



## Rapport spécial

Octobre 2009

# L'Initiative des dossiers de santé électroniques de l'Ontario



Bureau du  
vérificateur  
général de  
l'Ontario





## Bureau du vérificateur général de l'Ontario

À Son Honneur le Président  
de l'Assemblée législative

J'ai le plaisir de vous soumettre mon Rapport spécial sur l'Initiative des dossiers de santé électroniques de l'Ontario, à déposer devant l'Assemblée législative conformément aux dispositions de l'article 17 de la Loi sur le vérificateur général.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jim McCarter'.

Jim McCarter  
Vérificateur général

Octobre 2009

© 2009, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

*This document is also available in English.*

**ISBN 978-1-4435-1039-4 (imprimé)**

**ISBN 978-1-4435-1040-0 (en ligne)**

Photo en couverture : © iStockphoto.com/Pixelbrat Imagery

# Table des matières

<b>Contexte</b>	<b>5</b>
<b>DEMANDE PAR LE MINISTRE ET COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS</b>	<b>6</b>
<b>Objectif et portée de la vérification</b>	<b>7</b>
<b>RETARD CONCERNANT LE DÉBUT DE NOTRE VÉRIFICATION</b>	<b>8</b>
<b>Résumé</b>	<b>9</b>
<b>PLANIFICATION STRATÉGIQUE</b>	<b>9</b>
<b>SURVEILLANCE</b>	<b>10</b>
<b>PROGRÈS RELATIFS AUX PROJETS DE DSE</b>	<b>11</b>
<b>UTILISATION ET ACQUISITION DES SERVICES DE CONSULTATION</b>	<b>12</b>
Ampleur du recours à des services de consultation	<b>12</b>
Acquisition des services	<b>13</b>
Acquisition des services à Cybersanté Ontario	<b>13</b>
Acquisition des services à la Direction du programme de cybersanté du Ministère	<b>14</b>
<b>GESTION DES DÉPENSES</b>	<b>16</b>
<b>RÉCENTES MESURES PRISES PAR CYBERSANTÉ ONTARIO ET LE MINISTÈRE</b>	<b>16</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>16</b>
<b>Constatations détaillées de la vérification</b>	<b>17</b>

<b>PLANIFICATION STRATÉGIQUE</b>	<b>19</b>
Conséquences de l'absence d'un plan stratégique de 2002 à 2008	21
Le plan stratégique de 2009	22
<b>SURVEILLANCE</b>	<b>24</b>
Rôles et responsabilités du Ministère et de l'ASIS	24
Surveillance de l'ASIS par le Ministère	26
Gouvernance de Cybersanté Ontario	26
<b>PROGRÈS CONCERNANT LES PROJETS DE DSE</b>	<b>29</b>
Préoccupations à l'égard de la gestion des projets	31
Réseau des DSE et produits et services connexes	32
Registre des clients	34
Système d'imagerie diagnostique	35
Système d'information sur les médicaments	35
Système d'information de laboratoire	36
Systèmes de dossiers médicaux électroniques	37
electronic Child Health Network	38
Registre du diabète	39
Intégrer les systèmes et les relier à un portail	40
Programme d'implantation et d'adoption	41
<b>UTILISATION ET ACQUISITION DES SERVICES DE CONSULTATION</b>	<b>41</b>
Ampleur du recours à des services de consultation	42
Acquisition des services à Cybersanté Ontario	44
Acquisition des services à la Direction du programme de cybersanté du Ministère	47
Acquisition des services à l'ASIS	50
<b>GESTION DES DÉPENSES</b>	<b>53</b>
<b>Annexe – Chronologie des événements reliés à l'initiative des dossiers de santé électroniques</b>	<b>56</b>

# L'Initiative des dossiers de santé électroniques de l'Ontario

## Contexte

En septembre 2000, les ministres fédéral et provinciaux de la Santé ont convenu d'élaborer des systèmes de dossiers de santé électroniques (DSE) – un dossier de santé électronique est défini par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) comme « un dossier à vie, sécurisé et privé, sur les antécédents médicaux d'une personne, accessible de façon électronique par les prestataires de soins de santé autorisés ». Les dix provinces et les trois territoires se sont employés, avec l'aide du gouvernement fédéral, à mettre au point des systèmes de DSE qui, espérons-le, finiront par être interconnectés, de sorte, par exemple, qu'un médecin de Toronto puisse accéder instantanément au dossier médical d'un patient qu'il est en train de traiter, que celui-ci réside à deux pas du bureau du médecin ou dans une autre province.

Selon une étude canadienne, l'élaboration d'un système complet de DSE pour tous les Canadiens coûtera quelque 10 milliards de dollars, mais un tel système permettrait au Canada d'économiser tous les ans 6 milliards en coûts de soins de santé. Inforoute Santé du Canada (Inforoute), un organisme créé par le gouvernement fédéral en 2001 pour aider les provinces à mettre au point des systèmes de DSE, est d'accord avec ces estimations. L'objectif énoncé par Inforoute est que 50 % des

Canadiens aient un DSE d'ici 2010, et que 100 % des Canadiens en aient un d'ici 2016. Bien qu'il soit financé par le gouvernement fédéral, Inforoute fait rapport à l'ensemble des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Inforoute estime qu'il s'effectue environ 2 000 interventions en soins de santé chaque minute au Canada, soit plus d'un milliard d'interventions par année, notamment :

- 440 millions d'analyses en laboratoire;
- 382 millions d'ordonnances;
- 332 millions de visites à des bureaux de médecins;
- 35 millions d'images diagnostiques;
- 2,8 millions d'hospitalisations.

La grande majorité de ces interventions sont enregistrées sur papier ou sur un autre support, comme des films radiographiques, et les documents sont physiquement entreposés. Le Ministère envisage l'établissement d'un système dans le cadre duquel tous ces documents pourraient être recueillis, entreposés et récupérés sous forme numérique; ils seraient mis à la disposition de tous les fournisseurs de soins de santé autorisés, en ligne, et tous les citoyens de l'Ontario auraient accès à leur DSE.

Pour fonctionner conformément aux attentes, un système de DSE doit englober quatre éléments fondamentaux :

1. un réseau sécurisé sur lequel peuvent circuler les données sur les patients;

2. des applications permettant aux utilisateurs d'enregistrer, de stocker et de récupérer les données sur les patients;
3. des données sur les patients, telles que les traitements suivis, les résultats des examens, les images diagnostiques et les ordonnances, sous forme numérique;
4. des terminaux ou des points d'accès à partir desquels les utilisateurs peuvent entrer et récupérer les données sur les patients.

En Ontario, la planification relative aux DSE a débuté à la fin des années 1990. En 2002, le Ministère a mis sur pied l'Agence des systèmes intelligents pour la santé (ASIS). L'ASIS était chargée de superviser la création d'un réseau électronique sécurisé ainsi que la connexion de la collectivité médicale à ce réseau, tandis que le Ministère était responsable de la stratégie globale en matière de DSE, de même que du développement des applications cliniques et des bases de données connexes qui seraient utilisées sur le réseau. La province a consacré plus de 1 milliard de dollars au titre des activités liées aux DSE et, de cette somme, l'ASIS a compté pour environ 800 millions de dollars.

En septembre 2008, le Ministère a créé l'organisme Cybersanté Ontario, pour qu'il assume dorénavant les initiatives de l'ASIS et du Ministère concernant les DSE. L'organisme a pour mandat de mettre en place, d'ici 2015, un système de DSE pour les Ontariens.

Peu après avoir commencé ses activités, Cybersanté Ontario a fait l'objet d'une controverse, quand il a été largement relaté que l'organisme avait accordé à des consultants des marchés s'élevant à plusieurs millions de dollars, sans recourir à des appels d'offres. Cette controverse s'est soldée par la démission de la directrice générale de Cybersanté Ontario et du président du conseil d'administration.

On trouve à l'annexe une chronologie plus détaillée des événements relatifs à l'initiative des DSE de la province.

## DEMANDE PAR LE MINISTRE ET COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

En réponse aux questions posées par l'Assemblée législative, en avril et en mai 2009, au sujet des problèmes constatés à Cybersanté Ontario concernant l'acquisition des services de consultation, le premier ministre et le ministre de la Santé et des Soins de longue durée ont tous deux indiqué à la Chambre que l'une des vérifications qu'était en train d'effectuer mon Bureau portait sur Cybersanté Ontario. Le 2 juin 2009, le ministre a communiqué avec moi pour me demander à quel moment les résultats de la vérification pourraient être rendus publics.

J'ai répondu au ministre qu'aux termes de l'article 12 de la *Loi sur le vérificateur général*, j'étais tenu de communiquer les résultats de l'ensemble des travaux de vérification exécutés durant l'année dans mon rapport annuel, qui est habituellement présenté au début de décembre. Cependant, je lui ai également indiqué que s'il me soumettait une demande officielle en vertu de l'article 17 de la Loi, je serais alors en mesure de présenter cette vérification sous forme d'un rapport spécial lorsqu'elle serait achevée, et que les résultats pourraient être rendus publics. Plus tard cette journée-là, j'ai reçu du ministre une lettre qui demandait officiellement, en vertu de l'article 17 de la Loi, que je présente la vérification sous forme d'un rapport spécial dès son achèvement, et que les résultats soient rendus publics à ce moment.

Le 3 juin 2009, le lendemain de la demande officielle soumise par le ministre, le Comité permanent des comptes publics s'est réuni et a adopté la motion suivante à l'unanimité :

[Traduction]

Que le Comité permanent des comptes publics de l'Assemblée législative de l'Ontario, après que le vérificateur général aura terminé sa vérification de l'optimisation des ressources sur Cybersanté Ontario, demande au vérificateur

général de publier ce chapitre de son Rapport annuel dans un rapport spécial au président; et que le vérificateur général puisse informer le sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée de ses opinions, observations ou recommandations avant le dépôt de ce rapport.

## Objectif et portée de la vérification

L'objectif de notre vérification, qui a été établi plusieurs mois avant l'écllosion de la controverse, était d'évaluer si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et le nouvel organisme Cybersanté Ontario disposaient de procédures et de systèmes permettant de s'assurer qu'un système de DSE pour les Ontariens était mis en œuvre de façon économique, ainsi que d'évaluer les progrès réalisés concernant le respect de l'engagement qu'a pris le gouvernement de mettre au point du système de DSE.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons consulté le Bureau du vérificateur général du Canada et cinq autres bureaux de vérification législative provinciaux qui examinaient également les activités liées aux DSE dans leur administration respective. Chacun des bureaux de vérification provinciaux prévoyait présenter son rapport sur les DSE dans sa province. La vérificatrice générale du Canada prévoit présenter son rapport au Parlement au printemps 2010, et il pourrait inclure des constatations tirées de divers rapports provinciaux.

Nous n'avons pas examiné les aspects de l'initiative des DSE de l'Ontario ayant trait à la protection des renseignements personnels. Le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée a procédé à un examen approfondi de l'ASIS relativement à la protection des renseignements personnels, en 2007, en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels*

*sur la santé*. Nous avons engagé un consultant en protection des renseignements personnels, recommandé par la commissaire, afin qu'il nous aide à déterminer les travaux que nous devrions envisager d'exécuter en cette matière, compte tenu de l'examen déjà effectué. Le consultant a conclu que les travaux de Cybersanté Ontario relatifs à la protection des renseignements personnels en étaient encore l'étape préliminaire et qu'il ne serait pas utile de les examiner pour le moment. Nous avons accepté cette recommandation et, par conséquent, nous n'avons pas inclus la protection des renseignements personnels dans la portée de notre vérification.

Les documents que nous avons examinés comprenaient les lois et les règlements applicables, les demandes de propositions, les propositions soumises par les vendeurs, les évaluations des propositions, les marchés, les factures, les habitudes de paiement, les rapports sur les dépenses, les procès-verbaux du conseil d'administration, les chartes de projet, les rapports d'étape, les données sur l'utilisation du réseau, les ententes de service, la correspondance, et les ententes concernant la relation entre le Ministère et chacun des deux organismes, soit l'ASIS et Cybersanté Ontario. En outre, nous avons rencontré de nombreux intervenants des DSE, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du gouvernement, dont des membres de l'ancienne haute direction de l'ASIS, la direction de Cybersanté Ontario, les membres du conseil d'administration de Cybersanté Ontario, l'ancienne directrice générale de Cybersanté Ontario et l'ancien président du conseil d'administration de Cybersanté Ontario. Nous avons également parlé avec des représentants de certains des cabinets-conseils concernés, qui nous ont fourni de leur plein gré de la documentation additionnelle.

Il convient de noter que nos constatations relatives aux pratiques d'acquisition mettant en cause des consultants du secteur privé ne s'appliquent qu'aux mesures prises par des fonctionnaires. Elles ne concernent d'aucune façon les pratiques des

consultants ou leur rendement ni ne rendent compte de ceux-ci.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes professionnelles d'évaluation de l'optimisation des ressources et de la conformité établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Nous avons déterminé l'objectif de la vérification et élaboré des critères pour vérifier si les principaux systèmes, politiques et procédés ont été mis en place et s'ils fonctionnent de façon efficace. Nous avons discuté de ces critères avec la haute direction. Enfin, nous avons conçu et mis en œuvre des sondages et procédés afin de répondre à notre objectif et à nos critères de vérification.

Nous avons constaté que, bien que les Services de vérification interne aient effectué des examens de diligence raisonnable au sujet de deux des plus importants projets de DSE alors qu'ils étaient à l'étape de la planification et avant que leur exécution soit approuvée, ils n'ont exécuté aucune autre vérification notable au Ministère concernant ses activités en matière de cybersanté, non plus qu'à l'ASIS et à Cybersanté Ontario. Par conséquent, nous n'avons pas tenu compte du travail effectué par les Services de vérification interne pour accomplir notre vérification.

## **RETARD CONCERNANT LE DÉBUT DE NOTRE VÉRIFICATION**

Nous effectuons tous les ans plusieurs vérifications de l'optimisation des ressources au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et, habituellement, nous pouvons compter sur la pleine collaboration du personnel du Ministère. Malheureusement, ce ne fut pas le cas dans le cadre de la présente vérification.

J'ai d'abord écrit au sous-ministre à la fin de l'été 2008 pour l'informer qu'une vérification aurait lieu, et que celle-ci porterait sur l'initiative des DSE. Nous avions prévu entreprendre les travaux sur le terrain au début de l'automne. Tandis que nous procédions à la planification, nous avons demandé l'accès aux bureaux de la Direction du programme

de cybersanté du Ministère ainsi qu'à des locaux où pourraient travailler nos vérificateurs sur place, comme nous avons l'habitude de le faire. Malgré nos demandes répétées durant plusieurs mois, nous n'avons pu avoir accès ni aux bureaux ni à des locaux avant le début de février 2009.

La raison initialement donnée pour justifier l'absence d'accès a été le manque de locaux, et le personnel de mon Bureau a donc exécuté des recherches et reçu du Ministère de l'information concernant la vérification, en attendant qu'on libère une aire de travail acceptable qu'ils pourraient utiliser. Cependant, quand des locaux ont enfin été libérés à la fin de décembre, nous avons appris à notre grand étonnement que l'accès nous était toujours refusé, cette fois-ci parce que le Ministère n'avait pas encore approuvé la portée de notre vérification ou l'objectif général de la vérification consistant à évaluer les progrès réalisés au sujet de l'initiative des DSE. La haute direction nous a informés que, dans le cadre de la Stratégie ontarienne de cybersanté, alors en cours d'élaboration, le gouvernement prévoyait plutôt mettre l'accent sur des projets à effet rapide – relatif à la gestion du diabète, à la gestion de la pharmacothérapie et aux délais d'attente – s'accompagnant d'une valeur clinique plus immédiate. On nous a dit que, dans la mesure où le gouvernement de l'Ontario « ne disposait pas d'une stratégie sur les DSE » et qu'il travaillait plutôt à l'élaboration d'une stratégie de cybersanté plus large, nous ne devrions pas nous attarder aux progrès réalisés dans le domaine des DSE, et que, jusqu'à ce que cette question soit résolue, nous n'avions pas l'approbation du Ministère pour ce qui est d'entreprendre notre vérification sur le terrain. L'accès nous a été accordé seulement après que je sois intervenu directement auprès du sous-ministre.

## Résumé

Ces derniers mois, en ce qui concerne l'Initiative des dossiers de santé électronique (DSE) de l'Ontario, les députés et les médias se sont intéressés surtout à l'adjudication de marchés sans recours à un processus concurrentiel par Cybersanté Ontario. Essentiellement, on a allégué que la directrice générale de Cybersanté Ontario ou des personnes nommées par elle avaient accordé des marchés à fournisseur unique à un certain nombre de cabinets-conseils ou de consultants individuels. Nos travaux ont clairement indiqué que cela avait bel et bien été le cas. En outre, nous avons également constaté l'existence de pratiques d'acquisition discutables à la Direction du programme de cybersanté du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) ainsi qu'à l'Agence des systèmes intelligents pour la santé (ASIS), mais dans une moindre mesure. Cependant, selon ce qui avait été prévu à l'origine, l'objet principal de notre vérification n'était pas l'acquisition des services de consultation, mais les progrès globaux réalisés relativement à l'initiative des DSE compte tenu des dépenses de 1 milliard de dollars engagées au titre des DSE au cours des sept dernières années. Dans le présent résumé, nous discutons d'abord de nos constatations à cet égard, puis de nos constatations au sujet des activités d'acquisition.

Il importe de ne pas perdre de vue qu'il s'agit ici de « cybersanté ». En d'autres termes, l'Initiative des DSE de l'Ontario consiste essentiellement en un certain nombre de projets vastes, complexes et interreliés de technologie de l'information (TI). Pour juger de la réussite de tout projet de TI, le critère le plus important n'est pas de savoir si le projet a été exécuté dans les délais ou à l'intérieur du budget prescrit, ni de savoir quelle technologie a été employée, mais de déterminer si le système répond aux besoins des utilisateurs. Bien que certaines applications aient été mises au point, telles que Télémédecine, il ne fait aucun doute que l'Ontario ne dispose pas encore d'un système de

cybersanté qui réponde aux besoins des médecins ou du public. En ce qui concerne les progrès réalisés en matière de DSE, Inforoute Santé du Canada (Inforoute) a mentionné que l'Ontario accusait un retard par rapport à la plupart des autres provinces.

Sur le milliard de dollars investis dans l'Initiative des DSE, environ 800 millions ont été engagés par l'ASIS, principalement pour la mise sur pied et le fonctionnement d'un réseau privé de TI, et la connexion de la collectivité médicale à ce réseau. Cet investissement n'a pas produit les résultats escomptés, du moins jusqu'ici. Le problème est en partie lié à des questions opérationnelles, et nous avons remarqué qu'il y avait des domaines où les coûts auraient pu être réduits. Cependant, nous sommes préoccupés surtout par le fait que le réseau reste grandement sous-utilisé, parce qu'il ne contient pas encore suffisamment d'information relative à la santé. Alors que le développement de certaines des applications générales concernant les DSE a été entrepris rapidement, bon nombre des projets cruciaux concernant des applications de DSE n'ont pas commencé avant 2008. La responsabilité de ces projets incombait au Ministère.

Nous avons groupé nos constatations sous cinq thèmes principaux : la planification stratégique, la surveillance, les progrès relatifs aux projets de DSE, l'utilisation et l'acquisition des services de consultation, et la gestion des dépenses.

## PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Une planification stratégique initiale constitue un élément essentiel d'une initiative importante comme celle des DSE, et l'on n'a pas effectué une telle planification de façon appropriée avant que plusieurs années se soient écoulées après le lancement de l'initiative par le gouvernement, au début des années 2000. Un plan stratégique adéquat aurait dû permettre de définir clairement :

- les besoins particuliers des utilisateurs;
- la façon dont ces besoins seraient comblés;
- le responsable de l'exécution de l'initiative;
- le calendrier d'exécution;

- le coût prévu de chacune des composantes du système.

Le tout premier plan stratégique de cybersanté n'a été achevé et approuvé qu'en mars 2009. Ce plan est le bienvenu, certes, mais il s'agit d'un plan stratégique global sur la cybersanté, et non pas d'un plan visant les DSE. Nous estimons qu'il faut lui adjoindre un plan portant plus particulièrement sur la cible de 2015 fixée pour les DSE.

L'ASIS avait pour tâche de bâtir et de faire fonctionner une « super autoroute » – pour faire une analogie avec le transport routier – sécurisée et bien entretenue, à laquelle les médecins seraient connectés et qui utiliserait des applications de DSE et d'autres applications de cybersanté. Cependant, en raison notamment des lacunes au chapitre de la planification stratégique initiale, les médecins n'ont pas accès aux renseignements cliniques dont ils ont besoin pour prendre des décisions. Les applications sous-jacentes et les renseignements cliniques (autrement dit, les véhicules et leur chargement) sont tout simplement absents. Comme il y a peu de véhicules en mesure de circuler sur l'autoroute et peu de marchandises à livrer, on ne s'étonnera pas du faible volume de circulation, malgré les quelque 72 millions de dollars dépensés tous les ans au titre des coûts de fonctionnement directs afin de maintenir l'autoroute fonctionnelle et les 800 millions engagés jusqu'ici par l'ASIS. Il nous a semblé que le Ministère n'avait pas anticipé le risque associé au fait d'avoir une infrastructure de TI opérationnelle sans toutefois disposer d'applications durant un certain temps – une situation qui aurait pu être évitée si l'on s'était doté dès le départ d'un plan stratégique global visant à orienter l'Initiative des DSE.

En outre, on n'a pas tenu compte de manière appropriée du fait que l'ASIS participait à une initiative dont l'objectif ultime était de faire en sorte que tous les Ontariens aient accès à un dossier de santé électronique les concernant. L'ASIS a mis sur pied un réseau privé à l'usage exclusif de la collectivité des soins de santé, et il faudra procéder à l'intégration sécuritaire et efficace de ce réseau à

d'autres réseaux, tels qu'Internet, afin que tous les Ontariens puissent l'utiliser.

## SURVEILLANCE

Il s'avère que l'Initiative des SDE n'a pas fait l'objet d'une surveillance efficace au fil des ans. Cette situation s'est reflétée dans la relation entre le Ministère et l'ASIS, qui était improductive, ainsi que dans les problèmes de gouvernance au nouvel organisme Cybersanté Ontario, qui ont permis à la directrice générale d'exercer des pouvoirs considérables.

La décision de compter sur deux entités indépendantes l'une de l'autre pour mettre en œuvre la solution des DSE – l'ASIS, responsable de l'infrastructure sous-jacente, et la Direction du programme de cybersanté du Ministère, responsable de la stratégie globale sur les DSE et des applications connexes – était, selon nous, problématique en soi. Le succès du plan dépendait de l'existence d'une relation de travail axée sur la collaboration et la cohésion entre les deux entités. Or, ce n'a jamais été le cas. Il y avait peu de coordination et de collaboration entre l'ASIS et la Direction du programme de cybersanté du Ministère. De nombreuses parties au sein des deux organismes nous ont mentionné que la relation était marquée par un manque de confiance mutuel et une confusion concernant les rôles et les responsabilités. Étant donné la relation dysfonctionnelle entre les deux entités et le mécontentement évident de la collectivité médicale, on aurait dû se rendre compte plus tôt de la nécessité de prendre des mesures.

L'ASIS a été blâmée pour ses dépenses de 800 millions de dollars et le peu de résultats obtenus en retour. Essentiellement, l'ASIS est devenu le bouc émissaire pour le manque de progrès réalisés à ce jour dans l'exécution du programme global des DSE. Selon nous, cette situation est quelque peu injuste. Il est évident que l'ASIS doit assumer une partie de la responsabilité, dans la mesure où elle a mis sur pied un système qui a constamment éprouvé des problèmes opé-

rationnels et dont le fonctionnement aurait pu être moins coûteux. En outre, bien que l'ASIS ait commencé à examiner la possibilité de tirer parti de progrès technologiques, tels que ceux ayant trait à la sécurité accrue d'Internet, en vue de régler les problèmes, ces outils n'ont pas encore été mis en œuvre. Deloitte Consulting, dans l'examen de l'ASIS qu'il a effectué en 2006, a mis en exergue le mécontentement des utilisateurs à l'égard du réseau et a mentionné qu'il y avait une « érosion de la confiance » dans la collectivité des utilisateurs. Cependant, l'ASIS a bel et bien mis sur pied et rendu accessible un réseau électronique sécurisé, et nous croyons que les utilisateurs auraient été bien mieux disposés à tolérer les problèmes opérationnels du réseau si celui-ci leur avait permis d'accéder à des renseignements cliniques plus utiles.

Bien que nous soutenions la décision de confier ultimement la responsabilité de l'exécution du système de DSE à une seule entité, nous estimons qu'une surveillance plus rigoureuse du programme de cybersanté aurait permis de prendre cette décision beaucoup plus tôt. Deux facteurs ont contribué à l'absence d'une surveillance suffisamment rigoureuse : le statut d'organisme de la Couronne conféré à l'ASIS, selon lequel elle pouvait mener ses activités de façon plus indépendante, et le manque de produits à livrer en matière de cybersanté clairement définis et liés à un plan stratégique approuvé. Nous avons également constaté que la décision d'octroyer la responsabilité en matière de DSE à un nouvel organisme sans qu'il y ait de mécanismes efficaces de surveillance des activités a conféré à la directrice générale de l'organisme et à l'équipe qu'elle avait nommée des pouvoirs qui leur ont permis de passer outre les pratiques normales d'acquisition, et donc, de prendre des décisions et de passer des marchés qui ont grandement retenu l'attention du public. Nous donnons des exemples de ces questions dans la section Utilisation et acquisition des services de consultation du présent résumé.

## PROGRÈS RELATIFS AUX PROJETS DE DSE

Les progrès relatifs aux projets de DSE se sont effectués lentement, et des éléments détaillés relatifs aux retards dans la mise en œuvre sont présentés en fonction des projets individuels plus loin dans le présent rapport. Nous avons fait les deux constatations générales suivantes :

- Le 31 mars 2009, alors que plus de 400 millions de dollars avaient été dépensés pour la mise sur pied du réseau de DSE et la connexion de la collectivité des soins de santé à ce réseau, les investissements dans les applications connexes de DSE ne totalisaient que 100 millions environ. Par ailleurs, la collectivité médicale peut utiliser un petit nombre seulement de ces applications, car la plupart d'entre elles ne sont pas encore prêtes. Ce n'est que dans la dernière année que les investissements dans les applications de DSE ont fini par approcher le montant des investissements dans le réseau lui-même, étant donné l'achèvement du Plan stratégique de cybersanté et l'approbation des fonds nécessaires à son exécution. Les travaux relatifs aux applications et ceux relatifs au réseau auraient dû être effectués davantage en parallèle, mais il y a eu décalage entre le moment où on a développé les applications et celui où on a engagé les dépenses liées à l'infrastructure de TI.
- D'octobre 2008 à juin 2009 – la période de transition durant laquelle Cybersanté Ontario a établi –, beaucoup de projets de DSE ont été mis en suspens parce qu'on attendait d'obtenir des précisions sur leur portée et leur orientation. Les chartes révisées de tous les projets de DSE n'ont été achevées qu'en juillet 2009. Cela a contribué au report de certaines dates d'achèvement prévues pour divers projets.

Il convient de noter que le remplacement récent du président du conseil d'administration de Cybersanté Ontario et

de la directrice générale de l'organisme a constitué le quatrième changement majeur de leadership au sein de Cybersanté Ontario et de son prédécesseur, l'ASIS. Chacun de ces changements s'est accompagné d'une période de transition durant laquelle les progrès vers l'atteinte des objectifs de l'initiative ont été ralentis ou, parfois, stoppés. Il fallait dans une certaine mesure s'attendre à de tels ralentissements, étant donné qu'une nouvelle équipe de direction doit normalement évaluer l'organisme dont elle prend les rênes avant d'amorcer une restructuration visant à atténuer les problèmes et les erreurs qui ont entraîné le départ de l'équipe précédente. Il n'en reste pas moins qu'il y a un prix à payer chaque fois qu'un changement se produit, qui se traduit par des pertes de temps, par le fait que les coûts engagés durant la période de transition semblent produire peu d'avantages, par une baisse du moral des employés et par une diminution de la confiance des intervenants à l'égard de l'organisme.

- Pour la majeure partie, les projets de DSE n'ont pas atteint les objectifs escomptés. Nous avons remis en question l'ampleur de la planification initiale ayant précédé la mise en œuvre des projets. Une telle planification aurait dû inclure la détermination de toutes les ressources requises – le nombre d'heures travaillées par le personnel, le nombre d'heures travaillées par les consultants, et d'autres coûts tels que ceux du matériel et des logiciels – pour mener les projets à terme, ainsi qu'une stratégie visant à obtenir ces ressources de la manière la plus économique et la plus efficace possible. Au lieu de cela, les besoins en ressources ont été trop souvent déterminés et comblés de façon ponctuelle au fil de la progression des projets. Qui plus est, pour répondre à ces besoins, on a généralement procédé à des embauches coûteuses et de courte durée de consultants, qui souvent ont été renouvelées de façon continue. En

outre, les dépenses et les produits à livrer relatifs aux projets ont fait l'objet de suivis distincts, en l'absence d'un mécanisme de surveillance adéquat qui aurait permis d'intégrer ces renseignements et, par conséquent, de s'assurer de l'obtention des produits attendus à mesure que les coûts connexes étaient engagés. Nous avons également constaté l'existence de projets caractérisés par un « glissement de portée » considérable, de projets s'accompagnant de calendriers impossibles à respecter, de projets pour lesquels l'exigence d'intégration avec d'autres composantes des DSE n'était pas prise en compte de façon appropriée et, ce qui constitue peut-être l'élément le plus important, de projets dont le produit final ne répond pas encore aux besoins des utilisateurs.

- Le réseau mis sur pied par l'ASIS n'est pas géré de façon économique. Par exemple, l'organisme dépense 2,5 millions de dollars par mois pour maintenir des circuits qui sont inactifs, presque inactifs ou largement sous-utilisés.

## UTILISATION ET ACQUISITION DES SERVICES DE CONSULTATION

### Ampleur du recours à des services de consultation

Bien que nous soyons conscients que la nature hautement technique de l'Initiative des DSE nécessite qu'on fasse appel dans une certaine mesure aux conseils de spécialistes, le fait que l'élaboration d'un système de DSE figure au programme du gouvernement depuis aussi loin que le début des années 2000 nous a amenés à nous questionner sur le recours important, et dans certains cas presque total, à des services de consultation. La dépendance envers de tels services s'est accrue au fil du temps. Ce fut particulièrement le cas au Ministère qui, en 2007, a regroupé tous ses projets de cybersanté en établissant la Direction du programme de cyber-

santé. En 2008, la Direction avait engagé plus de 300 consultants, alors que l'on comptait moins de 30 employés ministériels à temps plein – certains postes de la haute direction ont même été occupés par des consultants. Les consultants ne faisaient pas que gérer d'autres consultants; ils avaient à l'occasion l'autorisation d'engager des consultants additionnels, lesquels provenaient parfois de leur propre cabinet. On a retenu les services de nombreux consultants durant un certain nombre d'années pour qu'ils effectuent diverses fonctions. Par exemple, un consultant a travaillé pendant sept ans, et 2 millions de dollars ont été versés à son cabinet; un autre a travaillé pendant six ans, et son cabinet a reçu 2,4 millions de dollars. En outre, 6,9 millions ont été payés pour les services de six autres consultants qui ont participé de façon ininterrompue à des projets de DSE depuis 2005.

### Acquisition des services

Tel qu'il a été mentionné au début du présent résumé, ce sont les pratiques d'acquisition de Cybersanté Ontario qui ont d'abord attiré l'attention des médias et de l'Assemblée législative. Cependant, nous avons constaté qu'il n'y avait pas qu'à cet organisme qu'il existait des problèmes en matière d'acquisition; la Direction du programme de cybersanté du Ministère et l'ASIS ont aussi eu recours à des pratiques douteuses.

### Acquisition des services à Cybersanté Ontario

À notre avis, les allégations concernant l'adjudication de marchés à certains consultants et vendeurs sans offrir la chance à d'autres cabinets de soumissionner sont largement fondées. En fait, nous estimons que les marchés à fournisseur unique octroyés par Cybersanté Ontario correspondaient aux deux tiers de la valeur de l'ensemble des marchés. Les allégations selon lesquelles l'organisme a fait preuve de favoritisme relativement à l'octroi de certains de ces marchés sont également fondées. En outre, nous étions au courant des affirmations

indiquant que des « politiciens » seraient intervenus dans l'adjudication des marchés et que les personnes ayant octroyé les contrats auraient obtenu des avantages personnels de la part des cabinets retenus, mais notre vérification n'a révélé aucun fait prouvant ces allégations.

La directrice générale de Cybersanté Ontario a été nommée en octobre 2008, et elle aurait mentionné qu'il y avait de graves problèmes touchant le programme de cybersanté et que la résolution de ces problèmes nécessitait des mesures urgentes. Elle a voulu mettre sur pied sa propre équipe – constituée de personnes avec qui elle avait travaillé dans le passé ou qu'elle a elle-même recrutées – au lieu de faire appel au personnel du Ministère ou de l'ASIS ou encore à leurs consultants. La directrice générale estimait qu'elle avait l'autorisation implicite, sinon officielle, de prendre toutes les mesures qui s'imposaient pour que le travail soit accompli, même si cela devait signifier qu'elle choisisse elle-même les cabinets-conseils et les consultants individuels avec lesquels elle souhaitait que l'organisme fasse affaires. Selon nous, les relations que la directrice générale avait déjà entretenues avec certains des cabinets et certaines des personnes ont influé sur ses décisions d'embauche et d'acquisition, et cela constitue du favoritisme.

Nous ne souscrivons pas à l'idée selon laquelle l'« urgence de la situation » ou l'expérience pertinente des consultants ont constitué des motifs valables pour la conclusion de marchés à fournisseur unique; nous ne partageons pas non plus le point de vue selon lequel les politiques d'acquisition en vigueur, ou le fait que le Conseil du Trésor ait précédemment accordé des exemptions de courte durée à l'obligation de mise en concurrence pour certains marchés, aient pu justifier le recours à un fournisseur unique.

Les politiques d'acquisition en vigueur à Cybersanté Ontario prévoyaient que l'on pouvait déroger à l'exigence de mise en concurrence dans les cas où, par exemple, le besoin en travail est à ce point urgent qu'on ne dispose pas d'assez de temps pour procéder à un appel d'offres concurrentiel, ou

lorsqu'il n'y a qu'un seul vendeur offrant les services requis. Cependant, à notre avis, les marchés à fournisseur unique que nous avons examinés ne satisfaisaient pas aux critères d'exemption. Par exemple :

- Une société de recrutement extérieure a été engagée directement par la directrice générale en tant que fournisseur unique, au coût de 1 million de dollars, pour aider à pourvoir à 15 postes de la haute direction. Selon nous, rien ne justifiait le fait que ce marché n'ait pas été adjugé en régime de concurrence. Par ailleurs, Cybersanté Ontario a payé la plupart de ces frais à l'avance. Nous avons constaté que seulement 5 des 15 postes avaient été comblés lorsque le marché a pris fin – cependant, aucun montant n'a été demandé par Cybersanté Ontario ou remis à celui-ci.
- Dans le cas d'un marché important, il y a eu apparence de processus de mise en concurrence, alors que, dans les faits, la haute direction savait à l'avance à qui elle allait accorder le marché. Après avoir reçu les réponses à un appel d'offres, on a retenu les services d'un cabinet-conseil dont le prix proposé de 3,1 millions de dollars était cinq fois plus élevé que celui proposé par un autre soumissionnaire qualifié (570 000 \$), et bien supérieur au budget approuvé de 700 000 \$. Toutefois, on a demandé au soumissionnaire ayant proposé le prix le plus élevé de présenter une nouvelle soumission davantage conforme au budget approuvé. Le soumissionnaire a modifié sa proposition, ramené le prix total à 737 000 \$, raccourci le calendrier d'exécution des travaux et considérablement réduit les ressources qu'il consacrerait aux deux principaux produits à livrer.

Le cabinet avait initialement proposé d'employer pratiquement tout son personnel disponible. Il a modifié sa proposition et éliminé de celle-ci trois membres de son personnel, mais, presque au même moment,

il a soumis une proposition spontanée visant l'embauche des trois consultants. Le lendemain, Cybersanté Ontario a préparé une demande d'exception au régime de concurrence, et les trois consultants ont été engagés au coût de 594 000 \$ pour effectuer le travail proposé, lequel devait commencer à la date inscrite dans le marché original. À notre avis, l'organisme a de toute évidence voulu adjuger ce marché au cabinet qui avait sa préférence, sans tenir compte des réponses reçues dans le cadre de sa demande.

Nous avons également examiné la mesure dans laquelle le président et les membres du conseil d'administration de Cybersanté Ontario étaient au courant des activités d'acquisition effectuées par la direction. Condamnaient-ils, implicitement ou directement, la façon dont l'organisme faisait affaires avec ses fournisseurs? Nous avons passé en revue les procès-verbaux du conseil et d'autres documents connexes, et avons discuté avec le conseil dans son ensemble ainsi qu'avec son président et des membres individuels.

Nous croyons que le président, qui possédait une feuille de route crédible dans le domaine de la transformation des soins de santé, a accepté de bonne foi le poste de président du conseil d'administration de Cybersanté Ontario, et que son unique motivation était de contribuer à faire progresser le programme des DSE. Nous n'avons pas constaté de preuve indiquant que le conseil a demandé des détails au sujet des activités d'approvisionnement; cependant, nous croyons que le conseil avait l'impression, selon les renseignements qui lui étaient fournis, que les services des consultants et des autres vendeurs étaient acquis conformément aux politiques établies.

### **Acquisition des services à la Direction du programme de cybersanté du Ministère**

Cybersanté Ontario n'était pas le seul organisme à employer des pratiques d'acquisition discutables.

Nous avons constaté les faits suivants à la Direction du programme de cybersanté du Ministère :

- Sur une période de quatre mois, un consultant assumant les fonctions d'un poste de direction clé au sein du Ministère a participé à l'adjudication de cinq marchés additionnels totalisant 1,3 million de dollars au cabinet dont il faisait partie.
- Pour un nombre important de marchés échantillonnés, les propositions des vendeurs n'ont pas été évaluées de façon appropriée, et beaucoup d'entre elles ont été approuvées sans la signature de toutes les parties devant donner leur approbation. Par exemple, pour plus de 30 % des marchés échantillonnés, une seule personne a choisi les vendeurs à inviter et décidé qui serait engagé. Nous avons constaté que des marchés avaient été signés à la date de clôture de la demande de service, et que des travaux avaient été effectués avant l'adjudication des contrats. Cela indique que, même si un processus de mise en concurrence a été suivi, il s'agissait davantage d'une formalité que d'un véritable régime de concurrence – la décision concernant le soumissionnaire qui hériterait du marché était prise à l'avance.
- Les politiques d'approvisionnement du Ministère stipulent que les marchés dépassant un certain montant doivent faire l'objet d'un appel d'offres. Nous avons observé que, souvent, les marchés ont été divisés en de multiples marchés d'un montant plus petit, ce qui a permis de contourner les exigences en matière d'appel d'offres.
- Souvent, les demandes de service du Ministère étaient incomplètes et ne précisaient pas clairement les produits à livrer. Cela a parfois donné lieu à des écarts importants concernant les coûts projetés dans les propositions soumises. Dans un cas qui mérite d'être souligné, le Ministère a reçu deux propositions en réponse à une demande de service – l'une des propositions estimait les coûts à 60 000 \$,

tandis que l'autre les estimait à 600 000 \$. Le Ministère a choisi la proposition la plus coûteuse sans fournir d'explication documentée. Dans d'autres cas, même pour des marchés importants qui, avec les prolongations, ont totalisé plus de 1 million de dollars, les produits à livrer n'étaient pas clairement précisés, et il était souvent difficile de déterminer les travaux qui avaient été exécutés relativement à ces marchés.

- Le Ministère a permis à un cabinet-conseil, qui s'était vu confier le travail relatif à plusieurs projets grâce à une dérogation au processus d'acquisition en régime de concurrence, d'obtenir du travail de suivi important, en raison principalement de sa position établie. Relativement à un projet, le cabinet a obtenu 10 marchés connexes totalisant 4,1 millions de dollars sur 24 mois, et 8 marchés relatifs à un autre projet qui ont totalisé 2,9 millions de dollars et se sont échelonnés sur 8 mois.

En résumé, un trop grand nombre de mesures d'acquisition prises par Cybersanté Ontario et, dans une moindre mesure, par la Direction du programme de cybersanté du Ministère et l'ASIS, ont été le résultat de décisions hâtives, du fait d'avoir favorisé la prise de mesures rapides au lieu de mesures réfléchies, du recours à l'argument classique concernant la nature urgente de la situation pour justifier le contournement des procédures de contrôle normales, de raccourcis procéduraux, d'une documentation absente, pauvre ou contradictoire et, ce qui est particulièrement préoccupant, de la concentration du pouvoir décisionnel dans les mains d'un petit nombre de personnes, sans qu'il y ait de mécanismes compensatoires visant à s'assurer qu'elles prenaient de bonnes décisions. Des politiques saines et raisonnables étaient en place pour veiller à ce que tous les fournisseurs puissent soumissionner dans le cadre d'un régime de concurrence équitable et pour garantir l'utilisation prudente des fonds publics, mais, beaucoup trop souvent, les règles n'ont pas été suivies.

Nous avons constaté ce genre de situation dans d'autres vérifications – la surveillance inefficace et le non-respect des règles vont de pair, comme les deux faces d'une même médaille.

## GESTION DES DÉPENSES

Tant aux deux organismes qu'à la Direction du programme de cybersanté du Ministère, nous avons constaté que les politiques et les procédures d'approbation et de surveillance des paiements aux consultants étaient inadéquates. Par exemple, les montants payés aux consultants étaient invariablement fondés sur le nombre d'heures facturées. On nous a informés que le progrès des travaux était évalué de façon informelle, mais il y avait peu de preuves ou de documents montrant que les paiements étaient liés à la réalisation des extraits des projets.

## RÉCENTES MESURES PRISES PAR CYBERSANTÉ ONTARIO ET LE MINISTÈRE

La direction de Cybersanté Ontario nous a informés que, depuis l'achèvement de notre travail sur le terrain, elle avait pris un certain nombre de mesures en vue d'améliorer les opérations. Voici certaines de ces mesures :

- On a approuvé de nouvelles politiques en matière d'approvisionnement et de délégation de pouvoir.
- On a renforcé la fonction d'acquisition – tous les secteurs doivent dorénavant élaborer des plans qui déterminent les acquisitions annuelles prévues, et des rapports trimestriels sur les acquisitions seront présentés au conseil.
- On éliminera la rémunération des consultants en fonction des services rendus dans tous les domaines autres que celui de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes et, d'ici la fin de l'exercice en cours, le nombre de consultants sera ramené de plus de 330 à moins de 170.

- On a élaboré une stratégie sur la protection des renseignements personnels en matière de cybersanté, et des cibles ont été fixées pour 2009-2010.
- On a établi une stratégie de réduction des coûts de service réseau, et des économies annuelles de 1,2 million de dollars seront réalisées à la suite de négociations avec l'un des principaux fournisseurs de service réseau de l'organisme.

Le Ministère, pour sa part, nous a informés qu'il avait récemment instauré des mesures visant à améliorer les contrôles en matière d'acquisition :

- Il a mis sur pied une Direction de la gestion financière chargée de surveiller le personnel, y compris les consultants, et de centraliser tous les paiements de transfert.
- Il a récemment procédé à une restructuration de sa Direction de l'approvisionnement et des services financiers afin de renforcer la capacité de surveillance relative à toutes les activités d'acquisition au sein du Ministère et de centraliser le processus d'acquisition.
- Il élaborera un plan d'activités annuel harmonisé au plan stratégique de Cybersanté Ontario.
- Il a entamé des discussions en vue d'améliorer le système comptable pangouvernemental, afin de favoriser une meilleure surveillance des processus de passation de marchés et de paiements.

Ces mesures récentes aideront à remédier à bon nombre des sujets de préoccupation que nous avons relevés tout au long de notre rapport.

## RECOMMANDATIONS

Nous avons tenu compte des mesures susmentionnées dans l'élaboration de nos recommandations. D'autres provinces et beaucoup d'autres pays à l'échelle du globe ont reconnu les avantages des DSE – tant du point de vue des soins de santé que du point de vue financier. Par conséquent, les recommandations que nous avons formulées dans

le présent rapport mettent l'accent principalement sur les éléments qui, selon nous, représentent les mesures les plus importantes que doivent prendre Cybersanté et le Ministère pour atteindre leur objectif consistant en l'établissement d'un système de DSE entièrement fonctionnel pour tous les Ontariens d'ici 2015.

## RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE ET DE CYBERSANTÉ ONTARIO

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et Cybersanté Ontario accueillent favorablement le rapport du vérificateur général de l'Ontario et ses recommandations portant sur les façons d'améliorer encore plus l'exécution de l'Initiative des dossiers de santé électroniques (DSE) de l'Ontario.

Le programme de cybersanté du gouvernement de l'Ontario ne se limite pas aux DSE et vise l'apport d'améliorations très importantes aux soins offerts aux patients, grâce à la mise sur pied de systèmes novateurs d'information sur la santé. Les applications de cybersanté représentent des outils cruciaux qui viendront soutenir un meilleur accès à des soins de santé de qualité et l'innovation en matière de soins de santé, et comprennent des systèmes de surveillance de la santé publique, des dossiers médicaux électroniques dans les bureaux des médecins, l'imagerie médicale diagnostique et des services de télémédecine. Des progrès importants ont été réalisés relativement au développement de chacun de ces systèmes.

Le gouvernement maintient son engagement à l'égard du programme de cybersanté et du rôle de Cybersanté Ontario relativement à l'établissement de DSE pour les patients diabétiques et, à l'avenir, pour les patients souffrant d'autres maladies chroniques, ce qui donnera lieu à un système de DSE pour l'ensemble des Ontariens.

Le gouvernement est résolu à faire en sorte que les fonds consacrés à la cybersanté soient affectés à des initiatives qui renforceront et moderniseront le système de soins de santé de l'Ontario.

Le Ministère et Cybersanté Ontario ont instauré de nouvelles politiques et procédures visant à donner suite à chacune des recommandations comprises dans le rapport du vérificateur général.

En juin 2009, le gouvernement a publié une nouvelle directive en matière d'acquisition, qui exige le recours à un processus de mise en concurrence pour toute acquisition de services de consultation et interdit le remboursement des frais d'accueil et de repas et des frais accessoires des consultants.

En septembre 2009, le gouvernement a publié une nouvelle directive sur les voyages et les dépenses qui simplifie les règles relatives à ces dépenses, oblige le personnel de la fonction publique de l'Ontario et les employés des grands organismes à suivre une formation en ligne sur les demandes de remboursement, et exige que les dépenses des hauts fonctionnaires, des ministres, du personnel politique et des cadres supérieurs des organismes soient affichées en ligne à compter d'avril 2010.

## Constatations détaillées de la vérification

Selon des experts en soins de santé, les systèmes de dossiers de santé électroniques (DSE) peuvent éventuellement sauver des vies, réduire les coûts des soins de santé et améliorer les services aux patients. Voici certains des avantages des DSE par rapport aux systèmes habituels de dossiers papier qui sont cités :

- lisibilité, disponibilité et récupération améliorées des données;
- diminution du risque d'examen médicaux inutiles ou répétés;
- listes d'attente plus courtes pour les patients;
- diagnostics et traitements plus efficaces par les médecins;
- fréquence réduite des erreurs d'ordonnance, des ordonnances multiples et des combinaisons inappropriées de médicaments pouvant avoir des effets indésirables;
- prestation plus efficace des services de santé.

Un système de DSE regroupe quatre composantes essentielles : le réseau, les applications, les données et les terminaux.

Dans les paragraphes qui suivent, on explique comment ces quatre composantes interagissent, au moyen d'une analogie avec le transport routier :

- *Le réseau* – Le réseau est constitué de routes et de connexions permettant la circulation des DSE. Le développeur d'un système de DSE peut mettre sur pied son propre réseau privé sur lequel circuleront les DSE, ou il peut utiliser des réseaux préexistants établis par autrui. À titre d'exemple de la première possibilité, citons le réseau bâti par l'ASIS, un réseau sécurisé de grande capacité et contrôlé par le gouvernement, qu'on pourrait probablement comparer à une autoroute ontarienne de la série 400. Le meilleur exemple de la seconde possibilité est Internet, qui peut être comparé à un vaste ensemble de chemins de comté et de routes municipales auxquels les Ontariens ont accès. Lorsqu'il s'agit de DSE, le fait d'opter pour la seconde possibilité facilite grandement la connexion de tous les fournisseurs de soins de santé et de tous les Ontariens au système. Cependant, Internet est intrinsèquement moins sécuritaire qu'un réseau privé tel que celui mis sur pied par l'ASIS.
- *Les applications* – Les applications sont les instruments grâce auxquels les données relatives aux DSE circulent sur le réseau. On peut les comparer aux véhicules qui roulent tous les jours sur nos routes et livrent une grande diversité de marchandises pour combler les besoins des Ontariens. Différents types de véhicules livrent différents types de produits; dans le même ordre d'idées, différentes applications permettront à différentes parties des DSE d'être partagées. L'application rendant possible le partage d'images diagnostiques telles que les examens IRM sera différente de l'application permettant la communication des ordonnances – tout comme un camion qui livre du lait diffère d'une bétonnière. Cependant, les deux véhicules peuvent circuler sur la même route.
- *Les données* – Les données, ce sont les renseignements que les personnes veulent partager, et on peut les comparer aux marchandises qui sont livrées par les véhicules qui circulent sur nos routes. Pensons, par exemple, aux résultats d'une analyse en laboratoire concernant un patient, à une liste de médicaments sur laquelle figure un patient, ou aux dernières radiographies d'un patient. Toutes ces données doivent être compilées de façon exacte et fiable dans des bases de données électroniques actualisables, de sorte qu'elles puissent être partagées au moyen des applications. La plupart des bases de données de l'Initiative des DSE seront distinctes les unes des autres, mais lorsque le DSE d'une personne sera affiché à l'écran d'ordinateur, toutes les données applicables de l'ensemble des bases de données apparaîtront sur une seule page, comme le montre la figure 1.
- *Les terminaux* – Les terminaux sont les points de destination connectés au réseau. Si nous poursuivons notre analogie, les terminaux sont les lieux où nous voulons que les marchandises – les données – soient livrées. Certains des principaux points de destinations pour les DSE sont les hôpitaux, les cliniques et les bureaux des médecins où les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario exécutent leurs

Figure 1 : Présentation possible d'un dossier de santé électronique

Source : Cybersanté Ontario

The screenshot shows a web-based EHR interface for a patient named Angelo Gupta. The interface is divided into several sections:

- Top Left:** Patient profile with name, photo, and basic demographics.
- Top Center:** Navigation tabs for Home, Connections, Office, Networking, Practice Profile, and Search.
- Left Sidebar:** A vertical menu with categories like 'Auto-Actions', 'Index', 'Calendar', 'Work Lists, Alerts', 'Care Teams', and 'My Health Summary'.
- Main Content Area:**
  - Medication History:** A table listing medications, doses, and frequencies.
  - Diagnosis Reports:** A table listing test results and dates.
  - Diabetes Management Dashboard:** A section with various metrics and goals.
  - High Blood Pressure:** A section with related information and links.
  - Drug Monographs:** A section for drug information.
  - Journals:** A section for medical journals and articles.
  - Practice Guidelines:** A section for clinical guidelines.
  - Patient Dashboard:** A section for patient-specific data and charts.
- Right Sidebar:** A section for 'High Blood Pressure' with related information and links.

Callouts point to specific features:

- Top Left:** 'Commande de médicaments ou d'analyses en laboratoire, ou aiguillage vers d'autres ressources dans le continuum de soins.'
- Top Right:** 'Contenu convivial destiné au patient sur la thérapie par l'information.'
- Left Sidebar:** 'Accès à l'information sur le patient pour tous les fournisseurs de soins vérifiés.'
- Bottom Left:** 'Suivi du régime de gestion des soins thérapeutiques du patient.'
- Right Sidebar (Journals):** 'Articles scientifiques s'appliquant à la situation du patient.'
- Right Sidebar (Practice Guidelines):** 'Lignes directrices sur les pratiques exemplaires associées au dossier du patient atteint d'une maladie chronique.'
- Right Sidebar (High Blood Pressure):** 'Accès à l'information sur les essais cliniques relatifs aux maladies dont souffre le patient sélectionné.'

fonctions professionnelles. L'un des objectifs ultimes de l'Initiative des DSE est de permettre aux Ontariens d'accéder à leur dossier de santé personnel – on considère que tout foyer ontarien qui dispose d'un ordinateur donnant accès à Internet peut constituer un point de destination.

## PLANIFICATION STRATÉGIQUE

La première (et peut-être la plus importante) question qu'il faut se poser avant d'effectuer un investissement considérable en matière de TI est la suivante : « Comment l'investissement permettra-t-il de combler un besoin opérationnel clairement défini? » La réponse à cette question se trouve

souvent dans une analyse de rentabilisation venant appuyer la décision d'investir. Dans le cas des DSE, la nécessité de se doter d'un système semble être bien établie – et le soutien de tous les gouvernements canadiens à l'égard d'un tel système rend compte de ce sentiment de nécessité (voir l'annexe pour de plus amples détails).

L'une des questions les plus cruciales devant être résolue au début du processus est : dans quelle mesure le système de TI doit-il être centralisé? Un système plus centralisé, qui souvent met davantage l'accent sur le développement d'une technologie pouvant servir le plus large éventail possible d'utilisateurs, peut offrir un service et un accès aux données plus uniformes. Le risque, toutefois, est que les problèmes technologiques et structurels

deviennent plus importants que la question consistant à savoir si les applications répondent vraiment aux besoins des utilisateurs. Un système décentralisé se prête davantage à l'utilisation d'applications indépendantes et adaptées aux besoins précis des utilisateurs. Un tel système s'accompagne également d'un risque, toutefois, et c'est qu'il y ait cloisonnement de l'information – c'est-à-dire que les sous-systèmes et les applications ne puissent interagir avec les sous-systèmes et les applications connexes ou qu'on soit incapable de les intégrer à ceux-ci. En outre, les sous-systèmes et les applications peuvent être reproduits, de sorte qu'il devient difficile de déterminer les problèmes devant être résolus et d'établir les priorités.

Afin de répondre aux besoins des utilisateurs et de développer l'infrastructure de TI sous-jacente adéquate, il est essentiel de se doter d'une stratégie bien définie. Pour arriver à une telle stratégie, il faut absolument que les intervenants clés et les utilisateurs du produit final prennent activement part à son élaboration dès le début. Trop souvent, ceux qui proposent un nouveau système, qu'il s'agisse de membres de la haute direction ou de responsables du volet « technologie » dans l'organisme, dirigent le programme d'investissement sans obtenir un apport suffisant des personnes qui seront touchées par le système ou qui utiliseront celui-ci. Les travaux devraient débuter uniquement lorsque les besoins ont été bien compris. Dans le cas du système de DSE, compte tenu de la taille, de la complexité et de la diversité de la collectivité des intervenants et des utilisateurs, on peut facilement conclure qu'il était essentiel de tenir pleinement compte de l'éventail complet et détaillé des besoins de cette collectivité. Une stratégie solide doit également examiner et atténuer tous les risques pertinents associés au projet. Par exemple, il faut pouvoir déterminer si les personnes qui se sont vu confier la responsabilité de l'exécution de la stratégie possèdent une expérience et une capacité de gestion de projet suffisantes.

Une stratégie bien conçue doit également établir une feuille de route indiquant comment les diverses

composantes seront développées, ainsi que le calendrier d'achèvement et les coûts estimatifs de chaque composante du système ou de chaque étape du projet. Dans le cas du système de DSE, l'intégration de l'ensemble des diverses composantes et les questions relatives à la protection des renseignements personnels constituent également des pièces clés du casse-tête.

Une fois achevée, la stratégie devient un outil utile, non seulement pour obtenir le financement et lancer le projet, mais également pour évaluer les progrès réalisés en fonction des points de repère établis dans la stratégie pour toute la durée du projet. Cela aide à déceler rapidement les problèmes importants, comme les dépassements de coûts devenus incontrôlables, le non-respect des délais ou le manque de concordance entre les produits et les besoins des clients, ainsi qu'à prendre des mesures correctrices avant qu'ils ne s'aggravent.

Le Ministère n'a jamais traité de façon appropriée tous ces éléments clés d'une planification stratégique efficace lorsqu'il a lancé son Initiative des DSE, et il ne l'a pas fait non plus dans les années qui ont suivi. Bien qu'il ait obtenu les approbations relatives à certains projets venant appuyer le programme de cybersanté et, à terme, un système de DSE, le Ministère a reconnu que le plan stratégique de cybersanté n'était toujours pas achevé aussi tard qu'en 2008. Le Ministère nous a informés qu'il a reçu l'autorisation d'entreprendre l'élaboration d'une stratégie complète en matière de cybersanté uniquement lorsque le gouvernement a annoncé, en 2007, son engagement concernant l'établissement d'un système de DSE d'ici 2015. En outre, ce n'est qu'en 2009 qu'il a reçu les fonds importants, dans le cadre du budget de 2009 de l'Ontario, qui lui ont permis d'aller de l'avant. Le gouvernement a officiellement approuvé le plan stratégique de cybersanté en 2009.

## Conséquences de l'absence d'un plan stratégique de 2002 à 2008

Le Ministère a rédigé divers documents stratégiques en matière de cybersanté à compter de 2002, mais aucun d'eux n'a été approuvé par le gouvernement.

À l'automne 2006, Deloitte Consulting a effectué un examen opérationnel de l'ASIS, à la demande du Ministère et du conseil d'administration de l'ASIS en raison des inquiétudes croissantes concernant la lenteur des progrès de l'organisme. Deloitte a relevé, entre autres problèmes, l'absence d'une stratégie gouvernementale exhaustive en matière de cybersanté; il en découlait que le rôle de l'ASIS n'était pas clairement établi et que l'organisme ne pouvait élaborer sa propre stratégie. En 2007, nous avons examiné les efforts déployés par l'ASIS pour donner suite à certaines des principales recommandations formulées par Deloitte. Nous avons alors exprimé une préoccupation liée au fait que la stratégie globale du gouvernement en matière de cybersanté n'avait toujours pas été approuvée et qu'aucune échéance n'avait été fixée concernant le développement du système de DSE.

En juillet 2007, le Ministère a élaboré une stratégie provisoire dans laquelle on examinait la possibilité de développer le système de DSE en élargissant un système existant visant les patients pédiatriques, exploité par l'Hospital for Sick Children et ayant pour nom *electronic Child Health Network*. La stratégie prévoyait l'établissement du système de DSE en trois étapes :

- De 2007 à 2010 : À la fin de cette période, la plupart des Ontariens auraient un DSE. De nombreux patients accéderaient à leur dossier en ligne pour mettre à jour les données les concernant. La plupart des médecins auraient accès à l'information sur les patients par l'entremise du système de DSE.
- De 2011 à 2012 : À la fin de cette période, le système de DSE serait accessible par le biais du système de soins primaires. Les patients atteints d'une maladie chronique seraient en mesure de communiquer en ligne avec leurs

fournisseurs de soins. Les Ontariens seraient aiguillés vers les fournisseurs de façon électronique.

- De 2014 à 2016 : À la fin de cette période, tous les Ontariens pourraient communiquer en ligne avec leurs fournisseurs de soins. Ils seraient en mesure de gérer de façon proactive les rendez-vous, les examens et les renouvellements d'ordonnance, et les renseignements médicaux suivraient les personnes d'un bout à l'autre du système d'information sur les soins de santé.

Cette stratégie proposée n'a jamais été approuvée.

Une conséquence grave de l'absence d'un plan stratégique de cybersanté approuvé fut que, même si l'ASIS a consacré 800 millions de dollars à la mise sur pied et au fonctionnement d'un réseau (exploité maintenant par Cybersanté Ontario), ces travaux n'ont pas fait l'objet d'une coordination adéquate avec les efforts du Ministère. On disposait de peu d'applications cliniques permettant l'échange des données des DSE, et il y avait peu de bases de données pour alimenter ces applications. Si nous reprenons l'analogie utilisée précédemment, il y avait peu de véhicules sur l'autoroute, et ceux qui y circulaient transportaient très peu, voire aucune, des marchandises pour lesquelles l'autoroute avait été construite. Bien que certaines des applications générales de DSE aient été mises en œuvre rapidement, bon nombre des projets essentiels n'ont pas été entrepris avant 2008. C'est le Ministère qui est responsable de ce retard important – jusqu'à la mise sur pied de Cybersanté Ontario, la responsabilité concernant la stratégie de cybersanté lui incombait, et il devait veiller au développement des applications et des données utiles pour les fournisseurs de soins de santé. Une stratégie efficace aurait permis de mieux coordonner le réseau, les applications et le contenu des données, de sorte que les intervenants perçoivent les avantages du réseau et veuillent l'utiliser. Dans les faits, toutefois, le réseau est largement sous-utilisé et affiche une capacité excédentaire importante, tandis que le passage

du temps et les progrès technologiques érodent sa valeur et font en sorte qu'il est nécessaire d'investir continuellement pour que, le jour où les véhicules et les marchandises seront enfin prêts à y circuler, il soit en état de fonctionner.

Une seconde conséquence de l'absence d'un plan stratégique est que l'initiative des DSE s'est déroulée sans qu'on prévoie de façon adéquate la manière dont tous les Ontariens pourraient accéder au réseau. L'ASIS a mis sur pied un réseau privé qui, à l'heure actuelle, ne peut être utilisé que par la collectivité des soins de santé. Tout comme on ne pourrait concevoir que toutes les routes ontariennes soient directement reliées à une seule et même bretelle donnant accès à une autoroute de la série 400, le réseau en soi ne pourra jamais croître suffisamment en taille et en complexité pour permettre à tous les Ontariens de s'y connecter directement. En fait, il faudra utiliser d'autres réseaux, et Internet en particulier, et les connecter au réseau construit par l'ASIS. Étant donné qu'Internet est en majeure partie non réglementé, ouvert et non sécurisé, il faudra mettre en place des mesures de protection techniques appropriées afin de protéger la confidentialité des données qui y circulent. La question de l'interception des données représentera une préoccupation constante; par conséquent, le fait de fournir les connections tout protégeant la sécurité des patients et les renseignements de nature hautement personnelle et confidentielle est l'un des principaux obstacles qu'il faudra surmonter relativement à l'établissement du système de DSE.

### Le plan stratégique de 2009

En 2008, le Ministère a fait appel aux services d'un cabinet-conseil en soins de santé pour l'aider à élaborer une stratégie de cybersanté que le gouvernement accepterait. Cela a donné lieu, en août 2008, à la présentation au gouvernement d'une stratégie ministérielle en matière de cybersanté qui demandait l'approbation, entre autres choses, de [traduction] « l'établissement, d'ici 2015, d'un dossier de santé électronique renfermant de

l'information clinique pour chaque patient et pouvant être contrôlé par le patient ». La présentation a été approuvée et, une fois que Cybersanté Santé a été mis sur pied à l'automne 2008, un document sur la stratégie de cybersanté conforme à la présentation a été produit, rendu public aux fins de commentaires en janvier 2009 et publié dans sa version définitive en mars 2009.

Le plan stratégique prévoit une mise en œuvre par étapes de l'initiative des dossiers de santé électroniques et désigne trois produits à livrer à court terme à titre de priorités principales :

- *Le registre du diabète* – Selon les estimations du gouvernement, environ 900 000 Ontariens vivent avec le diabète, le nombre de personnes atteintes a crû de 69 % ces dix dernières années, et la maladie est responsable de 3 200 décès par année. L'une des principales initiatives du plan d'action consiste en la création d'un registre du diabète, qui compilera les données sur les patients diabétiques et les fournisseurs de soins de santé, permettra la surveillance électronique de l'adhésion aux pratiques exemplaires en matière de gestion du diabète et enverra des signaux d'alerte aux fournisseurs lorsque les pratiques exemplaires ne sont pas suivies.
- *Le système d'ordonnance électronique et d'information sur les médicaments* – Le Ministère mentionne que les effets indésirables des médicaments pouvant être évités se classent au quatrième rang des causes de décès en Ontario, et que le fait de disposer d'une liste de médicaments incomplète est la principale source d'erreurs médicales. Le plan stratégique prévoit un système qui permet aux médecins de prescrire des médicaments de façon électronique, qui génère les profils de médication des patients, qui vérifie les allergies et les interactions entre médicaments, qui élimine les erreurs découlant de problèmes de lisibilité, qui diminue les erreurs de dosage et qui améliore la gestion des thérapies complexes. Il devrait également permettre

aux patients et à leur famille d'accéder à leurs antécédents pharmaceutiques ainsi que d'enregistrer et de suivre des données médicales personnelles, telles que la mesure de leur glycémie.

- *L'initiative concernant les temps d'attente* – Contrairement aux deux autres priorités, cette initiative n'est pas directement corrélée au système de DSE. Comme son nom l'indique, elle vise à réduire les temps d'attente pour les services de santé clés et à communiquer les temps d'attente au public sur un site Web du gouvernement conçu pour suivre l'accès à ces services de santé.

Un des aspects du plan stratégique ayant été particulièrement bien accueilli a été la description solide et détaillée des activités qui seront entreprises de 2009 à 2012. Le plan a le mérite d'avoir établi un certain nombre d'objectifs et de produits à livrer concrets pour chacune des principales composantes des DSE. Il représente une étape importante vers la concrétisation des priorités et des plans du gouvernement en matière de cybersanté et la communication de ceux-ci aux intervenants.

Cela dit, il y a selon nous des secteurs nécessitant une attention stratégique accrue. Aux termes du plan stratégique, les trois priorités constituent des projets « à effet rapide » devant produire une valeur clinique immédiate. Cette volonté d'obtenir des résultats rapides afin de gagner le soutien des fournisseurs de soins de santé à l'égard du programme des DSE est tout à fait compréhensible, mais nous nous inquiétons du fait que cette nouvelle orientation signifie que le Ministère accorde, selon ses propres dires, une moins grande importance à son objectif d'établir un système de DSE d'ici 2015. En d'autres termes, comme on met davantage l'accent sur ces trois priorités, on risque de consacrer moins d'efforts en vue de déterminer la manière dont s'y prendra Cybersanté Ontario pour mettre en place un système de DSE entièrement fonctionnel pour tous les Ontariens d'ici 2015.

Une autre préoccupation tient au fait que le plan stratégique fournit des détails sur les travaux

prévus jusqu'en 2012 uniquement. À la fin de 2012, il y aura encore beaucoup à faire pour en arriver à un système de DSE entièrement fonctionnel, et ce, même si toutes les tâches prévues dans la stratégie sont achevées à temps et si la fonctionnalité souhaitée à cette date est pleinement atteinte. Le plan stratégique n'indique pas jusqu'à quel point le gouvernement sera proche de la mise en œuvre réelle du système des DSE en 2012; il ne précise pas non plus les éléments importants qu'il restera à mettre en place à ce moment et le travail que ceux-ci nécessiteront, ni ce que le gouvernement prévoit faire ou ce qu'il devra accomplir pour achever ce travail dans les trois années qui suivront.

Nous avons abordé ce point particulier lorsque nous avons rencontré le cabinet-conseil engagé pour aider à la rédaction du plan stratégique. En réponse, le cabinet nous a fourni un document qu'il a préparé en mai 2009 et qui énonce les écarts qui, selon lui, resteront à combler en 2012, une fois que les travaux prévus aux termes du plan stratégique auront été achevés. Ce document indiquait les activités qui devraient être incluses dans le prochain plan stratégique de cybersanté, visant la période allant de 2012 à 2015, pour combler ces écarts. Cependant, le document n'a pas été transmis aux intervenants ou au public et n'a pas été officiellement approuvé par le gouvernement.

## RECOMMANDATION 1

Cybersanté Ontario doit élaborer un plan stratégique complet qui tienne expressément compte de l'objectif concernant le système des dossiers de santé électroniques (DSE), qui porte sur les années ultérieures à 2012 et qui établisse la marche à suivre pour la mise en œuvre du système de DSE d'ici 2015. Le plan doit également résoudre les difficultés liées à l'intégration adéquate des différentes applications de DSE et à l'enchâssement de contrôles appropriés de la confidentialité des documents dans le processus de développement du système.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

En 2007, le gouvernement a annoncé qu'il mettrait au point un système de dossiers de santé électroniques (DSE) pour tous les Ontariens d'ici 2015. En outre, le budget de 2009 de l'Ontario a prévu un financement d'environ 2 milliards de dollars sur les trois prochaines années pour permettre à la province de réaliser des progrès importants et de façon coordonnée.

Le plan de l'Ontario concernant l'établissement d'un système de DSE englobe trois composantes : l'établissement d'une infrastructure technologique, le développement d'applications cliniques, et la création du système de DSE en soi et de la technologie à l'appui.

L'Ontario a consacré des efforts à la réalisation de progrès dans ces trois domaines. À l'instar d'autres administrations, l'Ontario a décidé, dans le cadre de la création d'un système de DSE, de se concentrer sur une priorité clinique particulière – le diabète. La création de DSE pour les patients diabétiques établira une assise pour la création de DSE concernant des patients atteints d'autres maladies chroniques. À partir de ce point, le système de DSE pourra être élargi afin d'englober tous les Ontariens.

Le Ministère est conscient que du travail supplémentaire doit être accompli pour respecter l'engagement du gouvernement à l'égard de l'établissement d'un système de DSE pour tous les Ontariens d'ici 2015, et il poursuivra sa collaboration avec Cybersanté Ontario afin d'assurer le respect de cet engagement.

## RÉPONSE DE CYBERSANTÉ ONTARIO

Ces derniers mois, Cybersanté Ontario a achevé son plan d'activités détaillé, qui fait le lien entre la stratégie de cybersanté de l'Ontario pour la période allant de 2009 à 2012 et les activités quotidiennes qu'effectue actuellement l'organisme à l'appui du développement et du

fonctionnement du système. Les priorités de base qui se trouvent dans le plan stratégique et qui sont essentielles au système de dossiers de santé électroniques (DSE) font partie intégrante de ce plan d'activités.

Maintenant que ce travail important est achevé, l'organisme, sous la direction du conseil d'administration, entreprendra l'élaboration d'un plan visant les années ultérieures à 2012. Ce plan établira une feuille de route indiquant les produits à livrer, les risques, les échéances, les mesures de contrôle de la confidentialité des documents et la façon dont les diverses applications seront intégrées.

Ce processus de planification devra être fondé sur une collaboration entre Cybersanté Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il nécessitera également la participation active des intervenants clés à l'échelle de la province.

## SURVEILLANCE

### Rôles et responsabilités du Ministère et de l'ASIS

La plupart des critiques du public concernant le manque de progrès ont visé l'ASIS. Selon nous, ce n'était pas entièrement justifié. Nous précisons ci-après les rôles et les responsabilités du Ministère et de l'ASIS relativement au programme des DSE.

L'ASIS a été établi en tant qu'organisme provincial par règlement pris en application de la *Loi sur les sociétés de développement*, en 2002. À l'origine, l'ASIS avait pour mandat de soutenir des programmes particuliers du Ministère, mais la réglementation a été modifiée en 2005 et son mandat est devenu ce qui suit :

- fournir et exploiter une infrastructure sécurisée en vue de permettre le transfert sécurisé de renseignements personnels en matière de santé entre les fournisseurs du secteur;

- héberger des applications relatives aux renseignements personnels en matière de santé, y compris les systèmes provinciaux de base qui sont la source d'information pour les DSE.

En septembre 2007, le Ministère et l'ASIS ont signé une confirmation de leur protocole d'entente qui a établi de façon encore plus précise leurs responsabilités et leur rôle respectifs. Il en est ressorti que l'ASIS avait pour mandat de fournir [traduction] « l'infrastructure provinciale sécurisée et intégrée de technologie de l'information permettant la communication électronique entre les fournisseurs de services de santé de l'Ontario ». L'infrastructure devait être composée des éléments suivants :

- un réseau privé géré;
- une infrastructure de sécurité;
- des installations matérielles;
- un service de messagerie et des annuaires en ligne sécurisés;
- des normes en matière de données et de technologie;
- des dossiers médicaux d'urgence facultatifs (visant à permettre aux fournisseurs de soins de santé d'accéder aux renseignements personnels en matière de santé lorsque survient une situation d'urgence).

L'entente de responsabilité liant l'ASIS et le Ministère pour la période allant de 2007-2008 à 2010-2011 énonçait les attentes en matière de rendement qu'avait le Ministère à l'égard de l'ASIS pour 2007-2008 uniquement. Ces attentes montraient également de façon évidente que le Ministère considérait l'ASIS comme un fournisseur d'infrastructure de TI et non comme un partenaire stratégique pour l'exécution d'un programme complet de DSE. À l'exception de certains extraits liés aux recommandations découlant de deux examens externes (un examen exécuté par Deloitte Consulting en 2006 et un autre exécuté par la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée en 2007), les produits à livrer étaient de nature technique et rendaient compte des plans existants d'élargissement du réseau.

La Direction du programme de cybersanté du Ministère a surveillé les activités de l'ASIS et approuvé ses budgets. Il incombait également au Ministère d'élaborer la stratégie globale de cybersanté ainsi que d'établir l'orientation de l'ASIS et les priorités opérationnelles de l'organisme. Ses responsabilités concernant la coordination du développement des applications et des bases de données devant permettre aux professionnels des soins de santé de partager des données sur l'autoroute de l'information bâtie par l'ASIS étaient particulièrement importantes. L'absence de plan stratégique approuvé jusqu'en 2009 a sans aucun doute contribué au fait que le Ministère n'a pas été en mesure s'acquitter efficacement de ces responsabilités.

Certains disent que le partage des responsabilités se traduit par une absence de responsabilité; la relation entre le Ministère et l'ASIS pourrait constituer un parfait exemple de cette affirmation. D'après l'opinion générale, il ne s'agissait pas d'un véritable partenariat, et la relation était marquée par un manque de collégialité et une confusion quant au rôle et aux responsabilités de l'autre partie. Le Ministère et l'ASIS se sont mutuellement jeté le blâme pour les échecs et les retards concernant la mise en œuvre du système.

Des employés clés de l'ASIS ont quitté l'organisme pour rejoindre le Ministère, et cela constitue un exemple révélateur du fait que le Ministère ne travaillait pas main dans la main avec l'ASIS. D'anciens cadres supérieurs de l'ASIS nous ont informés que des problèmes opérationnels avaient résulté du départ d'employés vers le Ministère afin d'y occuper des postes de consultants à contrat s'accompagnant d'une rémunération considérablement plus élevée. Les procès-verbaux du conseil d'administration de l'ASIS viennent soutenir cette affirmation; dans un de ses rapports au conseil, le président a mentionné ce qui suit :

[Traduction]

[La Direction du programme de cybersanté du Ministère] compte de 10 [à]

11 personnes qui viennent de l'ASIS. Certains ont été obligés de quitter l'ASIS pour des questions de contrat et d'emploi, mais d'autres sont partis parce qu'ils savaient que [la Direction du programme de cybersanté du Ministère] offrait des contrats lucratifs. Plusieurs autres ont été recrutés par [la Direction du programme de cybersanté du Ministère]. Dans certains cas, des personnes qui étaient des employées de l'ASIS ont été engagées en tant qu'entrepreneurs par [la Direction du programme de cybersanté du Ministère].

### Surveillance de l'ASIS par le Ministère

L'ASIS a connu une croissance rapide dès sa création; entre 2002-2003, sa première année d'activités, et 2008-2009, ses dépenses relatives aux initiatives de DSE sont passées 13,6 millions à 213 millions de dollars. Durant cette période, l'ASIS a dépensé un total de 800 millions de dollars, principalement pour mettre sur pied un réseau sécurisé de transmission de données, connecter à celui-ci un grand nombre des quelque 24 000 sites de soins de santé financés par les fonds publics, et fournir des comptes courriel sécurisés sur le réseau à environ 150 000 personnes qui travaillent dans le système de soins de santé.

Nous avons évalué la surveillance des activités et des dépenses de l'ASIS par la Direction du programme de cybersanté du Ministère, et nous avons trouvé peu d'éléments indiquant que celle-ci s'était adéquatement acquittée de sa responsabilité de surveillance.

L'ASIS était tenue de présenter à la Direction du programme de cybersanté du Ministère des rapports financiers mensuels et des rapports trimestriels sur le rendement, et nous avons demandé l'accès à ces documents pour les examiner. La Direction du programme de cybersanté du Ministère n'a pu retrouver que le rapport financier mensuel de février 2009. Tous les autres rapports mensuels

pour la période allant de 2003-2004 à 2008-2009 étaient introuvables. En outre, 10 des 23 rapports trimestriels sur le rendement présentés durant cette période de six ans n'ont pas été retrouvés non plus.

Lorsque Cybersanté Ontario a été créé, le Ministère a commencé à réorganiser son unité chargée de la surveillance, et la structure organisationnelle de cette unité n'est pas encore entièrement établie.

### Gouvernance de Cybersanté Ontario

Dans une large mesure, l'attribution d'un certain nombre de marchés importants de services de consultation à des fournisseurs exclusifs par Cybersanté Ontario révèle l'existence de problème en matière de gouvernance financière à l'organisme. La première directrice générale de l'organisme détenait le pouvoir considérable de prendre des décisions unilatérales et, essentiellement, d'ignorer les politiques en matière d'acquisition. Quelques raisons seulement peuvent expliquer cette situation :

- Le conseil d'administration n'a pas surveillé adéquatement les agissements et les décisions de la directrice générale dans ce domaine. Il semble avoir accepté l'affirmation de la directrice générale selon laquelle les politiques d'acquisition du gouvernement et de l'organisme étaient suivies, sans obtenir tous les détails qui lui auraient permis de savoir ce qu'il en était vraiment. Par exemple, il n'a jamais demandé si on avait conclu des marchés à fournisseur unique et, le cas échéant, quelle était la valeur de ces marchés.
- Alors même qu'un pouvoir important était conféré à la directrice générale, l'organisme a dû accélérer la réalisation de progrès concernant l'Initiative des DSE, qui, selon beaucoup de personnes, avait souffert de la gestion de l'ASIS et de la Direction du programme de cybersanté du Ministère. C'est durant cette période, d'octobre 2008 à juin 2009, que des millions de dollars ont été versés à des consultants dont les services n'avaient pas été

acquis en régime de concurrence. En d'autres termes, c'est durant cette période de transition que la directrice générale et son équipe de direction ont contourné les pratiques normales d'acquisition et les contrôles de gestion des marchés mis en place par l'unité des acquisitions de l'ASIS. Lors des discussions que nous avons eues avec elle, la directrice générale a indiqué qu'un sentiment d'urgence et le pouvoir implicite qu'elle croyait détenir justifiaient cette situation.

- Le président nous a dit pour sa part que le premier ministre lui avait demandé en personne de présider le conseil d'administration de Cybersanté Ontario. Il nous a également informés qu'il avait dit au premier ministre que son acceptation du poste dépendait largement du fait qu'il puisse choisir lui-même le directeur général ou la directrice générale et que l'organisme puisse fonctionner de façon autonome et sans intervention importante de la part du gouvernement. On nous a mentionné que le premier ministre avait rencontré la directrice générale choisie par le président afin de lui faire comprendre toute l'importance du travail qui l'attendait. Étant donné qu'il n'intervenait pas dans la nomination de la directrice générale, et sachant que celle-ci avait été choisie par le président avec l'approbation du premier ministre, il se peut que le conseil ait eu l'impression que son rôle de supervision à l'égard de la directrice générale était plus limité qu'il ne l'aurait été dans des circonstances normales.

Le conseil a approuvé l'octroi d'une prime au rendement à la directrice générale à mi-chemin de la première année de son entrée en fonction, ce qui montre à quel point il pouvait avoir l'impression que son pouvoir de surveillance était limité en ce qui concerne la directrice générale ou qu'il pouvait difficilement remettre en question la façon dont elle était traitée. Deux éléments retiennent l'attention relativement à cette prime : le montant payé, et le

fait qu'elle ait été accordée après seulement quatre mois de travail.

La directrice générale a reçu une prime de 114 000 \$, ce qui correspondait à 30 % de son salaire. La politique en vigueur à Cybersanté Ontario prévoyait qu'une prime ne pouvait dépasser 15 %. Cependant, la directrice générale a négocié la possibilité de recevoir une prime maximale de 30 % comme l'une des conditions de son acceptation du poste, et cette condition a été incluse à son contrat de travail, approuvée par le ministre et autorisée par un décret. Il s'agissait là d'une prime considérablement plus élevée que celles consenties aux sous-ministres, mais nous sommes conscients que le gouvernement dispose d'une certaine latitude en ce qui concerne la rémunération des cadres supérieurs. Le conseil n'avait donc pas voix au chapitre relativement à la prime pouvant être accordée. Il lui revenait toutefois d'évaluer si le rendement de la directrice générale justifiait le versement de la totalité de la prime de 30 % et si elle méritait cette prime après seulement quatre mois de travail.

Nous avons constaté que le conseil avait approuvé le paiement de la prime annuelle de 114 000 \$ le 4 mars 2009. On nous a informés que le président du conseil avait recommandé le versement de la totalité de la prime annuelle à la directrice générale parce que, en plus d'avoir offert un rendement exemplaire, elle avait renoncé à la prime qu'elle aurait pu recevoir le 31 mars si elle avait continué de travailler pour son ancien employeur, Action Cancer Ontario (ACO). Cependant, la prime maximale versée par ACO correspondait à 15 % du salaire et, l'année précédente, celui-ci lui avait payé une prime d'un montant beaucoup moins élevé, soit 38 000 \$.

On nous a dit que le conseil avait discuté de la prime consentie à la directrice générale, mais rien dans les procès-verbaux n'indiquait qu'il s'était officiellement interrogé sur la pertinence de verser à celle-ci la totalité de sa prime annuelle après seulement quatre mois de travail.

## RECOMMANDATION 2

Pour s'assurer que les ententes de gouvernance relatives à Cybersanté Ontario permettent au gouvernement et au conseil d'administration de l'organisme d'exercer une surveillance éclairée, tout en autorisant l'autonomie dont doit disposer l'organisme relativement à ses activités quotidiennes pour s'acquitter de son mandat, les trois mécanismes de responsabilisation suivants doivent être mis en œuvre :

- Le conseil d'administration de Cybersanté Ontario doit préciser clairement les renseignements sur le rendement, les activités et les finances que la haute direction de l'organisme est tenue de lui fournir régulièrement pour qu'il soit en mesure de s'acquitter de ses responsabilités de surveillance.
- Il faut établir des objectifs précis ou des points de repère pour l'organisme, y compris des échéances et des estimations des coûts, et les examiner régulièrement, afin d'améliorer la surveillance des activités de l'organisme par le conseil d'administration et le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- Les progrès réalisés relativement à l'atteinte de ces objectifs précis – conjugués à des renseignements détaillés sur les principaux risques et enjeux ainsi qu'à des explications justifiant les écarts – doivent être communiqués de manière concise, par écrit, au conseil d'administration de l'organisme et au Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et discutés avec ceux-ci lors de séances d'information périodiques.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Agence des systèmes intelligents pour la santé ont entretenu des rapports de

responsabilisation à compter de 2003. En avril 2009, le Ministère et Cybersanté Ontario ont signé un protocole d'entente ainsi qu'un accord concernant la responsabilisation en matière de paiements de transfert. Ces documents établissent clairement les cadres de responsabilisation et de production de rapports.

Le Ministère a récemment mis sur pied une Direction de la liaison en matière de cybersanté, qui est chargée de la surveillance officielle de Cybersanté Ontario au sein du Ministère. Le Ministère et Cybersanté Ontario sont déterminés à collaborer pour s'assurer que des politiques et des procédures d'acquisition sont en place et qu'une surveillance régulière de la conformité est effectuée.

## RÉPONSE DE CYBERSANTÉ ONTARIO

S'appuyant sur le plan d'activités annuel, le conseil d'administration a approuvé un cadre de fiche de rendement équilibrée visant à s'assurer que la direction lui fournira des rapports d'étape trimestriels indiquant les progrès réalisés concernant les initiatives. Ces rapports incluront une évaluation du rendement en fonction d'objectifs précis, de cibles financières, de calendriers de projets et de mesures relatives aux résultats. La fiche de rendement constitue non seulement un mécanisme visant à permettre au conseil d'exercer une gérance et une surveillance, mais aussi un outil de communication pour transmettre des renseignements au gouvernement et au public.

Lorsque le conseil s'est réuni en septembre, ses membres ont également approuvé une politique sur la gestion du risque qui précise les responsabilités de surveillance du conseil en matière de gestion du risque.

## PROGRÈS CONCERNANT LES PROJETS DE DSE

Dans la présente section, nous discutons des projets relatifs aux applications et aux données (par exemple, les registres, les systèmes d'information et les portails) qui constituent l'initiative des DSE, de l'état de la situation ainsi que des problèmes de gestion qui devront être réglés de façon proactive pour que l'Ontario puisse respecter l'engagement qu'il a pris concernant l'achèvement de l'Initiative des DSE d'ici 2015.

Inforoute Santé du Canada cherche à s'assurer de la compatibilité des systèmes de DSE distincts qui sont développés dans chacune des administrations canadiennes. Inforoute publie également des normes, des lignes directrices et des trousseaux d'outils, et il finance jusqu'à 75 % des coûts des projets approuvés des provinces et des territoires. L'organisme a surveillé les progrès réalisés par les provinces et les territoires du Canada dans la mise en œuvre des systèmes de DSE, en mettant l'accent sur l'évaluation des six composantes clés suivantes :

- *Registre des clients* – Chaque administration s'efforce de mettre au point un répertoire unique des patients qui contiendra, pour chaque membre de la population, un numéro d'identification médical, ainsi que des renseignements actuels et historiques de nature démographique, comme le nom de la personne, son adresse et sa date de naissance. Pour que l'Initiative des DSE soit couronné de succès, il est essentiel que le registre soit complet, exact et actualisable, et en outre, qu'il soit conçu de manière à garantir la stricte confidentialité des renseignements détenus sur chaque personne.
- *Registre des fournisseurs* – Chaque administration s'efforce de mettre au point un répertoire unique des fournisseurs de soins de santé qui contiendra une liste complète des professionnels des soins de santé (notamment, les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les infirmières) autorisés à accéder au système de DSE.
- *Système d'imagerie diagnostique* – Chaque administration s'efforce de mettre au point un système d'information qui recueillera et stockera l'ensemble des images diagnostiques telles que les images par résonance magnétique (IRM), les tomographies par ordinateur, les radiographies et les échographies, et ce, sous forme exclusivement numérique, sans recourir à des films. Le système vise à permettre à tous les professionnels de gérer, de distribuer et de voir ces images, peu importe où elles se trouvent ou l'endroit où elles ont été obtenues.
- *Système d'information sur les médicaments* – Chaque administration s'efforce de mettre au point un système d'information qui permettra aux fournisseurs de soins de santé d'accéder aux antécédents pharmaceutiques de leurs patients ainsi que de les gérer et de les communiquer, ce qui comprend les médicaments prescrits et délivrés, les allergies et les traitements en cours. On espère que le système pourra effectuer une vérification automatique des interactions médicamenteuses afin d'aider les médecins et les pharmaciens à prendre leurs décisions en matière d'ordonnance et de dispensation de médicaments, et de contribuer à la réduction du nombre d'interactions indésirables.
- *Système d'information des laboratoires* – Chaque administration s'efforce de mettre au point un système d'information qui permettra aux professionnels autorisés de demander l'exécution d'analyses en laboratoire pour leurs patients et de voir les résultats de ces analyses sous forme électronique dans leurs bureaux, peu importe le lieu où les analyses ont été effectuées.
- *Rapports cliniques ou immunisation* – Les systèmes additionnels d'information sur les clients ou les professionnels, par exemple, une application portant sur les questions relatives à

l'immunisation, appartiennent à cette sixième catégorie.

Dans son plan d'activité 2007-2008, Inforoute a classé l'Ontario devant les territoires et la Nouvelle-Écosse, le Québec et le Nouveau-Brunswick, mais derrière les six autres provinces. Il prévoyait également que l'Ontario aurait glissé derrière le Nouveau-Brunswick et le Québec au 31 mars 2008 et qu'il ne devancerait que les Territoire-du-Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut. La figure 2 montre les dernières évaluations d'Inforoute concernant les progrès réalisés par les administrations au 31 mars 2009. Le Ministère a indiqué que la méthode employée par Inforoute pour évaluer les progrès accomplis ne tenait peut-être pas compte de l'ensemble du travail requis pour élaborer un système de DSE, surtout dans une grande province comme l'Ontario. Nous croyons toutefois que l'évaluation d'Inforoute peut fournir un point de repère utile. En outre, bien que la figure 2 montre que le registre des clients et le système d'imagerie diagnostique de l'Ontario sont tous les deux achevés dans une proportion allant de 95 % à 100 %, nos travaux ont indiqué que le développement de ces systèmes n'est probablement pas aussi avancé. Nous discutons de cette question plus en détail plus loin dans la présente section.

L'un des facteurs ayant contribué au recul de l'Ontario fut que les projets de données et d'applications ont été retardés d'octobre 2008 à juin 2009, tandis qu'on s'employait à mettre sur pied Cybersanté Ontario. Un certain nombre de projets de DSE ont été placés en suspens en attendant des précisions concernant leur portée et leur orientation, et les chartes de projets révisés pour tous les projets de DSE n'ont été achevés qu'en juillet 2009. Cela a contribué au report d'un certain nombre de dates prévues d'achèvement pour divers projets.

Alors que les projets de DSE de l'Ontario sont partiellement harmonisés aux projets déterminés par Inforoute, le Ministère travaille sur un certain nombre d'autres applications et registres, dont

plusieurs sont essentiels à l'établissement éventuel d'un système de DSE. Ils comprennent ce qui suit :

- *Systèmes de dossiers médicaux électroniques* – Partout dans le monde, les médecins de premier recours procèdent à l'automatisation des dossiers de leurs patients (ce qui comprend les données démographiques et médicales et les antécédents pharmaceutiques, et d'autres renseignements comme les résultats des analyses en laboratoire et des examens par imagerie diagnostique). Les systèmes utilisés pour automatiser les dossiers des patients sont appelés des systèmes de « dossiers médicaux électroniques » (DME). Il est généralement admis que l'information de ces systèmes constituera la principale source de données importantes pour les futurs DSE des patients.
- *Application concernant la directive sur le consentement et la vérification de la protection des renseignements personnels* – Une telle application comprendra un registre des données sur le consentement des patients, ainsi qu'un journal d'accès pour conserver l'information sur les personnes ayant accédé aux données du DSE d'un patient. Il s'agira d'un système particulièrement important pour ce qui est de protéger les renseignements personnels des patients et d'assurer la confidentialité, car il permettra aux personnes d'exercer un certain contrôle sur les renseignements de santé les concernant et de savoir qui accède à ceux-ci.
- *Registre du diabète* – Ce registre vise à compiler les données sur les patients diabétiques et les fournisseurs de soins, à permettre une surveillance électronique de l'adhésion aux pratiques exemplaires de gestion du diabète, et à envoyer des signaux d'alerte aux médecins lorsque ces pratiques ne sont pas suivies.
- *Application qui intègre toutes les autres applications et les relie à un portail* – Le fait d'intégrer les applications clés qui ont été créées permettra à celles-ci, « en coulisse », de communiquer entre elles et de partager l'information

**Figure 2 : Progrès dans les administrations publiques à l'égard des six principaux extraits des DSE au 31 mars 2009**

Source des données : Inforoute santé du Canada

Administration	Système d'information					
	Registre des clients	Registre des prestataires	Imagerie diagnostique	Systèmes d'information sur les médicaments	Systèmes d'information de laboratoire	Rapports cliniques ou vaccination
PE						
AB						
BC						
SK						
NL						
QC						
MB						
NS						
NB						
ON						
NT						
YT						
NU						

	Terminé à 95-100 %
	Partiellement terminé
	Planification en cours
	Prévision

contenue dans les dossiers des patients. Une fois intégrées, elles devront être reliées à un portail central ou un « visualiseur » permettant aux fournisseurs autorisés de soins de santé de voir, dans une seule fenêtre, les données sur les patients qui sont contenues dans un certain nombre de bases de données différentes, comme le montre la figure 1. Les fournisseurs de soins de santé pourront également procéder à la mise à jour en ligne de l'information sur les patients, au moyen d'une interface unique. Essentiellement, ce produit final permettra d'afficher dans une seule fenêtre tous les renseignements cliniques et renseignements de santé personnels importants relatifs à un patient.

- *Projet relatif à la mise en œuvre et à l'adoption* – Ce projet vise à soutenir la mise en œuvre et l'adoption réussies de l'ensemble des applications et des systèmes d'information au sein des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et des collectivités connexes de l'Ontario.

La figure 3 résume les dépenses totales engagées au titre du système de DSE au 31 mars 2009 – dans la mesure du possible, nous avons indiqué les montants affectés aux divers projets de DSE.

### Préoccupations à l'égard de la gestion des projets

Parmi les projets liés aux systèmes d'information et aux registres, nous avons constaté que peu

**Figure 3 : Dépenses<sup>1</sup> consacrées aux projets et initiatives reliés aux DSE (en millions de \$), 2002-2003 – 2008-2009**

Source des données: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Projet/Initiative	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	Total
ASIS <sup>2</sup>	12	85	87	111	125	173	224	817
Direction du programme de cybersanté du Ministère	–	–	3	4	5	9	5	26
Système d'imagerie diagnostique	–	–	10	10	1	23	25	69
Système d'information sur les médicaments	–	–	3	7	3	–	5	18
Système d'information de laboratoire	–	–	8	21	28	32	7	96
electronic Child Health Network <sup>3</sup>	–	–	–	–	–	9	9	18
Identité, accès et protection de la vie privée	–	–	–	–	–	–	19	19
Registre du diabète	–	–	–	–	–	–	5	5
Intégrer tous les systèmes et les relier à un portail	–	–	–	–	–	–	10	10
Implantation et adoption	–	–	–	–	–	–	11	11
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>85</b>	<b>111</b>	<b>153</b>	<b>162</b>	<b>246</b>	<b>320</b>	<b>1 089</b>

1. Ces dépenses comprennent les coûts indirects, les salaires et les frais administratifs en plus des dépenses consacrées aux projets de DSE.

2. Les dépenses de l'ASIS comprennent les dépenses consacrées au réseau.

3. Le electronic Child Health Network est un système de DSE pour les enfants âgés de moins de 19 ans; le Ministère avait prévu d'étendre ce système en 2007, mais les plans futurs à ce sujet sont incertains à la suite du nouveau plan stratégique de 2009 pour la cybersanté.

d'entre eux progressaient de façon satisfaisante pour ce qui est de réaliser leurs différentes étapes dans les délais prévus et également pour ce qui est d'offrir les fonctionnalités requises pour répondre aux besoins des utilisateurs. De plus, les projets étaient entrepris en général avant la définition et l'acquisition de toutes les ressources nécessaires pour les mener à bien. Par exemple, dans bien des cas, il n'y avait aucune analyse complète des heures requises de la part du personnel et des consultants ni des coûts des autres intrants, comme les ordinateurs et les logiciels, nécessaires pour réaliser le projet. Après le démarrage du projet, les dépenses et les produits à livrer ne faisaient pas l'objet du suivi en bonne et due forme qui aurait permis de donner à la direction l'assurance que les produits étaient livrés parallèlement à l'engagement des coûts connexes. Nous avons également constaté que

toute la question de l'intégration des systèmes et de la gestion des questions de protection de la vie privée pour chacun d'eux nécessitera une attention beaucoup plus grande.

Nous présentons dans les sections suivantes nos observations sur les projets en cours les plus importants relativement aux DSE.

### Réseau des DSE et produits et services connexes

Le réseau et les deux centres de données sur lesquels devaient reposer les DSE ont été développés par l'ASIS et relèvent maintenant de Cybersanté Ontario. En décembre 2008, les centres de données hébergeaient environ 1 300 serveurs et le réseau reliait quelque 3 500 clients. La clientèle comprend tous les hôpitaux publics de l'Ontario, les bureaux de santé publique, les centres d'accès aux soins communautaires, les pharmacies de détail à succur-

sales multiples, un grand nombre des organismes de soins continus de la province ainsi que quelques cabinets de médecins. Les services de réseau ont été impartis à deux sous-traitants qui fournissent les circuits reliant la communauté médicale au réseau. L'ASIS n'a pas assuré une gestion adéquate de ces sous-traitants – par exemple, l'une des ententes sur les niveaux de service ne prévoyait aucune pénalité pour un rendement médiocre, ce qui empêchait le gouvernement de veiller au respect de normes de rendement appropriées.

Pendant toute la première moitié de 2008, il est arrivé souvent que les clients n'aient pas accès aux services à cause de problèmes éprouvés avec les centres de données. Le problème a été particulièrement aigu en mai lorsque des pannes intermittentes ont perturbé le service pendant deux semaines. Dans un rapport présenté au conseil le 19 août 2008, le président de l'ASIS soulignait qu'il y avait eu cinq interruptions de service importantes depuis janvier. Une enquête a permis d'établir que la plupart des incidents étaient imputables à des problèmes éprouvés avec les centres de données et non au réseau. On nous a informés que le problème avait été réglé et que les interruptions de service avaient diminué de façon considérable au début de la seconde moitié de 2008. Toutefois, un cabinet-conseil embauché pour examiner trois des plus importantes interruptions de service et formuler des recommandations afin de rétablir la fiabilité du service a conclu qu'il y avait encore un risque élevé que le réseau connaisse des perturbations de service importantes pour les raisons suivantes :

- l'absence de normes et de processus opérationnels;
- l'existence de priorités conflictuelles (mettre l'accent sur l'élargissement du réseau aux dépens de la performance opérationnelle);
- l'immaturation sur le plan de la capacité et de la performance;
- l'absence d'un processus de gestion du cycle de vie de l'infrastructure;
- l'absence de mesures valables pour surveiller la performance du système;

- un réseau de base vieillissant, sur le point d'atteindre la fin de sa durée de vie utile (sa construction remonte à 2002).

Le plan stratégique de 2009 pour la cybersanté reconnaît que des « parties majeures de l'infrastructure sont désuètes et sujettes à une défaillance » et souligne que les arrangements pris avec les deux sous-traitants qui exploitent le réseau ne sont pas gérés de façon adéquate.

L'un des produits de l'ASIS mis au point pour le réseau est son service de courriel appelé « ONE Mail », réalisé à un coût estimatif de 16 millions de dollars. Quand Cybersanté Ontario a pris la relève, le service ONE Mail comptait 225 clients organisationnels et 120 000 clients individuels et l'on prévoyait des dépenses annuelles de 4,4 millions de dollars pour d'autres déploiements du service. Il est intéressant de souligner que, dès 2006, on estimait que seulement le tiers environ des comptes du service ONE Mail étaient actifs; de plus, 53 % des clients ayant répondu à un sondage ont dit qu'ils n'étaient pas satisfaits du service. Au moment de sa création, Cybersanté Ontario a déterminé que le service ONE Mail était inférieur aux services de courriel offerts sur le marché et que la dépendance du service à l'égard du réseau de l'ASIS était une grave lacune – dès que le réseau était en panne, tous les clients du service de courriel étaient touchés. En outre, les déploiements du service affichaient un retard considérable.

Nous avons constaté que l'exploitation du réseau coûtait très cher et que celui-ci était largement sous-utilisé; de plus, il n'y avait aucune stratégie efficace pour en maîtriser les coûts. Sur les coûts d'exploitation de 72 millions de dollars engagés annuellement pour maintenir le réseau, un montant de 30 millions (ou 2,5 millions de dollars par mois) servait à fournir des lignes de communication sur lesquelles il n'y avait guère ou pas de trafic. Nous avons procédé à une analyse du trafic sur l'ensemble du réseau, couvrant les circuits fournis par les deux sous-traitants, et observé ce qui suit :

- La majeure partie du réseau n'est tout simplement pas utilisée. En moyenne, dans tout le

réseau, les clients n'utilisent que 0,5 % de la bande passante disponible et l'utilisation maximale moyenne ne représente qu'environ 16 % de celle-ci.

- Alors que les sous-traitants étaient censés surveiller le trafic sur le réseau, ils ne s'occupaient pas de repérer les circuits individuels qui étaient inactifs ou sous-utilisés. La surveillance se limitait à repérer les circuits les plus achalandés pour déterminer s'il fallait les faire passer à une puissance supérieure. Sur les 4 178 circuits, nous avons estimé que 116 seulement pouvaient nécessiter une augmentation de la puissance parce que l'utilisation maximale dépassait 70 % de la bande passante disponible. Les coûts de revient mensuels de ces circuits dont l'utilisation est particulièrement élevée ne représentent que 90 400 \$, soit moins de 2 % du coût mensuel du réseau.
- Les administrateurs du réseau ont un « processus de relèvement » pour augmenter au besoin la bande passante des clients. À notre avis, il n'y a donc aucune raison de fournir un excédent de bande passante avant que le besoin se fasse sentir. Toutefois, nous avons constaté, sur les 4 178 circuits déployés, que 1 386 d'entre eux étaient entièrement inactifs, presque inactifs ou considérablement sous-utilisés. Cybersanté Ontario verse plus de 2,5 millions de dollars par mois pour maintenir ces circuits en service – soit plus de la moitié du coût d'exploitation mensuel total du réseau. Plus précisément :
  - Il n'y avait absolument aucun trafic sur 198 circuits.
  - Sept-cent-quatre-vingt-deux circuits étaient presque inactifs, leur utilisation maximale moyenne correspondant à moins de 1 % de la bande passante disponible. Par ailleurs, le trafic que nous avons constaté sur ces circuits était tellement faible et décousu qu'il pouvait fort bien être généré par le propre logiciel de surveillance du réseau.

- Quatre-cent-six circuits étaient largement sous-utilisés, leur utilisation maximale moyenne correspondant à moins de 10 % de la bande passante disponible.

- Nous avons en outre constaté que les dispositifs qui assuraient la compilation des données et leur transmission au logiciel de surveillance et de rapport du réseau avaient été mal configurés et produisaient des données inexactes. Plus précisément, le système surestimait l'utilisation de 405 circuits. La direction ne peut pas remédier aux problèmes d'utilisation si elle ne dispose pas de données exactes sur celle-ci.

Nous avons également remarqué que l'ASIS, conformément aux normes du gouvernement fédéral et de l'industrie en matière de sécurité, avait acquis 150 000 certificats d'infrastructure à clés publiques (ICP) en 2001 (ces certificats permettent aux utilisateurs de communiquer entre eux de façon sécurisée et d'être certains de l'identité de leur interlocuteur) et qu'elle prévoyait d'en fournir à tous les utilisateurs finals. Toutefois, cette approche visant à sécuriser les communications a été abandonnée après l'achat des certificats ICP et on estime qu'entre 2 500 et 3 000 d'entre eux seulement ont été délivrés. L'organisme continue malgré tout de payer des droits de licence annuels pour maintenir ces certificats en vigueur. Au moment de notre vérification, un montant d'environ 2,4 millions de dollars avait été versé à ce titre.

### Registre des clients

Comme nous l'avons mentionné, un registre des clients complet et exact est une condition préalable essentielle à la création des DSE. Le coût estimatif du développement de ce registre s'élève à 44,8 millions de dollars.

L'ASIS et le Ministère ont tous deux déployé des efforts considérables pour définir une approche appropriée pour développer le registre. Quand nous avons examiné initialement les activités de l'ASIS, l'idée de constituer le registre à partir des

dossiers de l'Assurance-santé de l'Ontario avait été rejetée parce que ces dossiers étaient incomplets et que la fiabilité de leurs données était jugée discutable. Toutefois, le développement du registre au moyen d'un processus indépendant s'est révélé trop exigeant; les plans actuels prévoient donc de constituer le Registre des clients à partir de la base de données sur les personnes inscrites de l'Assurance-santé de l'Ontario, laquelle comprend tous les Ontariens actuellement couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario. Le lancement initial du Registre des clients était prévu en juin 2009, mais il a été retardé à cause, en partie, de la difficulté de conclure un accord de partage des données avec l'Assurance-santé de l'Ontario que le Ministère et l'organisme auraient été disposés à accepter. La qualité des données de la base de données sur les personnes inscrites demeure également un problème et il reste à résoudre la question de l'identification des quelque 4 % d'Ontariens qui ne sont pas couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario.

La réalisation de certains jalons qui était prévue initialement en 2009-2010 a été repoussée d'un an et l'échéancier détaillé des produits à livrer a été revu. Présentement, on prévoit réaliser un seul élément du Registre des clients en 2010-2011 et aucun en 2011-2012. Ces déboires sont préoccupants parce qu'un registre des clients sûr et entièrement fonctionnel est une composante essentielle du développement d'un système provincial de DSE.

### **Système d'imagerie diagnostique**

Ce projet a démarré quand le Ministère a commencé à appuyer les initiatives régionales visant à délaisser les formats film et papier et à faire passer les images diagnostiques (comme les radiographies, les échographies, les tomodensitogrammes et les images par IRM) et leurs rapports connexes à un format numérique et à les stocker dans des dépôts régionaux. Le projet vise maintenant à mettre les images et les rapports numériques à la disposition des fournisseurs de soins de santé, là où les soins

sont dispensés aux patients. Éventuellement, les dépôts régionaux seront élargis et intégrés au réseau provincial des DSE. Au moment de notre vérification, quatre dépôts régionaux étaient en place et permettaient de stocker, de récupérer, de distribuer et de présenter des images diagnostiques. L'un des principaux objectifs du projet est de stocker dans un format numérique la totalité des images diagnostiques prises par les hôpitaux et de les rendre accessibles aux différents fournisseurs de soins de santé d'ici l'automne 2011.

La première moitié de cet objectif a été réalisée et les efforts visant à faciliter le partage des images se poursuivent. On prévoit que le projet coûtera en tout 280 millions de dollars, dont 107 millions proviendront, si tout va bien, d'Inforoute Santé du Canada. La date de réalisation cible initiale du système, soit mars 2009, a été repoussée à plusieurs reprises. Par exemple, quand nous avons entrepris notre vérification, la date d'achèvement prévue avait été reportée de 18 mois, soit en septembre 2010, quand la décision fut prise de consolider le plan initial de six dépôts pour développer plutôt quatre dépôts afin de réaliser des économies estimatives de 14 millions de dollars dans le cadre du projet. Nous avons également remarqué lors de notre vérification que les plans du projet ne prévoyaient pas d'avoir quelque 700 établissements de santé indépendants reliés aux dépôts – alors que 40 % des images diagnostiques de la province sont actuellement conservées dans ces établissements.

### **Système d'information sur les médicaments**

Le Système d'information sur les médicaments est la deuxième des trois priorités du plan stratégique de 2009 de Cybersanté Ontario. Si le système est livré selon les plans, l'organisme prévoit qu'un système de gestion des profils pharmaceutiques peut permettre de réaliser des économies annuelles estimatives de 350 millions de dollars au chapitre des coûts de la santé.

Le plan stratégique décrit quatre activités à entreprendre dans le cadre de ce projet :

- une démonstration des ordonnances électroniques;
- l'élargissement d'un visualiseur existant des profils pharmaceutiques;
- un système informatisé de commande de médicaments pour les cliniciens du service d'oncologie;
- l'acquisition d'un système d'information sur les médicaments pour fournir aux cliniciens le profil pharmaceutique de tous les résidents de l'Ontario et de leurs prescriptions actuelles et pour fournir aux patients leur historique pharmaceutique et la capacité de consigner et suivre certaines données médicales comme les lectures de la glycémie.

Le projet est censé être mené à bien au cours d'une période de quatre ans et coûter en tout 150,3 millions de dollars. La première activité, soit la démonstration des ordonnances électroniques, est terminée. Ensuite, le visualiseur existant des profils pharmaceutiques, disponible actuellement dans les services des urgences hospitaliers, sera étendu à d'autres services. Les profils pharmaceutiques des patients seront ensuite développés au moyen de la saisie de l'information sur la délivrance des médicaments dans les pharmacies communautaires. Les médecins seront ensuite reliés au système, suivis ultérieurement des autres fournisseurs de soins de santé.

Nous avons également relevé un certain dérapage dans ce projet. Les objectifs d'installation et de mise à l'essai censés être réalisés en avril 2009 n'avaient pas été atteints et la saisie de l'information sur la délivrance des médicaments, qui devait commencer en avril 2010, a été reportée. Infrastructure Ontario sera responsable du processus d'acquisition du système d'information sur les médicaments, lequel contiendra un profil pharmaceutique complet des Ontariens. Cybersanté Ontario prévoit que le processus d'acquisition aura lieu en octobre 2010.

### Système d'information de laboratoire

Ce projet vise à développer un dépôt central des résultats des tests de laboratoire qui permettra aux praticiens autorisés de l'ensemble de la province de commander et visualiser électroniquement ces résultats. En fait, ce projet a commencé vers la fin des années 1990 et il recueille et stocke maintenant une partie importante et sans cesse croissante des résultats des tests réalisés dans les hôpitaux et les laboratoires commerciaux.

Si le système est mené à bien comme prévu, les cliniciens pourront visualiser en ligne les résultats et les rapports des tests de laboratoire de tous les laboratoires hospitaliers, communautaires et de la santé publique quel que soit l'endroit où s'est effectué le test. Les résultats seront reliés aux DSE des patients et en feront partie. On prévoit qu'un système entièrement fonctionnel réduira la répétition inutile des tests et accélérera la pose des diagnostics et l'accès aux soins appropriés. Au moment de notre vérification, un montant d'environ 96 millions de dollars avait été consacré au système et on prévoyait dépenser en tout 210 millions de dollars d'ici 2012. Ce montant comprend les coûts d'implantation et d'adoption ainsi que les coûts permanents d'exploitation et de maintenance.

Dans le cadre de notre examen de ce projet, nous avons constaté que le système ne fonctionnait pas encore comme prévu à cause, en particulier, de l'absence de dispositions législatives autorisant le partage des données. Nos sujets de préoccupation étaient les suivants :

- Alors que le projet initial approuvé prévoyait que 80 % des résultats des tests de laboratoire seraient consignés dans le système au 31 mars 2009, le pourcentage à cette date n'était que de 51 %. De plus, le projet initial prévoyait que 60 % des résultats des tests de laboratoire de la province seraient accessibles aux utilisateurs à cette même date, mais aucun résultat ne l'était à ce moment.
- Le système a été développé principalement par un cabinet-conseil qui a livré le produit final au Ministère en août 2007. Toutefois, à

ce moment, le Ministère et le cabinet-conseil ont tous deux constaté que le système devait offrir davantage de fonctionnalités pour répondre aux besoins des praticiens; de plus, plusieurs lacunes et défauts ont été relevés dans le système. Pendant la période de garantie, le Ministère a surtout veillé à ce que le cabinet-conseil développe certaines fonctionnalités additionnelles nécessaires au lieu de lui demander de corriger les défauts du produit. En mars 2008, à l'échéance de la garantie, il restait 139 défauts, dont 40 « reliés aux exigences » parce qu'elles étaient associées à la tentative d'ajouter davantage de fonctionnalités au concept initial. Soixante-douze autres défauts correspondaient à des défauts majeurs. Le Ministère nous a informés qu'il avait dû régler la plupart d'entre elles au lieu que ce soit le cabinet-conseil.

- Même si le système était prêt du point de vue technique à fournir des données aux cliniciens, il ne leur en fournissait pas encore. De plus, certaines de ses lacunes étaient manifestes dès le début. Alors que la base de données contenait des données exactes, le visualiseur montrait souvent des erreurs ou des blancs, il était lent à répondre et il affichait parfois les données de façon incorrecte. Les utilisateurs précoces dans les hôpitaux et les laboratoires communautaires éprouvaient beaucoup de problèmes avec l'interface, notamment la défaillance pure et simple de l'application, la non-réactivité et des problèmes de formatage. Le Ministère était conscient de la qualité médiocre du visualiseur et nous a informés qu'il ne l'aurait pas fourni aux utilisateurs s'il avait été en mesure d'en développer un plus efficace dans les délais prévus. Toutefois, comme il ne voulait pas retarder le travail de validation en cours dans les hôpitaux et les laboratoires communautaires, il a déployé une interface qu'il appelait le « visualiseur de dernier ressort ».

- L'un des principaux objectifs du projet est de permettre aux laboratoires communautaires, aux hôpitaux et aux autres fournisseurs de services de partager les résultats des tests quel que soit l'endroit où s'effectue le test. Toutefois, il n'y a aucun partage de données actuellement parce que les protocoles et les pratiques de gestion du consentement qui sont nécessaires pour permettre ce genre de partage tout en protégeant la vie privée des patients et la confidentialité de leurs renseignements personnels ne sont pas en place. Par conséquent, les laboratoires et les hôpitaux qui participent au projet des adopteurs précoces se contentent d'entrer des données dans le système et de l'utiliser à l'occasion pour vérifier leurs propres données. Ils n'ont aucunement accès aux tests de laboratoire effectués ailleurs.
- Le déploiement du système dans l'ensemble de la province, qui devait avoir lieu initialement à l'automne 2007, est considérablement en retard. Les employés affectés au projet continuent de travailler avec un groupe composé de trois laboratoires communautaires et de quatre hôpitaux pour mener à bien un projet d'adopteurs précoces qui devait être terminé initialement en mars 2008.
- Les extraits du système d'information de laboratoire continuent d'évoluer, même si le système lui-même a été développé et en est à l'étape de l'implantation et de l'adoption. Deux extraits importants ajoutés récemment au projet permettaient aux patients d'accéder au système et permettaient l'intégration avec le Registre du diabète; il s'agit de deux extraits qui n'avaient pas été envisagés au départ.

### Systèmes de dossiers médicaux électroniques

Dans un sondage réalisé en 2006 par le Commonwealth Fund auprès de sept pays, le Canada comptait le plus faible pourcentage de médecins de

premier recours ayant un système de DME (23 %) et seulement 6 % en exploitaient tout le potentiel. Inforoute rapporte des données semblables, estimant que moins de 20 % des médecins de premier recours du Canada ont implanté un système de DME pour faciliter la gestion de leur cabinet. Bien que l'utilisation des systèmes de DME soit à la hausse (les résultats du Sondage national des médecins de 2004 et 2007 indiquent respectivement que le pourcentage de médecins canadiens utilisant un système de DME a augmenté de 18 % à 26 %), elle est loin des niveaux requis pour réaliser pleinement l'initiative des DSE.

En mai 2008, l'Ontario College of Family Physicians a publié un document de discussion dans lequel il se disait préoccupé par l'absence d'une stratégie de cybersanté qui garantirait une intégration efficace des DME avec les autres initiatives de DSE. L'organisme était d'avis que l'interopérabilité constituait un facteur clé des gains d'efficacité que l'on peut réaliser avec les DME. Il indiquait également que de nombreux médecins hésitaient à adopter les DME parce qu'ils doutaient de la fiabilité du réseau construit par l'ASIS.

Le Ministère a admis qu'il n'y avait pas suffisamment de médecins qui avaient adopté les DME et il s'employait à améliorer les taux d'adoption depuis un certain temps. En 2005, en partenariat avec l'Ontario Medical Association, le Ministère a octroyé du financement pour permettre à environ 30 % des médecins de premier recours de l'Ontario, soit 3 300 d'entre eux, d'acquérir des systèmes de DME. Le taux de pénétration des DME est devenu ainsi comparable au taux moyen d'adoption dans les autres administrations canadiennes.

Plus de 1 700 autres médecins de premier recours avaient présenté une demande de financement au moment de l'épuisement en avril 2009 du financement initial accordé par le gouvernement pour l'acquisition de systèmes de DME. Le conseil d'administration de Cybersanté Ontario a approuvé récemment un montant supplémentaire de 100 millions de dollars pour poursuivre cette initiative. La Stratégie de cybersanté vise un taux d'adoption des

DME par 65 % des médecins de premier recours d'ici avril 2012 et prévoit que ceci nécessitera un financement supplémentaire de 50 millions de dollars en 2011 et de 77 millions de dollars en 2012. La réalisation de l'objectif devrait donc coûter plus de 225 millions de dollars.

Nous reconnaissons que les médecins de premier recours représentent actuellement la cible la plus logique pour l'adoption des DME. Toutefois, il y a environ 12 700 médecins qui exercent en cabinet (ce qui représente près de 56 % des médecins de la province) qui ne disposent pas d'un système de DME. Ceci comprend les spécialistes qui exercent en cabinet et qui sont présentement exclus du groupe de ceux qui peuvent présenter une demande de financement pour acquérir un système de DME. D'après les estimations, quelque 5 000 d'entre eux auront besoin d'un tel système à un moment donné.

On estime qu'une subvention de 28 000 \$ par médecin est disponible en vertu du modèle de financement actuel de l'acquisition d'un système de DME. La subvention couvre environ 75 % des coûts d'acquisition et de maintenance du logiciel de DME, du matériel de bureau comme les ordinateurs et les imprimantes, de la connectivité à un réseau sécurisé et de la formation sur les DME. Si tous les médecins qui exercent en cabinet bénéficient à un moment donné du soutien de ce programme ou d'un programme similaire, il en coûtera en tout près de 450 millions de dollars au gouvernement pour aider les médecins à adopter les DME.

### **electronic Child Health Network**

Le electronic Child Health Network (réseau eCHN) est un système de DME développé initialement en 1999 sous la direction de l'établissement Hospital for Sick Children. Il fournit des DME pour les patients âgés de moins de 19 ans; au début de l'exercice 2005-2006, il était utilisé par 64 hôpitaux ontariens. Cette même année, l'Ontario avait lancé un projet visant à étendre la disponibilité du réseau eCHN aux principaux hôpitaux pédiatriques, aux centres d'accès aux soins communautaires, aux

centres de traitement des enfants, aux médecins et aux autres professionnels de la santé. Pour chacun des patients inscrits dans ses dossiers, le réseau eCHN consigne et stocke les renseignements sur l'admission, le départ et le transfert pour toutes les interventions à l'hôpital, les résultats des tests de laboratoire, les rapports d'image diagnostique, d'autres rapports comme ceux établis à la suite des visites dans les cliniques ainsi que les médicaments administrés au patient durant son séjour à l'hôpital.

Le Ministère a octroyé au réseau eCHN un financement d'environ 28,5 millions de dollars entre l'exercice 1998-1999 et l'exercice 2005-2006. En vertu de son entente actuelle avec l'établissement Hospital for Sick Children, le Ministère octroie au réseau eCHN un montant annuel additionnel de 8 millions de dollars au titre des frais d'exploitation et 200 000 \$ à l'égard de chaque nouvel hôpital ou emplacement relié au réseau. Au 31 mars 2009, 100 hôpitaux étaient reliés au réseau.

En 2007, l'ASIS a mené une étude pour examiner la possibilité d'étendre l'utilisation du réseau eCHN afin d'inclure les adultes et d'en faire un système de DSE de la « première génération ». Bien que ceci soit encore à l'étude, le plan stratégique de 2009 ne donne pas de précisions quant à la façon d'intégrer le réseau eCHN à l'initiative des DSE.

### Registre du diabète

Selon les prévisions, le Registre du diabète devrait coûter 54 millions de dollars. La date cible que le gouvernement avait fixée pour le lancement initial du registre était avril 2009, conformément à ce qui est indiqué dans un communiqué de presse daté du 22 juillet 2008 qui annonçait sa mise en ligne :

La stratégie comprend un registre en ligne qui permettra d'améliorer les soins autonomes en donnant aux patients l'accès aux renseignements et aux outils éducatifs qui leur fourniront les moyens de prendre leur maladie en charge. Le registre donnera aux fournisseurs de soins

de santé la possibilité de consulter facilement les dossiers des patients, d'accéder aux renseignements sur le diagnostic et de faire parvenir des alertes aux patients. On prévoit que le registre sera mis en ligne au printemps 2009.

Toutefois, cette mise en ligne n'a jamais eu lieu et la date proposée pour le lancement du registre a changé régulièrement et de façon importante. Par exemple, dans les documents énumérés ci-dessous on trouve les dates suivantes pour le lancement initial proposé :

- dans le rapport d'août 2008 au Conseil de gestion du gouvernement – avril 2009;
- dans la charte de projet de novembre 2008 – juin 2009;
- dans le plan stratégique de mars 2009 pour la cybersanté – avril 2010;
- dans la « redéfinition des paramètres de base » de Cybersanté Ontario en juin 2009 – l'automne 2010.

Par ailleurs, le contenu mis en ligne a diminué au fil du temps. Les plans initiaux qui prévoyaient de mettre le registre à la disposition de tous les Ontariens ont été ramenés à une « mise en production limitée » à trois emplacements dans chacun de deux RLISS. Autrement dit, les produits à livrer ont été réduits de façon considérable depuis la première fois où le gouvernement s'est engagé publiquement à instaurer le registre.

L'une des premières activités entreprises dans le cadre de l'initiative du Registre du diabète est le rassemblement des données des patients diabétiques et des fournisseurs de soins. Il s'agit d'un sous-projet connu sous le nom d'Initiative des données de base sur le diabète (IDBD). Dans le cadre de cette initiative, les données sont recueillies manuellement à un moment précis. Malheureusement, il n'existe aucun mécanisme actuellement pour actualiser l'information recueillie. Cette initiative suppose que tous les fournisseurs de soins de l'Ontario communiqueront volontairement et en temps opportun l'information sur le diabète de

leurs patients et le feront dans la forme requise pour alimenter le registre – l'avenir dira si cette hypothèse est fondée. De plus, on ignore quand et comment les données recueillies manuellement dans le cadre de l'IDBD seront consignées dans le registre.

L'Ontario College of Family Physicians a fait part de ses préoccupations à l'égard du Registre du diabète dans son document de discussion intitulé *Discussion Document: eHealth and Family Medicine*. L'organisme souligne que si le registre complique encore davantage la gestion des patients en exigeant la saisie en double des données (dans le système du registre ainsi que dans le système des dossiers médicaux du médecin, qu'il s'agisse de dossiers sur papier ou électroniques), « son adoption, quelles que soient les mesures d'encouragement, sera limitée ».

Actuellement, le projet de Registre du diabète exclut les enfants et les personnes non assurées. Les enfants sont exclus à cause de problèmes de gestion du consentement non résolus et nous n'avons relevé aucun plan visant à les inclure ultérieurement. Les personnes non assurées sont exclues parce que la principale source d'information utilisée sur les patients est la base de données sur les demandes de remboursement de l'Assurance-santé de l'Ontario. Rien n'est prévu actuellement pour inclure dans le registre, et au bout du compte dans l'initiative des DSE, les personnes qui ne sont pas couvertes par l'Assurance-santé de l'Ontario, comme les Ontariens dont l'assurance-santé est fournie directement par le gouvernement fédéral (les anciens combattants, les détenus dans les établissements correctionnels du gouvernement fédéral, les membres des Premières nations, la GRC et les Forces canadiennes).

L'organisme a décidé de mêler Infrastructure Ontario au processus d'acquisition et tente ainsi de financer le projet par le truchement du programme de diversification des modes de financement et d'approvisionnement, lequel prévoit la formation de partenariats et le partage des risques financiers avec le secteur privé dans toute la mesure du pos-

sible. En guise de conclusion, lors de notre vérification, le ratio prévu des consultants et des employés internes travaillant au projet, qui était de 75:25, n'était pas respecté – le recours aux consultants demeurerait beaucoup plus élevé que prévu.

### Intégrer les systèmes et les relier à un portail

Le système qui intégrera les applications et les systèmes d'information susmentionnés et les reliera à un portail ou à un visualiseur est connu sous le nom de « couche d'accès à l'information sur la santé » (CAIS). Le développement de la CAIS de l'Ontario en est au stade des balbutiements.

En l'absence d'un tel système, les différentes applications fonctionnaient de façon indépendante. Par conséquent, chaque équipe de projet incorporait dans ses systèmes ses propres contrôles en matière de protection des renseignements personnels et de consentement et ces efforts n'étaient pas intégrés.

Au moment de notre vérification, un projet de services d'intégration de 237 millions de dollars, qui visait à fournir les assises de la CAIS en faisant en sorte que tous les systèmes se rapportant aux DSE puissent échanger de l'information, n'avait pas encore démarré. Il restait également à développer un module de gestion du consentement visant à permettre aux patients d'exercer un certain contrôle sur la communication de leurs renseignements de santé personnels entre les différents systèmes. La demande de propositions pour construire l'épine dorsale de ce système d'intégration avait été reportée de janvier à juin 2009 (à cause du passage de l'ASIS à Cybersanté Ontario).

Le projet de portail de cybersanté a pour but de développer l'interface en ligne qui permettra au bout du compte au public d'avoir accès aux services de DSE. Le projet comprend l'instauration de normes et de processus qui permettront d'obtenir une vue intégrée de l'information clinique et des renseignements de santé personnels. Par exemple, le portail permettra aux cliniciens et à leurs patients d'avoir accès en même temps – de n'importe où et

à n'importe quel moment – aux résultats des tests de laboratoire du Système d'information de laboratoire et aux profils pharmaceutiques du Système d'information sur les médicaments.

Dans le plan initial, le portail devait être disponible dans son intégralité en juin 2009. Ce ne fut pas le cas et le plan actuel comporte les modifications suivantes :

- Le portail des consommateurs, qui permettra aux patients et à leurs familles de consulter leurs données de santé personnelles et de gérer eux-mêmes certains aspects de leurs soins de santé, devrait être disponible au cours des premiers mois de 2011; il s'agira d'une mise en production limitée au lieu de la mise en production intégrale qui était prévue au départ. La mise en production nécessitera d'intégrer les services d'inscription et de connexion, les résultats des tests de laboratoire, le profil pharmaceutique du patient, le Registre du diabète, les ressources du savoir sur la santé, l'imagerie diagnostique, une application pour gérer les vaccinations ainsi que les commandes et la distribution des vaccins, et une application pour gérer les éclosions de maladies transmissibles. La prochaine étape de ce processus complexe consiste à mener à bien une stratégie axée sur les consommateurs, prévue en décembre 2009.
- Le portail des cliniciens, qui vise à fournir aux cliniciens des outils et des connaissances ainsi que l'accès aux antécédents médicaux complets de leurs patients, sera maintenant offert uniquement à 250 cliniciens, initialement au printemps 2010. Au moyen de ce déploiement, l'organisme prévoit fournir un éventail de données plus limité que ce qui était prévu dans le plan initial. L'intégration du portail avec le Registre du diabète est maintenant prévue au cours de l'exercice 2011-2012.

### Programme d'implantation et d'adoption

Ce programme vise à faciliter l'implantation et l'adoption de chacune des applications propres aux DSE par la communauté des utilisateurs. Son coût estimatif au cours de la période de quatre ans se terminant en 2012 est de 340,6 millions de dollars.

Au départ, on prévoyait dépenser 120 millions de dollars au cours de l'exercice 2009-2010 pour faciliter le déploiement en avril 2009 du Registre du diabète, du Registre des clients, du Registre des fournisseurs et du portail à l'ensemble des fournisseurs de soins de santé qui dispensent des soins aux diabétiques (c'est-à-dire, les médecins de premier recours et les spécialistes qui participent à la pose du diagnostic, au traitement, à l'éducation sur le diabète et aux services connexes) dans 14 RLISS de l'Ontario. Ce déploiement devait également comprendre les patients diabétiques consentants de l'ensemble de la province. Toutefois, étant donné qu'aucune de ces applications n'est prête, aucun des plans d'implantation et d'adoption n'était en cours au moment de notre vérification.

En résumé, les projets de DSE de l'Ontario sont en retard et peinent à respecter leurs mandats. De même, l'intégration de ces projets pour faire en sorte que tous les acteurs conjuguent leurs efforts afin de fournir collectivement un système de DSE à la communauté médicale et à tous les Ontariens et Ontariennes reste un défi.

### UTILISATION ET ACQUISITION DES SERVICES DE CONSULTATION

En général, les consultants coûtent beaucoup plus cher que les employés à temps plein – un consultant dont le taux horaire est de 300 \$, par exemple, toucherait un montant supérieur à 500 000 \$ pour une année de travail. Même les employés à temps plein comptant le plus d'expérience coûtent beaucoup moins cher qu'un consultant. De plus, les consultants, en général, ne transmettent pas leurs connaissances à la fin de leur contrat. Or, assurer un transfert intégral des connaissances pertinentes entre les consultants et les employés pour permettre

à ces derniers d'utiliser ou de continuer à développer sans aide extérieure les systèmes auxquels les consultants ont travaillé est plus facile à dire qu'à faire en général.

Les consultants devraient avoir comme rôle principal de compléter les ressources internes et de fournir une expertise et des conseils d'expert, habituellement pour de courtes périodes. Le recours aux services d'un cabinet-conseil pour construire et livrer un système complet et entièrement fonctionnel est également une option. Ce pourrait être en fait l'option privilégiée en période de gel de l'embauchage quand les ministères ont de la difficulté à acquérir les ressources nécessaires pour gérer de nouvelles initiatives stratégiques comme la cybersanté. Cette approche comporte toutefois des risques. Il est important que les organismes disposent de politiques et de processus précis pour l'utilisation de fournisseurs attirés et la sélection concurrentielle des consultants. Ces politiques devraient exiger que les mandats et les produits à livrer soient clairement définis dès le départ et que les consultants transmettent leurs connaissances au personnel interne. Ainsi, l'organisation aurait moins besoin de recourir aux services de consultants ultérieurement, et le risque que des consultants tiennent l'organisation en otage en menaçant de « claquer la porte » s'en trouverait réduit. De plus, il est préférable que les ententes en matière de paiement reposent sur les résultats atteints plutôt que sur les heures facturables.

Par ailleurs, il est essentiel qu'une organisation compte à l'interne des employés possédant des connaissances techniques suffisantes pour pouvoir assurer une surveillance et une gestion efficaces du travail des consultants. Dans le cadre de vérifications antérieures de projets majeurs de TI au gouvernement, nous avons remarqué que ce point faisait souvent défaut. Nous avons également noté que la tendance à acquérir des ressources en réaction à un besoin immédiat plutôt qu'en fonction d'un besoin à long terme entraîne souvent un recours excessif aux consultants.

## Ampleur du recours à des services de consultation

Le gouvernement de l'Ontario a lancé l'initiative des DSE au début des années 2000 et créé la Direction du programme de cybersanté au début de 2005. Nous avons toutefois remarqué que, même en 2009, le recours à des services de consultation au Ministère et à Cybersanté Ontario demeure très élevé. Par exemple, au moment de l'intégration de la direction à l'organisme Cybersanté Ontario en avril 2009, le Ministère comptait plus de 300 consultants en DSE travaillant à contrat par rapport à 27 employés de la cybersanté. Lors d'une vérification des pratiques pangouvernementales en matière de services de consultation que nous avons effectuée en 2002, nous avons également critiqué l'ampleur du recours de l'ASIS à des services de consultation. Depuis, l'ASIS a apporté des améliorations à cet égard et comptait au 30 septembre 2008 environ 560 employés à temps plein et 110 consultants. Toutefois, comme on peut le voir dans la Figure 4, il y a eu une augmentation spectaculaire du nombre et des prix plafonds des contrats de services de consultation octroyés par

**Figure 4 : Augmentation des contrats de services de consultation à la Direction du programme de cybersanté du Ministère, 2002-2003 - 23 janvier 2009**

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Exercice	Nombre de contrats de services de consultation octroyés	Prix plafond cumulé des nouveaux contrats (000 \$)
2002-03	1	375
2003-04	3	886
2004-05	24	4 872
2005-06	18	2 825
2006-07	31	4 772
2007-08	81	10 160
2008-09*	328	38 252
<b>Total</b>	<b>486</b>	<b>62 140</b>

\* jusqu'au 23 janvier 2009

la Direction du programme de cybersanté du Ministère depuis l'exercice 2002-2003, ce qui témoigne de l'accroissement des efforts déployés récemment par le Ministère pour réaliser les projets de DSE.

Nous sommes d'avis que la supervision et le contrôle du rendement des consultants devraient être assurés par des employés du gouvernement. Toutefois, dans plusieurs cas, des consultants planifiaient, supervisaient et géraient le travail d'autres consultants. Plusieurs postes de cadre supérieur au Ministère étaient occupés par des consultants. Plus de 40 % des employés de Cybersanté Ontario étaient des consultants et ceux-ci occupaient 25 % des postes de cadre supérieur. Globalement, beaucoup de consultants en DSE étaient embauchés depuis plusieurs années. Nous avons remarqué qu'un montant total de 11,3 millions de dollars avait été versé à huit consultants qui avaient été embauchés pour travailler à des projets reliés aux DSE qui remontaient à 2001.

Le recours à des consultants pour combler des postes de cadre supérieur s'est poursuivi même après la création de Cybersanté Ontario. Pendant la période de transition, la directrice générale de Cybersanté Ontario avait nommé quatre nouveaux vice-présidents principaux relevant de celle-ci et les quatre étaient des consultants. Un point particulièrement préoccupant est le fait que l'un d'entre eux était un associé principal du cabinet-conseil qui avait obtenu et continuait d'obtenir d'importants contrats de services de consultation. Plus précisément, le Ministère avait déjà retenu les services de ce cabinet-conseil pour élaborer la Stratégie de cybersanté. Il avait ensuite été embauché pour diriger la transition à Cybersanté Ontario et s'était vu aussi octroyer des contrats importants pour travailler au projet du Registre du diabète, au projet du Système d'information sur les médicaments et aux registres des clients, des fournisseurs de soins de santé et du consentement des patients. Nous nous sommes interrogés à propos de cette nomination en particulier, car elle créait, à tout le moins, une apparence de conflit d'intérêts entre le rôle de cette personne comme représentant et protecteur

des intérêts de la province en qualité de vice-président principal d'un organisme de la Couronne et son rôle dans l'avancement des intérêts du cabinet-conseil pour lequel elle travaillait.

Nous trouvions également préoccupante l'ampleur de la participation des consultants aux activités administratives, dont un grand nombre auraient pu être exécutées de façon plus économique, selon nous, par des employés salariés. Des taux journaliers élevés ont été payés à des consultants pour préparer, examiner et réviser des messages d'accueil de messagerie vocale, des lettres de remerciements, des notes de service internes, des pages Intranet, des communications sur les activités saisonnières ainsi que des documents préparés par d'autres consultants. Il est possible d'acquérir des services de rédaction professionnels à contrat pour des taux horaires se situant entre 50 \$ et 65 \$. Or, Cybersanté Ontario payait des taux horaires de l'ordre de 300 \$ pour ce genre de services.

Nous croyons que la raison principale pour laquelle le Ministère recourait de façon excessive aux consultants était son désir de répondre immédiatement aux besoins des projets. Il y avait peu d'éléments probants d'une planification soignée à long terme, comme des prévisions formelles de toutes les ressources nécessaires pour l'initiative des DSE – ou même des ressources nécessaires en fonction de chaque projet –, qui aurait permis de prévoir et de prendre à l'avance les dispositions les plus économiques pour acquérir ces ressources. Il n'y avait aucun plan global regroupant tous les besoins futurs connus en matière de ressources pour la durée de l'initiative des DSE, malgré l'identification dès l'an 2000 des projets considérés comme une priorité du gouvernement. Le Ministère embauchait continuellement des consultants pour diriger les différentes équipes de projets de l'initiative des DSE sans déployer davantage d'efforts pour embaucher des ressources internes ou pour développer à l'interne la capacité de gérer et d'exécuter les projets. Dans la plupart des cas, on recrutait du personnel interne uniquement pour exécuter des travaux se rapportant à l'administration, à

l'élaboration des politiques ou à la gestion des finances. Or, même dans ces cas, nous avons remarqué que ce sont des consultants qui préparaient les mémoires au Conseil des ministres et les budgets nécessaires pour élaborer les plans du Ministère axés sur les résultats.

Nous avons également examiné si le Ministère avait fait des efforts pour s'assurer que le savoir était transmis au personnel interne afin de réduire le besoin de recourir ultérieurement à des consultants. Pour 40 des 45 contrats que nous avons examinés au Ministère, aucune mesure n'avait été prise à la fin du contrat pour tenter de déterminer s'il y avait eu un transfert de connaissances. Nous avons remarqué que la documentation du Ministère invoquait souvent le motif de l'« urgence » ou de la « pénurie de ressources internes ayant les compétences et les connaissances requises » comme justification du renouvellement des contrats de services de consultation.

### Acquisition des services à Cybersanté Ontario

L'acquisition des services de consultants en cybersanté durant la période située entre octobre 2008 et juin 2009 a fait la manchette dans les médias et a été l'objet de discussions animées à l'Assemblée législative. Il s'agit de la période de transition au cours de laquelle les activités de l'ASIS et celles de la Direction du programme de cybersanté du Ministère ont été regroupées dans un nouvel organisme, soit Cybersanté Ontario. Compte non tenu de la valeur des prorogations de contrat qui ont été accordées quand les consultants travaillant à contrat pour la Direction du programme de cybersanté du Ministère ont commencé à relever de Cybersanté Ontario, cet organisme a octroyé des contrats de services de consultation de 5,6 millions de dollars au cours de cette période de neuf mois. Aucun de ces contrats n'a fait l'objet d'un appel d'offres et il n'y avait aucune explication par écrit pour justifier le recours à un fournisseur unique. La directrice générale de l'organisme avait conclu elle-même

ces contrats, qui représentaient 95 % du montant total, sans lancer d'appel d'offres et sans mêler au processus les ressources humaines du Ministère et de l'organisme. En fait, la directrice générale avait fait fi de l'ensemble des procédures et des contrôles normaux utilisés par le service des achats de l'ASIS. La plupart des contrats avaient été signés uniquement après le début des travaux. L'un des contrats les plus discutables concernait l'embauchage d'une entreprise de recrutement au coût de 1 million de dollars pour aider à combler 15 postes de cadre supérieur. De toute évidence, ce travail aurait pu faire l'objet d'un appel d'offres ou, à tout le moins, être confié à plusieurs entreprises spécialisées dans le recrutement pour différents secteurs fonctionnels. Par ailleurs, pour ce genre de contrats, on verse habituellement les honoraires en trois étapes : au début du contrat, après la première sélection des candidats appropriés et à la suite de l'embauchage du candidat retenu par le client. Or, cette entreprise avait reçu le paiement de la majorité des honoraires dès le début. Nous avons remarqué que seulement 5 des 15 postes avaient été comblés à la fin du contrat et qu'aucun montant n'avait été réclamé par l'organisme ni retourné à celui-ci.

La politique d'approvisionnement de Cybersanté Ontario exigeait que la directrice générale « veille à instaurer des processus d'approvisionnement adéquats, en particulier pour l'approvisionnement non concurrentiel ». Les circonstances permettant de recourir au processus d'approvisionnement non concurrentiel étaient à juste titre très limitées à notre avis. Elles comprenaient « une situation d'urgence imprévisible », des situations où « un processus d'approvisionnement concurrentiel pourrait être raisonnablement considéré comme pouvant compromettre la confidentialité de Cybersanté Ontario, entraîner une perturbation économique ou être par ailleurs contraire à l'intérêt public », des situations où il est nécessaire « de reconnaître les droits exclusifs, tels que les licences exclusives, le droit d'auteur et les droits de brevet », et les situations où « les biens ou services ne peuvent être fournis que par un fournisseur particulier et il

n'existe aucun produit ou service de rechange ou de remplacement ». Toutefois, la politique n'exigeait pas de justifier par écrit la décision d'acquérir des services de façon non concurrentielle. Elle n'exigeait pas non plus que la direction divulgue au conseil d'administration ou à l'un de ses comités la décision de renoncer au lancement d'un appel d'offres, même pour les contrats d'un montant important. Par conséquent, la justification de ces décisions était peu ou pas documentée et la directrice générale appliquait ces exemptions de façon très large.

Pendant les mois où la directrice générale a autorisé ces acquisitions de services, le conseil a reçu très peu d'information à leur sujet. Conformément à ce qui est indiqué dans le procès-verbal de la réunion du 26 novembre 2008 du conseil de Cybersanté Ontario, la directrice générale a informé le conseil que « l'acquisition des ressources pour l'équipe de transition est gérée conformément aux politiques qu'appliquait l'ASIS et aux principes du Conseil de gestion du gouvernement ». Nous avons constaté que cette affirmation était quelque peu trompeuse étant donné que le conseil ignorait que ce sont les exemptions à ces politiques qui étaient en fait appliquées plutôt que leurs dispositions régulières en matière d'approvisionnement concurrentiel. À cet égard, nous avons remarqué que le conseil, à cette même réunion, avait approuvé une ligne directrice sur la délégation des pouvoirs de signer et de dépenser selon laquelle tous les engagements et les paiements d'une valeur supérieure à 1,5 million de dollars devaient être approuvés par le conseil. Les engagements et les paiements portant sur des montants moindres pouvaient être approuvés uniquement par la directrice générale. Toutefois, la ligne directrice énonçait également ce qui suit :

La directrice générale fait rapport au conseil par écrit de tous les engagements et de toutes les autorisations de paiement d'une valeur supérieure à 1 000 000 \$ qui ont été approuvés depuis le dernier

rapport au conseil, ainsi que de tous les engagements et de toutes les autorisations de paiement qu'elle juge importants quel qu'en soit le montant et qui :

1. comportent des risques d'entreprise, de réputation et juridiques inhabituellement élevés;
2. pourraient soumettre l'organisme à l'examen public;
3. pourraient porter atteinte à la réputation de l'organisme;
4. comportent des questions controversées;
5. comportent des questions qui ne relèvent pas du cours normal des activités de l'organisme.

Malgré cette disposition, la directrice générale n'a soumis à l'attention du conseil aucun des contrats à fournisseur unique qu'elle avait personnellement préparés et attribués.

Nous avons rencontré le conseil au complet et lui avons demandé dans quelle mesure il était informé de la façon dont ces services de consultation étaient acquis. Les membres du conseil nous ont dit qu'ils supposaient que l'acquisition des services de consultation se faisait au moyen d'un appel d'offres normal jusqu'à ce qu'ils prennent connaissance de la question des contrats à fournisseur unique soulevée par les médias.

Le conseil ne savait pas que l'acquisition des services de consultation reliés à la transition se faisait au moyen de contrats à fournisseur unique, mais il était au courant que plusieurs contrats de services de consultation du Ministère avaient été prorogés sans mise en concurrence au moment de leur transfert à Cybersanté Ontario. Le conseil de l'organisme hésitait jusqu'à un certain point à accepter ces prorogations de contrats, comme en témoigne le procès-verbal de la réunion du 8 avril 2009 du conseil :

Une prorogation de contrat de six mois a été accordée aux consultants qui travaillaient pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à la Direction du

programme de cybersanté. La prorogation était importante pour assurer la continuité des opérations en permettant à Cybersanté Ontario de conserver les ressources qui étaient déployées dans des projets « en plein essor » [...] La valeur totale des contrats prorogés était de 36,6 millions de dollars [...] Les administrateurs se sont dits préoccupés par le montant des contrats prorogés hérités du Ministère.

En plus des transactions susmentionnées reliées à la période de transition, l'un des contrats les plus discutables de Cybersanté Ontario comportait une demande de ressources pour effectuer du travail dans le domaine de la protection de la vie privée. Non seulement la demande n'exposait pas clairement les critères d'évaluation et leurs pondérations respectives, mais l'une des entreprises soumissionnaires connaissait d'autres renseignements pertinents qui n'avaient pas été communiqués aux autres fournisseurs. Cette entreprise avait déjà reçu 25 700 \$ en vertu d'un contrat à fournisseur unique conclu précédemment avec Cybersanté Ontario. Ce contrat antérieur était censé avoir trait au domaine des communications, mais nous avons remarqué que le travail effectué concernait uniquement le domaine de la protection de la vie privée.

Les services de cette entreprise avaient été retenus même si le prix offert, soit 3,1 millions de dollars, était plus de 500 fois plus élevé que le prix de 570 000 \$ offert par un autre soumissionnaire qualifié. Le prix offert était également beaucoup plus élevé que le budget approuvé de 700 000 \$ pour le projet. Cybersanté Ontario s'est contenté de demander à l'entreprise choisie de présenter une seconde soumission cadrant davantage avec le budget approuvé. L'entreprise a envoyé une proposition révisée dans laquelle elle abaissait le prix total proposé à 737 000 \$, raccourcissait le délai d'exécution du travail en ramenant l'échéancier d'avril-décembre 2009 à avril-juin 2009 et réduisait de façon considérable les ressources consacrées aux deux principaux extraits qui avaient été

demandées initialement dans le dossier d'appel d'offres. Nous avons constaté que l'étendue de l'un des extraits principaux avait été réduite de façon tellement importante dans la proposition révisée qu'il n'était plus possible, à notre avis, d'en faire une juste évaluation par rapport à la demande de ressources initiale ou par rapport aux propositions des autres soumissionnaires. Toutefois, personne n'avait tenté de faire une telle évaluation et personne n'avait informé les autres soumissionnaires de la réduction de l'étendue du travail pour leur permettre de modifier eux aussi leurs soumissions. Nous sommes donc arrivés à la conclusion que le processus d'appel d'offres n'était pas équitable.

Par ailleurs, la proposition initiale de l'entreprise prévoyait l'emploi de huit personnes à temps plein (en fait, tout son personnel disponible) à des taux journaliers se situant entre 2 360 \$ pour trois employés de niveau supérieur, 2 000 \$ pour trois employés de niveau intermédiaire et 1 600 \$ pour deux employés subalternes. Dans la proposition révisée, trois membres de ce personnel avaient été supprimés. Toutefois, à peu près au même moment où l'entreprise a soumis la proposition révisée, elle a fait parvenir par courriel à Cybersanté Ontario une proposition spontanée qui prévoyait l'embauche des trois consultants supprimés de la proposition initiale. Le lendemain, Cybersanté Ontario a préparé une demande d'exception au processus d'approvisionnement concurrentiel et les services de ces trois consultants ont été acquis sur la base d'un contrat à fournisseur unique de 594 000 \$ pour effectuer le travail additionnel proposé dans le courriel, à compter de la même date que celle du début des travaux prévus dans le premier contrat.

La politique d'approvisionnement de Cybersanté Ontario traite de façon explicite des propositions spontanées en précisant qu'elles sont « en général une tentative pour obtenir un contrat à fournisseur unique du gouvernement et qu'elles doivent respecter les restrictions énoncées dans la section 4.2.7. [la section qui précise les circonstances dans lesquelles le recours au processus d'approvisionnement non concurrentiel est autorisé

– telles que les situations d'urgence] ». À notre avis, la proposition spontanée de services reliés à la protection de la vie privée ne correspond à aucune des circonstances spéciales énoncées dans la section 4.2.7 et aurait dû être rejetée tout simplement.

Il n'y avait absolument aucune séparation des tâches dans le processus d'attribution de ce travail. Le même cadre de Cybersanté Ontario, qui était l'un des consultants nommés à un poste de vice-président principal par la directrice générale, était chargé de la préparation de l'analyse de rentabilisation, de la demande de ressources, de l'évaluation des propositions et de la demande d'exception au processus d'approvisionnement concurrentiel.

Le mode de rémunération de deux consultants que la directrice générale avait personnellement embauchés comme vice-présidents principaux constitue un autre point qui nous préoccupait relativement à l'approvisionnement à Cybersanté Ontario. La directrice générale avait fixé elle-même leur niveau de rémunération; chacun facturait quotidiennement un montant de 2 700 \$ pour ses services en plus de réclamer des frais de vol réguliers en partance de l'Alberta (leur lieu de résidence), des frais de logement à Toronto et d'autres frais comme les repas et des dépenses accessoires. En fait, ces deux consultants étaient payés à un taux de plus de 700 000 \$ par année sans compter les autres frais réclamés pour leurs services, jusqu'au moment de leur congédiement sans appel quand les médias ont pris connaissance de leur mode de rémunération. L'un d'entre eux, qui avait également reçu un montant total de 78 500 \$ au titre de ses frais personnels, bénéficiait d'un traitement particulièrement favorable du fait que son contrat prévalait sur la politique de l'organisme relativement aux déplacements et aux frais des employés. La meilleure façon d'illustrer ce point est de comparer son mode de rémunération à celui de l'autre consultant de l'Alberta. Cybersanté Ontario payait pour le premier consultant un appartement « luxueux » comptant une chambre à coucher, tandis que l'autre consultant restait dans un appartement semblable mais standard. L'indemnité journalière que touchait

le premier consultant au titre des frais de subsistance était de 75 \$ tandis que l'autre recevait 50 \$ (la politique de l'organisme prévoit une indemnité journalière de 45 \$ pour les employés). Par ailleurs, le premier consultant avait également touché 1 600 \$ au titre des repas d'affaires avant de devoir rembourser ce montant à la suite de l'adoption en mai 2009 d'une nouvelle politique sur les frais de déplacement, de repas et d'accueil qui interdisait de rembourser les frais de repas aux consultants. Il a ensuite obtenu le remboursement de frais de participation à trois congrès, totalisant 8 600 \$, ainsi que de frais de vol excessifs. Selon nos estimations, si ce consultant avait voyagé de façon aussi économique que l'autre, les frais de déplacement auraient été inférieurs d'environ 20 %, ce qui aurait permis à l'organisme d'économiser 15 500 \$. Les deux consultants ont également obtenu le remboursement d'un montant total de 7 300 \$ au titre d'une assurance responsabilité personnelle et on leur avait délégué des pouvoirs de signature importants.

### Acquisition des services à la Direction du programme de cybersanté du Ministère

Le Ministère était tenu de respecter les politiques officielles du gouvernement en matière d'approvisionnement concurrentiel. Nous avons remarqué que le processus observé par le Ministère pour l'acquisition des services de consultation était beaucoup plus souvent une question de forme que de fond et était donc discutable. Par exemple :

- Pour un grand nombre de contrats que nous avons examinés, les propositions des fournisseurs n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation en bonne et due forme et la plupart avaient été approuvées sans que toutes les parties concernées aient donné leur approbation par écrit. Nous avons remarqué qu'un seul et même cadre du Ministère avait choisi les fournisseurs qui seraient invités à présenter une soumission et décidé de ceux qui seraient embauchés dans plus de 30 % des contrats

que nous avons examinés. De plus, certains contrats avaient été signés le même jour que la date de clôture de la demande de services, ce qui laisse de nouveau entendre que le processus d'appel d'offres était davantage une question de procédure qu'une recherche véritable du meilleur fournisseur de services.

- Sur un échantillon de onze contrats portant sur des travaux d'architecture, sept, d'une valeur de près de 2 millions de dollars, avaient été octroyés à une entreprise associée à un consultant qui avait travaillé soit pour le Ministère soit pour l'ASIS depuis février 2000. Ce consultant avait été mêlé à cinq des sept contrats, soit en ayant approuvé l'analyse de rentabilisation soit en ayant soumis la demande de ressources. La valeur totale des cinq contrats octroyés était de 1,3 million de dollars. La personne qui avait approuvé par écrit l'un des contrats, d'un montant de 687 000 \$, n'était pas autorisée à approuver le contrat ni l'analyse de rentabilisation. L'un des contrats avait été octroyé à la suite d'une évaluation à laquelle avait participé à titre d'évaluateur un autre consultant de l'entreprise dont les services avaient été retenus. Tout le processus avait une apparence de conflit d'intérêts et nous avons été étonnés qu'il ait pu avoir lieu.
- Pour 6 des 12 contrats que nous avons examinés qui portaient sur des travaux d'architecture très techniques, l'évaluation des fournisseurs avait été effectuée uniquement par un cadre administratif plutôt que par du personnel technique compétent.
- Nous avons également relevé des contrats qui avaient été signés par des employés du Ministère n'ayant pas les autorisations nécessaires pour ce faire et pour lesquels les autorisations n'étaient pas documentées comme il se doit. Une personne avait signé 12 contrats totalisant 2,6 millions de dollars, qui dépassaient son pouvoir de signature fixé à 100 000 \$. À l'instar de l'exemple mentionné précédemment, cette situation avait été détec-

tée uniquement au moment de la saisie des contrats dans le système comptable central du gouvernement, lequel les avait rejetés parce que les montants dépassaient le pouvoir de signature du signataire.

- Certains consultants avaient demandé et obtenu le remboursement d'heures travaillées des jours fériés sans l'approbation préalable documentée requise par la politique. Nous avons remarqué que les bureaux de la Direction du programme de cybersanté du Ministère étaient fermés et que ces consultants ne travaillaient normalement pas en heures supplémentaires à domicile.

Nous étions également préoccupés par une exemption de recourir au processus d'approvisionnement concurrentiel accordée par le Conseil de gestion et qui avait permis à un cabinet-conseil « d'entrouvrir la porte » et d'obtenir par la suite d'autres contrats. Ce cabinet possédait certes toutes les compétences nécessaires pour aider le Ministère dans le domaine de la cybersanté, mais la position d'initié que ce cabinet avait fini par occuper au Ministère et plus tard à Cybersanté Ontario lui procurait un avantage par rapport aux autres entreprises qui soumissionnaient des travaux dans le domaine des DSE. Par exemple, ce cabinet avait contribué à l'élaboration de la Stratégie de cybersanté et avait dirigé la transition à Cybersanté Ontario; de plus, un associé principal de ce cabinet avait été pendant un certain temps vice-président principal de la gestion de la stratégie et du portefeuille à Cybersanté Ontario. Nous fournissons ci-dessous le détail de ces arrangements.

En août 2008, le Conseil de gestion avait approuvé une exemption qui permettait de renoncer pendant trois mois au processus d'appel d'offres concurrentiel pour faire l'acquisition de services de consultation d'une valeur de 4,9 millions de dollars pour des contrats portant sur le Registre du diabète, le Système d'information sur les médicaments, le Registre des clients, le registre des données sur le consentement des patients et les travaux nécessaires pour intégrer les applications et les

systèmes d'information et les relier à un portail. Le cabinet-conseil en question avait d'abord obtenu en vertu de cette exemption des contrats d'une valeur de près de 1,8 million de dollars – plus précisément, un contrat de 530 000 \$ pour des travaux se rapportant au Système d'information sur les médicaments, deux contrats totalisant 474 000 \$ pour des travaux reliés au Registre du diabète et un contrat de 789 000 \$ pour des travaux portant sur le Registre des clients, le Registre des fournisseurs de soins de santé et le Registre sur le consentement des patients.

Nous avons remarqué que ce cabinet s'était vu octroyer par la suite, au moyen du processus d'acquisition faisant appel à la liste de fournisseurs attitrés du Ministère, la majeure partie des travaux reliés aux projets du Registre du diabète et du Système d'information sur les médicaments portant sur leur développement d'une étape à l'autre. Le Ministère avait divisé ce travail en plusieurs petits contrats de moins de 300 000 \$, contournant ainsi certaines exigences ministérielles en matière d'approvisionnement (les contrats de plus de 300 000 \$ devaient être examinés par la direction de l'approvisionnement et des services et, jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2008, être approuvés par écrit par le sous-ministre adjoint, tandis que les contrats de plus de 750 000 \$ devaient faire l'objet d'un appel d'offres ouvert au lieu d'être octroyés au moyen du processus d'acquisition faisant appel à la liste de fournisseurs attitrés du Ministère). Durant une période de 24 mois, le cabinet-conseil avait obtenu 10 des 13 contrats reliés au Système d'information sur les médicaments – d'une valeur de 4,1 millions de dollars sur des travaux d'une valeur totale de 4,3 millions de dollars – et, durant une période de 8 mois, 8 des 11 contrats reliés au Registre du diabète – d'une valeur de 2,9 millions de dollars sur des travaux d'une valeur totale de 3,2 millions de dollars. Si les travaux de chaque projet avaient été regroupés, le Ministère aurait été obligé de recourir au processus d'appel d'offres ouvert.

En plus de nos préoccupations à propos de la pratique qui consistait à diviser les travaux

de chaque projet en plusieurs petits contrats de moindre valeur, les pratiques d'approvisionnement du Ministère en rapport avec ce cabinet-conseil soulevaient d'autres préoccupations :

- Les demandes de services pour deux contrats portant sur le Registre du diabète ne décrivaient pas correctement la portée des travaux proposés. Par conséquent, les prix offerts variaient considérablement – entre 60 000 \$ et 600 000 \$ dans le cas de l'un des contrats. Le cabinet-conseil en question avait présenté la soumission la plus élevée et obtenu le contrat. Le Ministère n'avait qu'une documentation minimale pour justifier l'attribution du contrat au soumissionnaire ayant présenté l'offre la plus élevée.
- Pour cinq des contrats octroyés, le Ministère avait reçu et payé des factures de 490 000 \$ pour du travail effectué avant les dates de début des contrats, parfois même deux mois avant ces dates. L'exécution de travaux avant l'attribution des contrats indique qu'un appel d'offres est davantage une formalité qu'une recherche véritable du meilleur fournisseur de services.
- Dans le cas des contrats portant sur le Système d'information sur les médicaments, nous avons remarqué qu'un seul appel d'offres avait dépassé le stade de la première évaluation et que les questions posées aux soumissionnaires portaient en grande partie sur des travaux réalisés dans le cadre d'un contrat précédent qui avait été attribué au cabinet-conseil en question. Ce dernier jouissait donc d'un avantage considérable par rapport aux autres soumissionnaires. Nous avons également remarqué que le prix offert n'avait pas été pris en compte dans l'évaluation finale, alors que les directives du Conseil de gestion l'exigeaient et que l'information sur l'évaluation des offres de services transmise aux fournisseurs indiquait que le prix serait pris en compte. Le soumissionnaire retenu, qui était de nouveau le cabinet-conseil en

question, a d'abord demandé dans son offre des honoraires totaux qui étaient supérieurs à ceux demandés dans la soumission concurrente ainsi qu'au montant indiqué dans l'analyse de rentabilisation approuvée comme étant le montant nécessaire pour obtenir les extrants voulus. Le cabinet s'est tout de même vu octroyer le contrat et a ensuite réduit ses honoraires pour qu'ils cadrent avec l'analyse de rentabilisation.

- Nous avons également remarqué que le cabinet auquel avait été attribué le contrat était parfois en contact avec la direction du Ministère pour discuter de contrats à venir et du renouvellement des contrats avant la communication des demandes de services aux autres fournisseurs de services.
- Lorsqu'une organisation devient trop dépendante des services d'un cabinet-conseil en particulier, il y a toujours un risque que le cabinet profite de sa position privilégiée pour augmenter ses honoraires. Nous avons constaté que c'était effectivement le cas ici. En septembre 2008, à la suite de la mise en place de nouveaux arrangements pour les fournisseurs attitrés, nous avons remarqué que le cabinet-conseil avait augmenté de l'ordre de 34 % à 87 % tous ses taux journaliers de fournisseur attitré, selon le poste occupé. Par exemple, le taux journalier d'un consultant était passé de 1 523 \$ à 2 850 \$, le cabinet donnant comme justification que ce consultant travaillait à des services de plus grande valeur. Il est extrêmement difficile pour les ministères et les organismes de contester les hausses d'honoraires exigées par des consultants de longue date en raison de la menace qu'ils pourraient « claquer la porte » et laisser ainsi le projet en suspens.

En résumé, même si la Direction du programme de cybersanté du Ministère recourait rarement à des contrats à fournisseur unique, nous avons relevé beaucoup trop de cas où le processus d'appel d'offres pour l'acquisition des services de consulta-

tion était davantage une question de forme que de fond. De plus, le renouvellement de contrats à répétition était chose beaucoup trop courante. Dans ces cas, les deux raisons invoquées le plus souvent pour justifier le renouvellement des contrats des consultants en place étaient les suivantes :

- les consultants étaient déjà familiers avec les activités de cybersanté;
- le réembauchage des consultants réduisait le risque qu'il y ait des retards dans le projet ou que les niveaux de service diminuent.

Dans la plupart de ces cas, nous n'étions pas d'accord avec les affirmations voulant que ces renouvellements quasi automatiques respectent l'intention des politiques du gouvernement sur le recours aux consultants. Au bout du compte, l'emploi répété de ces justifications faisait en sorte que des consultants qualifiés qui ne travaillaient pas déjà à l'initiative des DSE étaient incapables de soumissionner ces contrats de façon équitable.

### Acquisition des services à l'ASIS

L'ASIS avait aussi amplement recours à des consultants, mais dans une mesure beaucoup moindre que Cybersanté Ontario et que le Ministère. À notre avis, l'ASIS est celle parmi les trois organisations qui déployait le plus d'efforts concertés pour réduire au minimum son recours aux consultants et devenir une organisation où les employés à temps plein sont en nombre prédominant.

Nous avons quand même constaté que l'ASIS ne respectait pas dans tous les cas les procédures de mise en concurrence appropriées pour obtenir les services de consultants. Nous avons examiné un échantillon de dossiers d'une valeur de 11 millions de dollars dont 10,5 millions de dollars portaient sur des services de consultation et 500 000 \$ sur des biens et services. Environ 70 % de ces acquisitions – d'une valeur de 7,4 millions de dollars – étaient le fait du recours à un seul fournisseur. À notre avis, cet approvisionnement non concurrentiel était justifié de façon suffisante pour seulement trois dossiers, d'une valeur de 2,7 millions de dollars. Les

justifications données pour recourir à un seul fournisseur pour le reste des acquisitions de 4,7 millions de dollars ne respectaient pas les exigences de la politique de l'ASIS en matière de recours à un seul fournisseur. Pour environ 1 million de dollars de ces acquisitions, il n'y avait aucune documentation pour justifier le recours à un seul fournisseur. Pour un autre montant de 1 million de dollars, la seule raison invoquée était qu'il s'agissait d'une « urgence »; or, dans ces cas, nous ne sommes pas d'accord avec l'affirmation voulant qu'il s'agissait de situations « urgentes » imprévisibles (selon les politiques de l'ASIS, le recours à un seul fournisseur est permis uniquement pour les situations urgentes imprévisibles). Le motif invoqué pour recourir à un seul fournisseur pour la dernière tranche de 2,7 millions de dollars était l'expérience antérieure du consultant et sa connaissance du projet. Or, cette raison n'était pas suffisante pour recourir au processus d'approvisionnement non concurrentiel en vertu des politiques de l'ASIS.

Nous avons également remarqué, pour plus de 20 % de ces acquisitions, qu'il n'y avait ni analyse de rentabilisation ni d'autres preuves que l'ASIS avait étudié d'autres options avant de prendre la décision d'embaucher des consultants. De plus, pour 25 % des acquisitions, ni le contrat ni l'analyse de rentabilisation (quand il y en avait une) ne précisait les produits à livrer. Pour une autre tranche de 30 % des acquisitions (couvrant six dossiers), les produits à livrer dans le cadre du contrat étaient trop imprécis pour que les consultants qui n'étaient pas familiers avec les activités de l'ASIS puissent soumissionner le travail en toute connaissance de cause.

En dernier lieu, nous avons également constaté que les contrats de services de consultation étaient prorogés ou renouvelés à répétition. Près de 40 % des consultants travaillant à contrat pour l'ASIS et dont nous avons examiné les contrats étaient au service de celle-ci depuis un bon moment, en moyenne depuis deux ans. Nos sujets de préoccupation comprenaient ce qui suit :

- L'ASIS avait initialement embauché un consultant pour la réalisation d'un produit de 32 000 \$. Elle a ensuite renouvelé continuellement le contrat au cours d'une période de deux ans et versé ainsi plus de 500 000 \$ au consultant.
- L'ASIS avait retenu initialement les services d'un cabinet-conseil dans le cadre d'un contrat d'une valeur de 86 000 \$. Ce cabinet a obtenu des renouvellements et des prorogations d'une valeur supérieure à 600 000 \$ au cours de l'année suivante. L'ASIS lui a versé en tout au bout du compte un montant de 710 454 \$ au cours de la période située entre juin 2006 et mars 2007 sans aucune justification par écrit des travaux additionnels effectués à la suite du contrat initial.
- Il semble que certains consultants arrangeaient pour ainsi dire leurs propres renouvellements de contrat. Une consultante qui avait commencé à travailler en décembre 2006 dans le cadre d'un contrat de trois mois et dont le contrat avait été renouvelé précédemment à plusieurs reprises, a proposé ses propres extraits pour le renouvellement de son contrat en octobre 2007. La production de ces extraits a été acceptée telle quelle. Dans un autre cas, un consultant avait recommandé la production d'extraits qui ont ensuite été repris dans l'analyse de rentabilisation du Ministère pour justifier son embauchage. Le processus s'est répété au moment du renouvellement de son contrat.
- Dans bien des cas, les bons de commande, qui doivent être émis avant la conclusion d'un contrat, étaient approuvés après le début du travail donné à contrat. Nous avons constaté qu'il en était ainsi pour plus de 30 % des bons de commande que nous avons examinés. Par exemple, un bon de commande de 271 000 \$ avait été approuvé en avril 2007, mais tous les coûts liés au contrat avaient été engagés avant le 31 mars 2007. Dans un autre cas, un bon de commande de 737 000 \$ couvrait les

coûts d'un contrat pour la période s'étalant d'avril 2007 à septembre 2007, mais n'avait été approuvé que le 1<sup>er</sup> juin 2007. Un troisième bon de commande de 44 100 \$ portant sur du travail contractuel réalisé entre le 1<sup>er</sup> août 2007 et le 4 octobre 2007 n'avait été approuvé qu'à la date d'expiration du contrat. Un quatrième bon de commande de 107 000 \$ avait été approuvé le 21 novembre 2008 – mais le travail sur lequel il portait avait commencé plus de sept semaines auparavant, soit le 1<sup>er</sup> octobre 2008 (et s'était prolongé jusqu'au 31 mars 2009). Nous avons également relevé des factures acquittées qui portaient sur des montants plus élevés que le bon de commande indiqué. Dans un cas en particulier, le montant de la facture était supérieur de 8 700 \$ au bon de commande.

Nous avons testé en outre 280 factures provenant de 15 consultants différents et associées à 64 bons de commande émis entre avril 2006 et mars 2009; nous avons constaté que seulement 16 bons de commande sur les 64 étaient des demandes de services de consultation initiales tandis que les autres étaient des prorogations de contrat. Les prorogations comportaient des augmentations tant de l'étendue des travaux que du temps et des ressources alloués pour les mener à bien. Dans un cas en particulier, l'ASIS avait reconnu dès juin 2006 qu'elle recourait beaucoup trop souvent à des consultants pour les travaux à réaliser dans le cadre d'un certain projet et qu'elle devrait essayer de mener le projet à terme avec du personnel interne – ce qui ne l'a pas empêchée de continuer à proroger les contrats des consultants jusqu'en mars 2008.

### RECOMMANDATION 3

Cybersanté Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doivent élaborer un plan d'affectation des ressources pour les projets qui garantit que, graduellement, du personnel interne possédant l'expertise technologique nécessaire est embauché pour superviser la

réalisation de l'initiative des dossiers de santé électroniques. Le plan doit intégrer les principes suivants :

- Les demandes de propositions portant sur des services de consultation incluent des extraits de projet précis, accompagnés des délais d'exécution prévus, de façon à fournir suffisamment d'information à tous les soumissionnaires et leur permettre ainsi de présenter des propositions en toute connaissance de cause.
- Des processus de développement formels du cycle de vie de la technologie de l'information – notamment la détermination des risques liés au projet et l'élaboration de stratégies efficaces pour les atténuer – sont en place.
- Les factures présentées par les consultants font l'objet d'une surveillance et sont évaluées par rapport à la progression du projet. De plus, les contrats de services de consultation sont structurés de façon que les paiements importants soient assujettis à la livraison satisfaisante des extraits et que les consultants assument une part du risque si les engagements relatifs aux extraits ne sont pas respectés.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère et le gouvernement reconnaissent qu'une fonction de contrôle et une reddition de comptes rigoureuses sont essentielles pour assurer une gestion financière et un contrôle des dépenses appropriés. À la suite des événements récents, le gouvernement, le Ministère et Cybersanté Ontario ont apporté plusieurs modifications aux politiques et aux procédures afin d'améliorer la reddition de comptes et de redonner confiance au public.

En 2007, le Ministère a regroupé l'ensemble de ses initiatives reliées à la cybersanté sous l'autorité d'un seul sous-ministre adjoint. Le Ministère reconnaît que des consultants payés

à l'acte ont été embauchés pour soutenir tant la planification que la mise en œuvre de ces initiatives. Dernièrement, le Ministère a créé une Direction de la liaison en matière de cybersanté chargée d'assurer une surveillance permanente des initiatives de cybersanté. L'effectif de cette direction sera composé d'employés de la fonction publique de l'Ontario. Par ailleurs, Cybersanté Ontario s'emploie à réduire son recours à des consultants au moyen d'un processus de conversion des postes occupés par des consultants payés à l'acte et d'une campagne de recrutement.

Le Ministère a commencé à examiner à corriger toutes ses pratiques en matière d'approvisionnement : il a créé la Direction de la gestion financière pour qu'elle surveille les services de consultation; il a restructuré sa Direction de l'approvisionnement et des services financiers pour renforcer la capacité de surveillance de tous les achats au sein du Ministère et il a instauré une formation obligatoire sur l'approvisionnement à l'intention de tous les gestionnaires.

## RÉPONSE DE CYBERSANTÉ ONTARIO

Le plan d'activités annuel approuvé par le conseil de Cybersanté Ontario servira de base à l'affectation des ressources pour tous les projets. L'élaboration de ce document comprenait une revue de la dotation dans le cadre duquel on a examiné les effectifs et ciblé les postes détenus auparavant par des consultants payés à l'acte afin de les convertir en emplois à temps plein. Ce rééquilibrage des effectifs permettra à Cybersanté Ontario de disposer à l'interne de l'expertise dont il a besoin et assurera la continuité du transfert des connaissances dans un environnement technologique complexe.

Le conseil a également approuvé des politiques d'approvisionnement qui constituent le fondement d'une meilleure énonciation du rendement attendu des consultants et d'une

meilleure évaluation de leur travail. Ces attentes sont maintenant consignées par écrit dans les contrats conclus avec les consultants. De plus, des contrôles financiers ont été instaurés pour garantir que les paiements sont fondés sur le rendement des consultants et sur les résultats atteints par ceux-ci d'après la description qui en est donnée dans le contrat et en conformité avec les politiques d'approvisionnement de Cybersanté Ontario.

Au printemps 2009, le conseil a en outre approuvé la politique sur la passerelle de l'information et de la TI (I & IT Gateway Policy) qui prévoit un mécanisme de rapport pour garantir que les projets technologiques vastes et complexes atteignent des objectifs précis à mesure qu'ils franchissent les différentes phases du cycle de vie d'un projet.

## GESTION DES DÉPENSES

Ni la Direction du programme de cybersanté du Ministère, ni l'ASIS, ni Cybersanté Ontario ne disposaient de systèmes adéquats pour approuver et contrôler les paiements. Par exemple, nous avons constaté que plus de 20 % des factures payées par Cybersanté Ontario entre octobre 2008 et juin 2009 pour des dépenses liées à la transition n'avaient pas été approuvées comme il se doit ou qu'elles avaient été payées sans obtenir la documentation pertinente pour avoir l'assurance que les extrants prévus dans le contrat avaient été effectivement réalisés.

Nous avons également testé un échantillon de transactions de dépenses à l'ASIS pour la période située entre avril 2006 et mars 2009. Dans près de 40 % des cas où une évaluation d'autres fournisseurs était justifiée, nous avons constaté que la documentation disponible ne permettait pas d'appuyer le choix du fournisseur retenu. Ces contrats avaient une valeur de 1,8 million de dollars. De plus, les dossiers d'approvisionnement étaient mal classés. Il nous a été impossible de retracer

un grand nombre d'analyses de rentabilisation et d'autres documents à l'appui.

Nous avons obtenu des résultats semblables dans notre test de 280 factures payées par l'ASIS dont nous avons discuté plus haut. Plus précisément :

- Les dossiers d'approvisionnement étaient mal classés. Le personnel a été incapable de retracer 22 des 280 factures. Il nous a donc été impossible de vérifier si ces paiements avaient été autorisés ou comptabilisés comme il se doit.
- La majorité des documents à l'appui du paiement des factures étaient des feuilles de temps comportant peu d'explications du travail qui avait été réellement effectué par les consultants. La plupart des feuilles de temps indiquaient simplement le rôle du consultant dans le projet; il était donc difficile pour la direction de déterminer si le consultant avait atteint ses objectifs et si le travail avait été réellement effectué.
- Nous avons également relevé des augmentations des taux facturés et des erreurs de facturation quand les contrats étaient prorogés et renouvelés :
  - Les taux journaliers d'un consultant étaient passés de 1 100 \$ à 1 500 \$ d'un bon de commande à l'autre sans qu'aucune raison ne soit fournie.
  - Un consultant réclamait et recevait 1 500 \$ par jour depuis mars 2007. Or, son contrat prévoyait un taux de 1 300 \$ par jour. Le personnel de l'ASIS avait remarqué l'existence du trop-payé en novembre 2007 et déterminé que le trop-payé total était de 30 050 \$. La direction a toutefois décidé de ne prendre aucune mesure et a continué de payer le taux plus élevé jusqu'à l'échéance du contrat en mars 2008. Le trop-payé total s'élevait à 45 750 \$.
  - Un contrat conclu avec un cabinet-conseil lui permettait de réclamer un taux journalier de 1 160 \$ pour un consultant et de

1 060 \$ pour les autres. Toutefois, nous avons remarqué que deux consultants réclamaient et obtenaient le taux plus élevé.

- Un consultant avait réclamé des honoraires sur deux factures différentes pour une même journée et les deux factures avaient été payées.
- Au cours d'une période de six mois, un consultant avait reçu en tout 42 000 \$ pour assurer une permanence. Cybersanté Ontario employait une formule qui, à notre avis, était plus appropriée pour calculer le montant à verser pour ce genre de travail; ainsi, pour une période comparable de six mois, les paiements faits au même consultant pour assurer une permanence avaient été ramenés à 1 900 \$.
- Comme nous l'avons souligné plus haut, les dépenses et les extraits des projets faisaient l'objet d'un suivi séparé. Compte tenu de l'absence d'un processus détaillé qui permettrait de comparer plus facilement les coûts au travail accompli, il était absolument essentiel que des mécanismes de surveillance suffisants soient en place pour garantir que les consultants effectuaient bel et bien le travail pour lequel ils étaient payés. Dans beaucoup trop de cas, les contrôles d'examen et d'approbation nécessaires étaient inexistants.

D'autres exemples du contournement des contrôles et de l'absence d'une gestion appropriée des dépenses comprenaient le fait que la directrice générale de Cybersanté Ontario approuvait régulièrement les demandes de remboursement de ses propres dépenses plutôt que de les soumettre à la présidence ou au conseil. De même, un montant de 197 000 \$ avait été payé à une consultante, selon un taux journalier de 1 710 \$, pour la fourniture d'une « assistance exécutive » à la directrice générale. La consultante a été congédiée uniquement après la révélation de cet arrangement dans les médias.

Nous avons également examiné un échantillon de 20 emplois à Cybersanté Ontario pour comparer leurs taux journaliers à ceux d'emplois similaires dans la fonction publique de l'Ontario. Pour 19 d'entre eux, le maximum de la fourchette salariale de l'emploi occupé à Cybersanté Ontario dépassait de 31 % en moyenne celui de l'emploi comparable dans la fonction publique.

Ces exemples ainsi que ceux fournis précédemment ont entaché la réputation de Cybersanté Ontario. L'organisme doit maintenant regagner le soutien et la confiance des clients et des autres intervenants. Il doit également remotiver les troupes, qui ont vécu de longues périodes d'incertitude durant lesquelles la structure de la gouvernance et de la haute direction de l'organisme a souvent changé. La formulation de meilleures procédures et politiques et le respect de celles-ci s'imposent. Un premier pas a été fait en ce sens en juillet 2009 quand le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé une nouvelle directive en matière d'approvisionnement qui exige, sauf de rares exceptions, que tous les services de consultation soient acquis de façon concurrentielle, ainsi qu'un addenda à la directive sur les frais de déplacement, de repas et d'accueil qui interdit aux ministères et aux organismes de rembourser aux consultants les frais de repas et d'accueil et les dépenses accessoires. Comme nous l'avons dit précédemment, la direction de Cybersanté Ontario a également pris plusieurs mesures pour améliorer ses pratiques dans ces domaines et dans d'autres.

Point encore plus important, Cybersanté Ontario, avec la supervision et les orientations appropriées du Ministère et d'un conseil d'administration qui, selon nous, est très compétent, doit maintenant s'efforcer de relever le défi de mener à bien et d'intégrer les nombreux projets d'applications et de bases de données dont l'organisme est responsable de façon à pouvoir réaliser l'objectif de livrer un système de dossiers de santé électroniques aux Ontariens et Ontariennes d'ici 2015.

## RECOMMANDATION 4

Cybersanté Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doivent instaurer des mécanismes d'examen et d'approbation appropriés pour garantir que les politiques d'approvisionnement sont respectées et que les exceptions faites à ces politiques le sont pour des raisons opérationnelles rigoureuses et défendables et qu'elles sont approuvées au niveau approprié. Les exceptions importantes doivent être approuvées par le conseil et faire l'objet d'un rapport au ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère et Cybersanté Ontario souscrivent entièrement aux constatations du rapport du vérificateur général et ont apporté des modifications aux politiques et aux procédures en rapport avec l'approvisionnement.

## RÉPONSE DE CYBERSANTÉ ONTARIO

Au cours des derniers mois, des politiques renforcées en matière d'approvisionnement, de conflit d'intérêts, de délégation de pouvoirs et de dénonciation, entre autres, ont été approuvées. De plus, les contrats en cours ont fait l'objet d'un examen et un calendrier des acquisitions futures est en cours d'élaboration pour garantir que l'on puisse mener un processus d'approvisionnement concurrentiel avant l'expiration de ces contrats.

Le directeur général par intérim mettra également au point un processus d'examen trimestriel qui permettra à la haute direction de fournir au conseil une déclaration signée selon laquelle toutes les politiques liées à l'approvisionnement ont été respectées.

## Annexe – Chronologie des événements reliés à l'initiative des dossiers de santé électroniques

Avril 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le gouvernement de l'Ontario met sur pied la Commission de restructuration des services de santé chargée de fournir un cadre et de formuler des recommandations pour restructurer les hôpitaux publics et le système de prestation des services de santé en Ontario.</li> <li>La Commission détermine que le manque d'intégration, le manque d'information sur la santé et la difficulté de partager l'information sur la santé constituent des problèmes clés.</li> </ul>
Juin 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Commission soumet au ministre de la Santé et des Soins de longue durée le Plan d'action concernant la gestion de l'information sur la santé en Ontario.</li> <li>Le Plan d'action recommande d'accélérer les investissements dans l'information et la technologie de façon à mieux recueillir, partager et analyser les renseignements sur les soins de santé.</li> <li>Le Plan d'action envisage « un réseau intégré d'information sur la santé dont la pierre angulaire est le dossier électronique du consommateur ».</li> <li>Le Plan d'action recommande également la création d'une entité indépendante pour assurer un leadership central fort, gérer la mise en œuvre du plan d'action et affecter les ressources financières nécessaires.</li> </ul>
Septembre 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les premiers ministres conviennent « de travailler ensemble afin de renforcer une infrastructure de la santé à l'échelle du Canada qui améliorera la qualité, l'accès et l'opportunité des soins de santé pour les Canadiens et Canadiennes ».</li> <li>Les premiers ministres s'engagent aussi à développer les dossiers de santé électroniques et à définir les normes communes nécessaires pour assurer la compatibilité future des réseaux d'information sur la santé de toutes les administrations.</li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le gouvernement du Canada crée Inforoute santé du Canada comme société à régie partagée sans but lucratif et indépendante.</li> <li>Les membres d'Inforoute sont 14 sous-ministres de la santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.</li> <li>La mission d'Inforoute est d'accélérer le déploiement pancanadien de systèmes électroniques d'information sur la santé (comme les dossiers de santé électroniques).</li> <li>L'objectif d'Inforoute est que 50 % des Canadiens aient un dossier de santé électronique d'ici 2010 et 100 % d'ici 2016,</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le gouvernement de l'Ontario crée l'Agence des systèmes intelligents pour la santé (ASIS) par voie de règlement en vertu de la <i>Loi sur les sociétés de développement</i>.</li> <li>L'ASIS entreprend ses activités en avril 2003 et son mandat est de soutenir les programmes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère); elle entreprend de construire un réseau privé pour relier la communauté médicale de l'Ontario.</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Direction du programme de cybersanté du Ministère est créée pour établir et tenir à jour une stratégie de cybersanté et en superviser l'exécution, notamment le développement des applications et des bases de données pour les DSE.</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le mandat de l'ASIS est précisé par voie de règlement; il consiste à fournir et exploiter une infrastructure sécurisée pour permettre le transfert sûr des renseignements personnels sur la santé entre les fournisseurs du secteur et à héberger des applications pour gérer les renseignements personnels sur la santé.</li> </ul>
Novembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deloitte Consulting effectue un examen opérationnel critique de l'ASIS commandé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et le conseil d'administration de l'ASIS – à ce moment, l'ASIS compte quelque 1 400 circuits de réseau déployés dont la maintenance coûte plus de 500 000 \$ par mois.</li> </ul>

Mars 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le plan d'affaires de 2007-2008 d'Inforoute prévoit, du point de vue des progrès en matière de DES, que l'Ontario dépassera les Territoires-du-Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut, mais sera devancé par toutes les autres provinces d'ici le 31 mars 2008.</li> </ul>
Août 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Bureau du vérificateur général de l'Ontario se penche sur les efforts déployés par l'ASIS pour donner suite à certaines recommandations clés de Deloitte et constate que des progrès ont été réalisés dans certains domaines, mais qu'il y a encore du pain sur la planche dans d'autres domaines.</li> <li>Le vérificateur général détermine que l'absence d'une stratégie de cybersanté publique globale et la lenteur des progrès de l'Ontario sur le plan des réalisations globales en matière de dossiers de santé électroniques demeurent des problèmes.</li> <li>La vérificatrice générale du Canada et des vérificateurs généraux provinciaux discutent de la possibilité d'effectuer en collaboration une vérification des dossiers de santé électroniques.</li> </ul>
Septembre 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Ministère et l'ASIS signent une affirmation de leur protocole d'entente.</li> <li>Le mandat de l'ASIS est de fournir « l'infrastructure de technologie de l'information protégée et intégrée à l'échelle de la province qui permet aux fournisseurs de services de santé de l'Ontario de communiquer entre eux par voie électronique ».</li> </ul>
Juin 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'ASIS met sur pied un groupe de travail sur l'expérience des clients pour améliorer les services et les relations avec les clients; le groupe de travail détermine que le rendement médiocre de l'ASIS et sa faible compréhension de ses clients représentent des problèmes majeurs.</li> </ul>
Août 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Ministère fait une présentation au Conseil de gestion du gouvernement pour demander et obtenir l'approbation « d'établir un dossier de santé électronique contenant l'information clinique de chaque patient, qui pourrait être contrôlé par le patient d'ici 2015 ».</li> </ul>
Septembre 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>La vérificatrice générale du Canada et cinq vérificateurs généraux provinciaux acceptent de mener une vérification en collaboration des initiatives de dossiers de santé électroniques dans l'ensemble du Canada à la suite de laquelle chaque administration publiera son propre rapport.</li> <li>La vérificatrice générale du Canada regroupera les observations de ces rapports avec son propre travail sur les activités d'Inforoute santé du Canada et publiera un rapport pour l'ensemble du Canada en 2010.</li> <li>Le gouvernement de l'Ontario crée Cybersanté Ontario pour regrouper les activités et les responsabilités de l'ASIS et de la Direction du programme de cybersanté du Ministère dans un seul organisme responsable « de toutes les facettes de la cybersanté en Ontario, y compris de la création d'un dossier médical électronique pour tous les Ontariens et Ontariennes ».</li> <li>Le gouvernement de l'Ontario met également sur pied le premier conseil d'administration de Cybersanté Ontario; aucun membre du conseil de l'ASIS n'est invité à en faire partie. Le premier ministre nomme le président du conseil de Cybersanté Ontario.</li> </ul>
Octobre 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le premier ministre endosse la demande du président du conseil concernant la nomination de la directrice générale à la suite d'une rencontre avec la candidate recommandée par le président du conseil.</li> <li>La nomination de la directrice générale est rendue officielle par décret.</li> </ul>
Mars 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le plan d'affaires 2009-2010 d'Inforoute santé du Canada indique que l'Ontario demeure à la traîne de toutes les provinces (devançant uniquement les Territoires-du-Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut) sur le plan du déploiement des dossiers de santé électroniques.</li> <li>Le plan d'affaires d'Inforoute santé du Canada indique que 17 % des Canadiens ont un dossier de santé électronique auquel ont accès leur fournisseur de soins de santé.</li> <li>Le gouvernement de l'Ontario publie sa stratégie de cybersanté.</li> <li>La stratégie décrit les activités qui seront entreprises entre 2009 et 2012 et fixe l'objectif d'offrir un système de dossiers de santé électroniques entièrement fonctionnel d'ici 2015.</li> </ul>
Avril 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Ministère et Cybersanté Ontario signent un protocole d'entente et un accord de paiement de transfert établissant leurs responsabilités respectives.</li> </ul>
Mai-juin 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une controverse importante éclate à l'Assemblée législative et dans les médias à propos d'un possible embauchage de consultants au moyen de contrats à fournisseur unique et des coûts connexes.</li> </ul>
Juin 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>La directrice générale et le président du conseil d'administration de Cybersanté Ontario démissionnent.</li> </ul>



Bureau du vérificateur général de l'Ontario

20 rue Dundas Ouest  
Case 105, 15<sup>e</sup> étage  
Toronto, ON  
M5G 2C2

[www.auditor.on.ca](http://www.auditor.on.ca)

ISBN 978-1-4435-1039-4 (imprimé)

ISBN 978-1-4435-1040-0 (PDF)