une amende d'au moins 100 dollars par jour que dure l'omission peut être exigée. Contrairement aux pénalités, cette amende est de nature pénale et demande l'intervention du contentieux de Revenu Québec, qui doit effectuer les démarches. Les revenus provenant des amendes sont associés à des poursuites pénales et ne sont pas inscrits dans les résultats de Revenu Québec, mais dans ceux du ministère de la Justice.

58 Revenu Québec dispose de certaines balises concernant l'application des pénalités et des amendes. Toutefois, elles sont insuffisantes et interprétées différemment d'une direction générale à l'autre.

59 Revenu Québec s'est doté de directives organisationnelles relatives à l'application des pénalités, directives qui précisent les critères à remplir et les modalités de leur application ; leur but est notamment d'assurer un traitement cohérent et équitable. De telles directives n'existent pas pour le traitement des amendes. Par conséquent, aucune amende n'est exigée de certaines catégories de contribuables et de mandataires.

60 Les directives organisationnelles et les instructions de travail y afférentes indiquent que l'application de la pénalité pour production tardive doit s'appliquer à tous les cas, ce qui est effectivement fait par Revenu Québec.

61 Toutefois, les directives et les instructions de travail fournissent peu d'indications quant à l'application de la pénalité pour omission de production et elles sont muettes par rapport aux amendes. Certaines directions ont apporté des précisions à leurs propres procédures opérationnelles ; par conséquent, l'application de ce type de pénalité et des amendes diverge d'une direction de Revenu Québec à l'autre :

- La DGE n'applique pas la pénalité pour omission ni l'amende d'au moins 100 dollars par jour.
- Les procédures opérationnelles de la DGP précisent que la pénalité pour omission de production est exigée uniquement pour les **récidivistes**. En ce qui a trait aux amendes, une somme maximum de 400 dollars par année est prévue. Une telle amende est imposée au total pour 3 000 dossiers seulement : le contentieux de Revenu Québec mentionne ne pas avoir les ressources nécessaires pour traiter davantage de dossiers.
- La DGR n'impose pas d'amendes et n'exigeait rien relativement à la pénalité pour omission avant mai 2012. En mai 2012, elle a annoncé qu'elle appliquera dorénavant, sous certaines conditions, la pénalité pour omission de production. De mai 2012 à mars 2013, la DGR dit avoir facturé 17,3 millions de dollars relativement à cette pénalité.

Pour la DGP, un récidiviste est un particulier qui n'a pas produit sa déclaration dans le délai prescrit pour deux des trois dernières années ou pour trois des cinq dernières années, incluant l'année concernée par le traitement de non-production.

Information de gestion et cadre de gestion

Information de gestion

62 Une bonne information de gestion permet notamment d'évaluer l'efficacité et l'efficience des processus. Rappelons que l'objectif lié au traitement des dossiers de non-production est d'amener les contribuables et les mandataires à régulariser leur situation, soit produire leur déclaration ou encore informer Revenu Québec qu'ils n'ont pas à le faire.

63 Pour atteindre cet objectif avec efficacité et efficience, les gestionnaires responsables du traitement doivent disposer d'une information de gestion qui porte sur les résultats de leurs différentes interventions (demande de production, avis de cotisation sur base d'indices, etc.). Ces interventions doivent maximiser le règlement des dossiers de non-production en temps opportun et avec le moins de ressources possible. Les gestionnaires doivent donc savoir le nombre de déclarations produites et de dossiers fermés à la suite des interventions, les ETC requis pour réaliser ces interventions ainsi que le délai de traitement.

64 Revenu Québec ne dispose pas d'information de gestion pertinente qui permettrait d'évaluer l'efficacité et l'efficience des activités liées à la non-production de déclarations et d'apporter les correctifs requis.

65 Ainsi, il n'a pas d'information de gestion portant notamment sur l'âge des dossiers formant l'inventaire et le temps de traitement. Le nombre de dossiers que chaque ETC traite et ferme n'est pas suivi par la DGE et la DGP, alors que la DGR utilise ces derniers indicateurs pour le suivi interne des dossiers de non-production traités par son **centre d'appels**.

Le centre d'appels de la DGR fait le traitement massif des dossiers de non-production qui ne sont pas assignés à un agent de recouvrement et pour lesquels il y a un compte client potentiel de moins de 15 000 dollars.

66 De façon générale, les résultats financiers découlant du traitement des dossiers de non-production et le nombre d'ETC affectés à ce traitement font l'objet d'un suivi ; pourtant, la finalité du processus est d'amener les contribuables et les mandataires à régulariser leur situation et de maintenir l'autocotisation.

Cadre de gestion

67 Un cadre de gestion qui définit clairement les rôles et les responsabilités des intervenants et qui détermine des balises utiles au traitement des dossiers de non-production est essentiel. Le cadre doit prévoir des mécanismes de coordination et définir des attentes claires à l'égard du traitement des dossiers. Il doit également préciser des balises notamment quant à l'utilisation de la cotisation sur base d'indices, à l'application des pénalités et des amendes ainsi qu'à la reddition de comptes. De telles balises sont essentielles pour assurer la performance et la cohérence du traitement et des interventions de ce secteur.

68 Revenu Québec n'a pas de cadre de gestion relatif au traitement des dossiers de contribuables et de mandataires en situation de non-production.

69 Revenu Québec n'a pas élaboré d'orientations dans lesquelles il exprimerait des attentes claires et préciserait des indicateurs utiles à leur suivi. Alors que l'objectif du traitement des dossiers de non-production est d'amener les contribuables et les mandataires à régulariser leur situation, aucune attente n'est fixée à cet égard et seuls les résultats financiers font l'objet d'un suivi.

70 De plus, plusieurs directions générales sont impliquées dans le traitement des dossiers de non-production ; pourtant, aucun mécanisme de coordination permanent n'est en place et aucun coordonnateur n'est nommé. Cette situation entraîne les incidences suivantes : le processus du traitement des dossiers de non-production n'est pas géré de **façon globale**, il n'y a pas d'harmonisation des procédés, les pratiques d'une direction ont parfois des effets indésirables sur une autre, notamment lors de la délivrance d'un avis de cotisation sur base d'indices.

À titre comparatif, à l'Agence du revenu du Canada, la gestion des activités liées à la non-production pour tous les contribuables et les mandataires ainsi que de celles associées au recouvrement est sous la responsabilité d'une même direction générale.

71 Enfin, Revenu Québec a défini peu de balises pour favoriser une approche harmonieuse et cohérente quant au traitement des dossiers de non-production. Or, s'il n'y a pas les balises essentielles, le risque que Revenu Québec n'accorde pas l'importance nécessaire à ce traitement s'accroît ; par conséquent, il pourrait y avoir une multiplication des démarches, un manque d'harmonisation et des incohérences dans les interventions.

Recommandations

72 Les recommandations suivantes s'adressent à Revenu Québec.

1. **Revoir les stratégies et les critères utilisés pour repérer et sélectionner les dossiers de contribuables et de mandataires à traiter, stratégies et critères qui devraient étayer davantage les démarches des directions générales.**
2. **Analyser son processus de suivi des demandes de production de façon à assurer une plus grande efficacité et une meilleure cohérence entre les directions générales.**
3. **Harmoniser le recours aux cotisations sur base d'indices ainsi que la méthode utilisée pour établir leur valeur afin qu'ils mènent à des résultats concluants.**
4. **Définir et établir des balises claires pour administrer les pénalités et les amendes en considérant la rentabilité et leur efficacité à susciter la production des déclarations.**
5. **Se doter d'une information de gestion qui permet d'évaluer la pertinence et l'efficience des processus et apporter les ajustements requis, le cas échéant.**
6. **Définir un cadre de gestion relativement au traitement des dossiers des contribuables et des mandataires en situation de non-production.**

2.2 Reddition de comptes

73 Revenu Québec doit rendre compte de ses résultats au MFEQ en vertu de l'entente convenue entre les deux parties, et ce, tant pour les activités courantes que pour les projets spécifiques de récupération fiscale. Il doit également produire un rapport annuel de gestion qui est déposé à l'Assemblée nationale.

Entente avec le ministère des Finances et de l'Économie

74 Afin de rendre compte au MFEQ de ses résultats, Revenu Québec produit notamment un rapport trimestriel et un bilan sur la récupération fiscale, dont celle portant sur ses activités courantes liées à la non-production. De plus, chacun des projets spécifiques pour lesquels Revenu Québec a fait une demande de financement et s'est vu allouer des sommes et des ETC additionnels doit faire l'objet d'une reddition de comptes distincte.

75 Pour bien situer le lecteur à l'égard des différents types d'information financière en lien avec la récupération fiscale, voici les principales définitions permettant de comprendre la démarche suivie à partir de la valeur de la cotisation effectuée sur base d'indices jusqu'aux sommes effectivement récupérées, c'est-à-dire le taux d'encaisse fiscal.

Cotisation	Montant des droits, des pénalités et des intérêts exigibles en vertu des lois fiscales. La cotisation peut être établie sur base d'indices.	
Résultat financier	Montant des cotisations établies, moins une provision prise afin de considérer la valeur de réalisation estimée	Revenu Québec estime que les résultats financiers relatifs aux cotisations sur base d'indices sont de 21 % (impôt des sociétés), de 52 % (impôt des particuliers) et de 31 % (taxes et retenues à la source) du montant total cotisé pour l'année 2010-2011.
Taux d'encaisse fiscal	Proportion du montant des cotisations établies qui est réglée, notamment en raison d'encaissements	Revenu Québec a estimé, en 2008-2009, que le taux d'encaisse pour les activités liées à la non-production était de 5 % du montant total cotisé pour l'impôt de sociétés, de 19 % pour l'impôt des particuliers et, en moyenne, de 46 % pour les taxes et les retenues à la source dues par les mandataires[1].

1. Cette information n'a pas été présentée par Revenu Québec pour les années subséquentes.

76 Compte tenu du fait que les sommes effectivement récupérées en bout de compte diffèrent grandement du montant total cotisé, l'information utilisée par Revenu Québec pour faire sa reddition de comptes doit être claire et présenter fidèlement la résultante des activités liées à la non-production tout comme elle

doit être comparable d'une année à l'autre. Il importe donc que Revenu Québec présente de l'information complémentaire aux résultats financiers. Par exemple, les éléments suivants permettraient d'avoir une image plus fidèle de la récupération fiscale résultant des activités courantes liées à la non-production et des projets spécifiques qui y sont associés :

- le nombre et la valeur des avis de cotisation sur base d'indices qui ont été délivrés ;
- le taux d'encaisse ;
- le nombre d'ETC affectés aux activités ;
- les résultats par ETC.

Activités courantes relatives à la non-production

77 L'information produite par Revenu Québec pour rendre compte de ses activités courantes au MFEQ est incomplète et difficilement comparable dans le temps, et elle ne présente pas clairement les résultats liés à la récupération fiscale.

78 Les lacunes sont suffisamment importantes pour influer sur les décisions qu'un lecteur averti pourrait prendre à partir de l'information présentée.

79 Au cours des années, il y a eu de nombreux changements quant à la forme et au contenu des rapports trimestriels et des bilans produits pour le MFEQ. Il devient donc difficile de suivre d'une année à l'autre les résultats concernant les activités courantes liées à la non-production, surtout que bien souvent les résultats des années précédentes ne se trouvent pas dans les documents.

80 Par exemple, avant 2010-2011, l'information était présentée par activité de contrôle fiscal (non-production, vérification, cotisation, enquête), alors que, pour les exercices subséquents, elle est donnée par direction (DGE, DGP et DGR). Les chiffres comparatifs des années précédentes n'étant pas communiqués sous la même forme, il est ardu de suivre l'évolution des résultats par activité sur un certain nombre d'années. Afin de dresser un portrait plus complet, nous avons reconstitué les résultats financiers et les ETC pour les activités liées à la non-production depuis 2008-2009 à partir de données que nous avons recueillies auprès de Revenu Québec (tableau 2).

Tableau 2 Résultats pour les activités courantes liées à la non-production

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
DGE				
Nombre d'ETC[1]	36,3	42,8	28,6	20,6
Objectif (M$)[2]	n.d.	160,0	n.d.	172,1
Résultats financiers (M$)	118,3	77,3	171,6	76,0
Résultats par ETC (M$)	3,3	1,8	6,0	3,7
DGP				
Nombre d'ETC[1]	20,6	25,3	29,9	37,1
Objectif (M$)[2]	n.d.	77,6	69,7	71,7
Résultats financiers (M$)	67,2	60,7	77,9	59,7
Résultats par ETC (M$)	3,3	2,4	2,6	1,6
DGR				
Nombre d'ETC[1]	59,9	68,3	53,4	88,5
Objectif (M$)[2]	n.d.	116,6	126,4	120,1
Résultats financiers (M$)	117,1	122,3	104,9	130,4
Résultats par ETC (M$)	2,0	1,8	2,0	1,5
Nombre total d'ETC[1]	**116,8**	**136,4**	**111,9**	**146,2**
Objectifs (M$)[2]	**n.d.**	**354,2**	**n.d.**	**363,9**
Résultats totaux (M$)	**302,6**	**260,3**	**354,4**	**266,1**
Résultats par ETC (M$)	**2,6**	**1,9**	**3,2**	**1,8**

1. Il s'agit des ETC affectés durant l'exercice au traitement des dossiers de non-production, ce qui exclut ceux menant des activités de soutien et d'encadrement.
2. Les objectifs sont ceux convenus avec le MFEQ pour la récupération fiscale ; ceux de 2008-2009 n'apparaissent pas dans ce tableau, étant donné qu'ils n'étaient pas disponibles sur la même base que ceux des années suivantes.

Source : Revenu Québec.

81 Les lacunes se rapportant à la présentation des résultats font en sorte que le lecteur ne peut voir qu'il y a, par exemple, diminution des résultats totaux de 2008-2009 à 2011-2012, alors que le nombre d'ETC augmente et que les objectifs fixés ne sont pas souvent atteints. La présentation des résultats sur une base historique, notamment au regard des ETC, permettrait au lecteur de soulever des questions importantes quant à la productivité. Voici quelques interrogations illustrant notre propos à cet égard :

- Revenu Québec est-il aux prises avec une baisse d'efficacité ou si les possibilités d'obtenir de meilleurs résultats diminuent ?
- Le nombre d'ETC affectés au traitement des dossiers de non-production est-il adéquat par rapport aux besoins réels ?
- Les objectifs fixés sont-ils réalistes ?
- Le portrait serait-il différent si les ressources investies étaient mises en rapport avec le nombre de déclarations produites, étant donné que l'objectif du traitement des dossiers de non-production est d'amener les contribuables et les mandataires à régulariser leur situation ?

82 De plus, depuis 2010-2011, certains renseignements importants ne sont plus présentés :

- Contrairement à la DGP et à la DGR, la DGE ne fournit plus distinctement les résultats des activités courantes liées à la non-production ; elle les ajoute plutôt aux résultats des activités de vérification. Ainsi, le lecteur ne peut voir que les résultats se rapportant à la non-production de 2011-2012 ont été de 76 millions de dollars, alors que l'objectif était de 172 millions.
- La valeur des avis de cotisation sur base d'indices qui ont été délivrés n'est plus présentée par rapport aux résultats se rapportant à la récupération fiscale.
- Le taux d'encaisse associé aux activités liées à la non-production n'est plus donné et il ne fait pas l'objet d'un suivi adéquat auprès des diverses instances. Ainsi, il n'est pas possible de savoir si les sommes rattachées aux avis de cotisation délivrés sont perçues. Puisque, dans les cas de non-production, le montant des cotisations est généralement établi sur base d'indices, la présentation du taux d'encaisse est une information complémentaire essentielle, étant donné notamment qu'il ne représente qu'une faible portion du montant initial.

Projets spécifiques associés à la non-production

83 Des projets spécifiques peuvent bénéficier d'un financement à même la provision budgétaire du MFEQ visant à soutenir des initiatives concernant les revenus du gouvernement. Pour ce faire, la demande de financement produite par Revenu Québec doit notamment préciser les besoins financiers, les effectifs requis, les méthodes d'évaluation de la rentabilité de chacun des projets spécifiques, ainsi que la définition et l'évaluation de leurs effets récurrents sur l'autocotisation. Ensuite, Revenu Québec doit effectuer une reddition de comptes pour chacun des projets spécifiques.

84 L'information produite par Revenu Québec afin d'obtenir du financement pour des projets spécifiques associés à la non-production et de rendre compte de la performance à leur égard est incomplète et ne permet pas de justifier les investissements demandés.

85 Nous avons recensé six projets spécifiques, associés en tout ou en partie au traitement de la non-production et ayant commencé au cours des exercices de 2007-2008 à 2009-2010. Ces projets sont d'une valeur totale d'au moins 14 millions de dollars par année. Revenu Québec n'a pas été en mesure de nous fournir toute la documentation soutenant les demandes de financement.

86 Nous n'avons pas reçu toutes les demandes de financement et celles que nous avons eues étaient incomplètes. Par exemple, contrairement à ce qui est prévu dans l'entente conclue entre le MFEQ et Revenu Québec, les demandes ne précisaient pas la méthode d'évaluation de la rentabilité ni les effets sur

l'autocotisation. À titre d'illustration, la demande pour le projet visant à intensifier le traitement des dossiers de non-production auprès des mandataires pour l'année 2010-2011 a été justifiée ainsi : les revenus additionnels se chiffreront à 21 millions de dollars. Ainsi, Revenu Québec s'est vu autoriser des dépenses de 5 millions de dollars pour l'ajout de 75 ETC. Cependant, le contenu de la demande présente des incohérences, notamment les suivantes :

- Les revenus additionnels de 21 millions prévus pour ce projet sont ceux associés à la valeur des cotisations sur base d'indices calculées sans réajustements pour les résultats financiers, et ne tiennent pas compte du taux d'encaisse. Si l'on considère seulement les résultats financiers, l'estimation est réduite à 6,5 millions de dollars.
- Il n'y a pas d'information sur la méthode d'évaluation de la rentabilité, la définition et l'évaluation des effets récurrents et les incidences sur l'autocotisation. Il est donc impossible de savoir si les besoins sont adéquatement justifiés.

87 Par ailleurs, la reddition de comptes qui est produite n'est pas propre à chacun des projets spécifiques. Seules quelques données, telles que le nombre d'ETC et les résultats financiers, sont dispersées à l'intérieur des rapports trimestriels et du bilan de récupération fiscale. Par conséquent, la plupart des projets spécifiques, dont celui visant à intensifier le traitement des dossiers de non-production des mandataires, se sont poursuivis pour chacune des années couvrant la période de 2008-2009 à 2011-2012 sans qu'il y ait une réelle reddition de comptes en fonction des attentes initiales.

88 À titre d'illustration, un ajout de 75 ETC a été autorisé pour le projet spécifique d'intensification des activités liées à la non-production. Des rapports internes de Revenu Québec indiquent que seulement 12 ETC y sont consacrés. Une reddition de comptes complète permettrait de recenser les écarts et de fournir les justifications afférentes. Selon l'information obtenue de Revenu Québec, les autres ressources humaines ont notamment été affectées au recouvrement.

Rapport annuel de gestion

89 En vertu de sa loi constitutive, Revenu Québec doit produire un rapport annuel de gestion et le déposer à l'Assemblée nationale. Étant donné les risques associés à l'indiscipline fiscale et ses conséquences sur le régime basé sur l'autocotisation, le rapport annuel doit pouvoir démontrer comment Revenu Québec réussit à rétablir la situation des contribuables et des mandataires en situation de non-production et, au bout de compte, à maintenir l'autocotisation.

90 La reddition de comptes dans le rapport annuel de gestion permet difficilement de dégager la performance de Revenu Québec relativement à la gestion de la non-production des déclarations des contribuables et des mandataires.

91 Le rapport annuel 2011-2012 se limite à présenter globalement les résultats financiers associés aux travaux de non-production sans faire de distinction entre les différentes catégories de contribuables et de mandataires. On n'y voit pas combien il y a eu de **déclarations produites**, si le comportement des contribuables et des mandataires s'est amélioré et si les interventions de Revenu Québec portent fruit ou si elles nécessitent des ajustements.

À titre comparatif, l'Agence du revenu du Canada présente dans son rapport annuel le nombre de déclarations produites à la suite des interventions liées à son programme des non-déclarants et des non-inscrits ainsi que le pourcentage de déclarations qui ont été produites à temps.

92 En outre, Revenu Québec ne présente plus dans ce rapport les résultats par activité liée à la non-production en faisant une distinction selon leur provenance : l'impôt des particuliers ou des sociétés, les taxes ou les retenues à la source, ce qu'il faisait dans ses rapports antérieurs. Ainsi, le lecteur du rapport annuel ne peut savoir les faits suivants :

- Il y a eu une baisse importante des résultats obtenus pour le traitement des dossiers de non-production concernant l'impôt des sociétés, résultats qui sont passés de 171,6 millions de dollars en 2010-2011 à 76,0 millions en 2011-2012, et l'objectif pour la dernière année, soit 172,1 millions, n'a pas été atteint.
- En 2011-2012, pour les particuliers n'ayant pas produit de déclaration, l'objectif de 71,7 millions quant à la récupération fiscale n'a également pas été atteint. Les résultats ont été de 59,7 millions.

Recommandations

93 Les recommandations suivantes s'adressent à Revenu Québec.

7 **Améliorer la reddition de comptes présentée au ministère des Finances et de l'Économie afin que l'information soit complète et représente fidèlement la situation, et ce, tant pour ses activités courantes que pour les projets spécifiques.**

8 **Étoffer la reddition de comptes contenue dans le rapport annuel de gestion en fournissant de l'information qui permet de mesurer les progrès réalisés au regard des objectifs pour les activités liées à la non-production.**

Commentaires de l'entité vérifiée

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires de Revenu Québec

« Revenu Québec est d'accord avec les recommandations du Vérificateur général et va prendre les mesures afin d'y donner suite. Soulignons que parmi l'ensemble des activités de Revenu Québec, le traitement de la non-production des particuliers, des sociétés ou des mandataires vient s'inscrire comme une activité importante afin d'assurer le respect de l'observance fiscale et d'être en accord avec sa valeur d'équité, en étant *Juste pour tous*.

« Revenu Québec tient cependant à soulever la complexité du traitement de la non-production. En effet, les clientèles respectives de chacune des directions générales impliquées dans cette activité comportent des obligations fiscales distinctes en fonction des lois auxquelles elles sont soumises (impôt des sociétés, impôt des particuliers, taxes et retenues à la source). De plus, les fréquences de production distinctes ainsi que les contraintes systémiques et opérationnelles engendrées par l'utilisation d'interfaces différentes ajoutent au défi d'harmonisation organisationnelle.

« Au printemps 2012, Revenu Québec s'est doté d'un comité de travail composé des responsables de chacune des directions impliquées dans le traitement des dossiers de non-production afin d'examiner, de bonifier et d'harmoniser ses pratiques. Ainsi, l'harmonisation recherchée, qui ne remet pas en cause les processus propres à chacune des clientèles, vise à assurer efficacement la production des déclarations par les contribuables et les mandataires et à maximiser les revenus et les recettes de Revenu Québec. Aussi, nous sommes heureux de constater que les travaux du Vérificateur général viennent confirmer la plupart des observations relevées et les pistes d'amélioration proposées par le comité de travail.

« À cet effet, en matière de révision des ***critères de repérage et de sélection*** des dossiers et du processus de ***suivi des demandes de production***, dans la foulée du comité de travail, des travaux ont cours pour poursuivre l'amélioration du ciblage et du suivi des demandes entre les secteurs.

« Concernant le recours aux ***cotisations sur base d'indices***, cette pratique n'est pas systématique, mais adaptée à la nature des secteurs fiscaux concernés. Toutefois, le comité de travail évaluera la situation sous un angle d'efficacité et d'efficience.

« Aussi, concernant des balises pour l'application des ***pénalités et amendes***, le comité de travail a convenu d'instaurer de nouvelles mesures communes de pénalités et de tarification au sein de Revenu Québec.

« Revenu Québec est d'accord pour se doter d'un ***cadre de gestion***, améliorer son système d'***information de gestion*** par le biais d'indicateurs de gestion supplémentaires et bonifier sa ***reddition de comptes*** au rapport annuel de gestion. À cet effet, soulignons que des échanges fréquents ont lieu avec le MFEQ afin de fournir les compléments d'information demandés sur l'ensemble des programmes de récupération fiscale.

« Finalement, un plan d'action est en cours d'élaboration pour donner suite aux recommandations. »

Annexes et sigles

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Annexe 2 Recettes perçues par Revenu Québec pour l'exercice financier 2011-2012

Annexe 3 Activités liées au contrôle fiscal en 2011-2012

Annexe 4 Principales déclarations

Sigles

DGE	Direction générale des entreprises	**MFEQ**	Ministère des Finances et de l'Économie
DGP	Direction générale des particuliers	**TPS**	Taxe sur les produits et services
DGR	Direction générale du recouvrement	**TVQ**	Taxe de vente du Québec
ETC	Équivalent temps complet		

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères proviennent, avec les adaptations requises, de nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs ainsi que des bonnes pratiques de gestion. Les travaux de vérification 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 des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que Revenu Québec encadre les activités liées à la non-production de déclarations dans un souci de performance, d'équité et de transparence et qu'il en rend compte convenablement.	■ Revenu Québec a défini des orientations et a déterminé des balises au regard du traitement de la non-production. ■ Revenu Québec surveille le traitement de la non-production de manière appropriée, en fonction des orientations et des balises. ■ Revenu Québec effectue une reddition de comptes adéquate quant aux activités liées à la non-production.
S'assurer que Revenu Québec gère avec diligence et équité les activités liées à la non-production et veille à ce que celles-ci permettent le règlement des situations non conformes.	■ Le traitement de la non-production permet à Revenu Québec de : — repérer les situations non conformes ; — sélectionner des dossiers en fonction de critères qui tiennent compte du risque fiscal, de la rentabilité, de l'équité et des mesures d'incitation à la conformité fiscale ; — délivrer promptement des avis de cotisation. ■ Les sommes dues sont recouvrées. ■ Revenu Québec dispose d'une information de gestion exacte, pertinente et suffisante.

Portée des travaux

Nos travaux ont été réalisés auprès de Revenu Québec. Lors de notre vérification, nous nous sommes entretenus avec des membres du personnel de Revenu Québec, nous avons consulté des dossiers et examiné divers documents. Nous avons également fait l'analyse de données relatives à la gestion de la non-production de déclarations qui sont colligées dans les systèmes d'information de Revenu Québec. Nos travaux se sont déroulés principalement de septembre 2012 à avril 2013. Les activités des exercices 2008-2009 à 2011-2012 sont principalement visées, mais certains commentaires peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

Annexe 2 Recettes perçues par Revenu Québec pour l'exercice financier 2011-2012 (en millions de dollars)[1]

Recettes fiscales	
Impôt sur les revenus et les biens	
Particuliers	26 781
Sociétés	6 725
Taxes à la consommation	
TVQ	20 181
Taxe sur les carburants	17
Impôt sur le tabac	764
Taxe spécifique sur les boissons alcooliques	432
Droits et permis	
Droits et permis divers	46
Sous-total	**54 946**
Recettes extrabudgétaires[2]	
Gouvernement du Canada (TPS)	10 273
Régie des rentes du Québec	11 329
Fonds des services de santé	6 189
Fonds des pensions alimentaires	499
Fonds de l'assurance médicaments	825
Régime québécois d'assurance parentale	1 810
Fonds des réseaux de transport terrestre	2 098
Commission de la santé et de la sécurité du travail	2 695
Agence métropolitaine de transport	98
Fonds de partenariat touristique	68
Commission des normes du travail	63
Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	203
Autres	205
Sous-total	**36 355**
Total	**91 301**

1. Les sommes liées à la plupart des catégories sont perçues en totalité ou en partie par les mandataires.
2. Certaines recettes extrabudgétaires apparaissent dans les états financiers consolidés du gouvernement. Les recettes extrabudgétaires sont celles perçues par Revenu Québec pour le compte de ministères et organismes (par exemple, le versement périodique que les employeurs effectuent pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail).

Source : Revenu Québec.

Annexe 3 Activités liées au contrôle fiscal en 2011-2012 (en millions de dollars)

	Définition	Résultats financiers estimés[1]
Activités courantes		
Non-production	Activités incitant les contribuables et les mandataires n'ayant pas produit leur déclaration à rétablir leur situation fiscale	190,1
Cotisation	Activités visant à contrôler et à corriger les déclarations produites afin de permettre la délivrance d'avis de cotisation conformes	219,1
Vérification	Activités visant à s'assurer de la conformité des déclarations aux dispositions des lois fiscales, notamment en effectuant des travaux de vérification sur les dépenses, les déductions et les crédits demandés	1 815,7
Enquêtes	Activités visant à contrer les fraudes, l'évasion fiscale et le travail au noir, qui permettent d'amener à la suite d'enquêtes exhaustives les fraudeurs devant les tribunaux	31,7
Sous-total – Activités courantes		**2 256,6**
Projets spécifiques financés par le MFEQ	Initiatives présentant un potentiel important de récupération fiscale et dont la mise en place nécessite un financement supplémentaire (par exemple l'intensification des activités liées au contrôle fiscal auprès des particuliers et des sociétés ayant disposé d'un ou de plusieurs immeubles)	194,1
Total		**2 450,7**

1. Les résultats des activités liées au contrôle fiscal réalisées au cours de l'exercice 2011-2012 tiennent compte d'une provision pour non-réalisation de revenus, qui a pour but de mesurer les résultats financiers en fonction de la valeur de réalisation attendue des revenus.

Source : Revenu Québec.

Annexe 4 Principales déclarations

Recettes fiscales	Types de déclarations	Fonction	Déclarations prises en compte dans nos travaux
Impôt des particuliers	Déclarations des particuliers		
	■ Déclaration de revenus	Calcul de la cotisation et paiement	Oui
	■ Acomptes provisionnels	Versement des sommes estimées	Non
	■ Déclaration de revenus des fiducies	Calcul de la cotisation, paiement et renseignements	Non
	■ Déclaration de renseignements des sociétés de personnes	Calcul de la cotisation et renseignements	Non
	Déclarations des mandataires		
	■ Paiement des retenues et des cotisations de l'employeur	Versement des sommes retenues à la source	Oui
	■ Sommaire des retenues et des cotisations de l'employeur	Renseignements	Non
Impôt des sociétés	Déclaration des sociétés		
	■ Déclarations de revenus	Calcul de la cotisation et paiement	Oui
	■ Acomptes provisionnels	Versement des sommes estimées	Non
	Autres déclarations		
	■ Déclaration de renseignements pour les organismes de bienfaisance enregistrés et les organismes sans but lucratif	Renseignements concernant la gestion des organismes	Non
	■ Déclaration concernant la taxe sur les services publics (pour les exploitants de réseaux d'électricité, de gaz ou de télécommunication)	Calcul de la cotisation et paiement	Non
Taxes à la consommation	Déclarations des mandataires		
	■ Formulaires de déclaration de la TPS et de la TVQ	Versement des sommes prélevées pour la TVQ	Oui
	■ Acomptes provisionnels pour la TVQ et la TPS	Versement des sommes estimées annuellement	Non
	■ Déclaration de la taxe sur les primes d'assurance	Versement des sommes prélevées	Oui
	■ Formulaire de déclaration pour toute personne qui doit remettre la taxe sur les carburants	Calcul et versement des sommes prélevées	Oui
	■ Formulaires de déclaration relatifs à l'impôt sur le tabac	Calcul et versement des sommes prélevées	Oui
	■ Sommaire périodique des ventes	Renseignements pour le traitement des établissements de restauration	Non
	■ Déclaration de renseignements – Industrie de la fabrication du vêtement	Renseignements	Non
	■ Déclaration de la taxe spécifique sur les boissons alcooliques	Calcul et versement des sommes prélevées	Oui

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
DU QUÉBEC

Signification du logo

Un édifice bien reconnaissable, le parlement, où siège l'Assemblée nationale, autorité de qui le Vérificateur général tient sa mission et à qui il rend compte.

Trois traits dynamiques, illustrant à la fois :

- les trois types de vérifications réalisées par son personnel, à savoir la vérification financière, celle de la conformité avec les lois, les règlements, les politiques et les directives ainsi que la vérification de l'optimisation des ressources ;
- les trois éléments qui sont examinés lors des travaux en matière d'optimisation des ressources : l'économie, l'efficience et l'efficacité ;
- les trois domaines – social, économique et environnemental – liés aux enjeux concernant le développement durable.

Véritable signe distinctif, le logo du Vérificateur général illustre bien que cette institution, en constante évolution, vise à seconder les élus dans leur volonté d'assurer la saine gestion des fonds publics, au bénéfice des citoyennes et citoyens du Québec.

Le vérificateur général par intérim



Le 29 novembre 2011, le président de l'Assemblée nationale a nommé M. Michel Samson vérificateur général par intérim.

Depuis le 1er janvier 2008, M. Samson occupait la fonction de vérificateur général adjoint. Il était responsable de plusieurs équipes d'experts chargés d'effectuer des vérifications de l'optimisation des ressources auprès d'entités gouvernementales dont l'envergure et la vocation étaient très variées. Les travaux qu'il dirigeait touchaient surtout l'éducation, le transport, la culture et les finances. En outre, depuis 2010, il supervisait la direction générale qui offre à l'interne des services-conseils en optimisation des ressources.

C'est en 1990 que ce CA a répondu à l'appel du Vérificateur général. Il a d'abord travaillé pendant six ans à Québec comme professionnel, affecté principalement à la vérification de l'optimisation des ressources. Il a ensuite accepté un poste de direction au bureau de Montréal ; ses dossiers concernaient aussi bien la vérification financière que celle relative à la gestion.

Son engagement et sa polyvalence ont porté leurs fruits, puisqu'il est devenu en 2003 directeur principal, revenant ainsi à Québec pour diriger jusqu'en 2005 une trentaine de personnes. Il a été à l'origine de nombreux rapports faisant le point sur les pratiques utilisées au sein de l'Administration et sur l'information financière qu'on y produit. Il s'est occupé de secteurs clés, ce qui lui a permis de démontrer sa capacité de mener à terme des interventions particulièrement exigeantes. L'éducation, la justice, la modernisation de la gestion gouvernementale et les systèmes informatiques correspondaient aux grands volets de son mandat.

Dans les dernières années, M. Samson a chapeauté quatre directions de vérification spécialisées en optimisation des ressources. Il a conduit une part notable des missions réalisées à cet égard pour le compte de l'Assemblée nationale. Par ailleurs, depuis son embauche, il a souvent participé à des vérifications particulières ou veillé à leur exécution.

En ce qui a trait à ses autres activités professionnelles, ce gestionnaire d'expérience a contribué aux efforts déployés par l'ensemble des vérificateurs législatifs canadiens pour favoriser la qualité de l'information sur la performance publiée dans le secteur public. De plus, il a animé à maintes reprises des sessions de formation sur la vérification de l'optimisation des ressources (Institut des vérificateurs internes, Cour des Comptes du Maroc, etc.). Enfin, il a fait partie de multiples comités internes, dont celui qui a assuré de 2000 à 2006 la planification stratégique de l'organisation.

Avant de joindre les rangs du Vérificateur général, Michel Samson a travaillé pour deux cabinets comptables. En tant qu'associé, il a accompli des travaux de vérification financière auprès de PME appartenant au secteur manufacturier.

Membre de l'Ordre des comptables agréés du Québec depuis 1984, lequel a été intégré à l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec en mai 2012, il détient un baccalauréat en administration des affaires et une licence en sciences comptables ; ces diplômes lui ont été décernés par l'Université Laval en 1981.

Cette publication
est rédigée par le



Québec
750, boulevard Charest Est, bureau 300
Québec (Québec) G1K 9J6
Tél. : 418 691-5900 • Téléc. : 418 644-4460

Montréal
770, rue Sherbrooke Ouest, bureau 1910
Montréal (Québec) H3A 1G1
Tél. : 514 873-4184 • Téléc. : 514 873-7665

Internet
Courriel : verificateur.general@vgq.qc.ca
Site Web : http://www.vgq.qc.ca

Le rapport est disponible dans notre site Web.

Protection des droits de propriété intellectuelle du Vérificateur général du Québec
Quiconque peut, sans autorisation ni frais, mais à la condition de mentionner la source, reproduire sous quelque support des extraits tirés de ce document, sauf s'il le fait à des fins de commercialisation. Dans ce cas, une autorisation préalable doit être obtenue auprès du Vérificateur général.

Dépôt légal – 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-550-67874-8

