

Chapitre 3

Section 3.05

Hôpitaux – Administration de l'équipement médical

Contexte

L'Ontario compte 155 hôpitaux publics fournissant des services de soins aux patients dans un ou plusieurs emplacements. La plupart des hôpitaux publics de la province sont gérés par des conseils d'administration et constitués en vertu de la *Loi sur les personnes morales*. En tant que responsable des activités de l'hôpital, le conseil d'administration doit établir les priorités à respecter pour répondre aux besoins des patients dans la collectivité servie. La *Loi sur les hôpitaux publics* et ses règlements d'application fournissent le cadre de fonctionnement des hôpitaux. Les conseils d'administration des hôpitaux doivent aussi rendre compte au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère). La province fournit environ 85 % du financement total des hôpitaux, dont une partie sert à des fins précises (par exemple, pour acheter un type particulier d'équipement médical). Les autres sources de financement comprennent les surplus générés à l'interne, comme ceux provenant des revenus de stationnement ou des ventes à la cafétéria, ainsi que les dons, qui peuvent eux aussi être réservés à des fins précises. En 2005-2006, les coûts de fonctionnement des 155 hôpitaux totalisaient 17,5 milliards de dollars.

Les hôpitaux publics de l'Ontario possèdent une grande variété d'équipements médicaux allant des petits appareils peu coûteux — comme les moniteurs de signes vitaux coûtant plusieurs milliers de dollars qui sont utilisés partout dans l'hôpital — aux dispositifs complexes coûtant des millions de dollars — comme les appareils d'imagerie par résonance magnétique (appareils IRM). L'acquisition, l'entretien préventif et la réparation de ces équipements médicaux sont essentiels à la prestation de soins de qualité aux patients.

Les hôpitaux doivent déclarer au Ministère le total des dépenses consacrées à l'équipement, mais ils ne sont pas tenus de soumettre des rapports distincts sur le type ou la valeur totale de l'équipement médical acheté ou le coût de l'entretien. En 2005, les trois hôpitaux visités ont affecté un total de 20 millions de dollars à l'achat d'équipement médical. Aucun de ces hôpitaux n'avait de renseignements facilement disponibles sur le total des fonds dépensés pour entretenir et réparer son équipement médical.

Objectif et portée de la vérification

Cette vérification et celle de la Section 3.05 sont les premières vérifications de l'optimisation des ressources (VOR) effectuées dans le secteur hospitalier à la suite de l'élargissement, le 1^{er} avril 2005, du mandat du Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Cet élargissement nous permet d'effectuer des VOR dans des établissements du secteur parapublic tels que les hôpitaux, les sociétés d'aide à l'enfance (Section 3.02), les collèges communautaires (Section 3.03) et les conseils scolaires (Section 3.11).

Notre vérification visait à déterminer si les hôpitaux choisis avaient mis en place des politiques et procédures leur permettant de s'assurer que l'équipement médical était acquis et entretenu de manière économique et de façon à offrir des soins de qualité aux patients.

Nous avons vérifié trois hôpitaux de différentes tailles qui fournissent des services à des collectivités diverses : l'Hôpital Grand River, qui sert la région de Waterloo; l'Hôpital Mount Sinai à Toronto; et le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, qui sert Thunder Bay et le Nord-Ouest de l'Ontario. Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné les politiques et procédures administratives et les dossiers pertinents, rencontré le personnel compétent des hôpitaux et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), effectué des visites préliminaires afin de nous familiariser avec les activités liées à l'équipement médical dans deux autres hôpitaux, et consulté les documents pertinents, y compris les rapports de l'Institut de recherche en services de santé sur l'accès aux services de santé en Ontario et *L'imagerie médicale au Canada* de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait, en conséquence, les contrôles par sondages et autres procédés de vérification que nous avons jugés nécessaires dans les circonstances. Les critères employés pour tirer des conclusions sur l'objectif de notre vérification ont été examinés et approuvés par la haute direction des hôpitaux.

Nous n'avons pas compté sur le service de vérification interne du Ministère pour réduire l'étendue de nos travaux, car le Ministère n'avait pas effectué de vérification récente sur l'acquisition, l'entretien et la réparation de l'équipement médical des hôpitaux. Aucun des hôpitaux visités n'avait de fonction de vérification interne.

Résumé

Dans tous les hôpitaux visités, certains volets des processus de gestion de l'équipement étaient bien administrés tandis que d'autres laissaient à désirer. Les hôpitaux avaient tous des secteurs dans lesquels les procédures ne leur permettaient pas de s'assurer que l'équipement médical requis pour répondre aux besoins des patients était acquis et entretenu de façon économique. Nous avons constaté que, dans bien des cas, les hôpitaux n'utilisaient pas la planification pluriannuelle, la sélection en régime de concurrence ou d'autres éléments clés des processus d'achat efficaces généralement utilisés par d'autres organismes pour acquérir des équipements.

Nous avons notamment noté ce qui suit :

- Deux des trois hôpitaux n'utilisaient pas de plans stratégiques pluriannuels pour déterminer et prioriser les besoins en équipement médical. Il s'agit d'une pratique exemplaire courante dans d'autres organismes qui achètent régulièrement de gros équipements, et

nous avons noté que d'autres administrations recommandaient également à leurs hôpitaux de l'adopter. Tous les hôpitaux priorisaient les demandes d'équipement présentées chaque année par leurs différents services. Compte tenu des fonds disponibles, un hôpital a approuvé 10,4 des 39 millions de dollars demandés par ses services pour l'exercice 2005-2006 — il n'y avait toutefois aucun document expliquant pourquoi certains achats avaient été approuvés alors que d'autres avaient été rejetés. Dans un autre hôpital, où la plupart des achats examinés avaient contourné le processus de priorisation annuel, la direction a indiqué que les achats financés par des sources telles que la fondation de l'hôpital n'étaient pas assujettis à ce processus.

- Les hôpitaux ne tenaient pas compte de certains critères pertinents dans l'évaluation des achats proposés. L'un d'eux a acheté de l'équipement de laboratoire pour 534 000 \$ sans laisser de document donnant les raisons pour lesquelles l'équipement était jugé nécessaire, comme la demande prévue de services, ou indiquant qu'il avait cherché à savoir si un autre laboratoire aurait pu effectuer le travail dans les délais requis. La direction a indiqué qu'une évaluation clinique avait été faite, mais qu'elle n'avait pas été pleinement documentée.
- La plupart des achats examinés avaient été effectués directement auprès d'un fournisseur sans que rien n'indique que d'autres soumissionnaires avaient été pris en considération. Les représentants des hôpitaux ont expliqué que cette situation était principalement attribuable à la normalisation de l'équipement médical, nécessaire pour diverses raisons, y compris la compatibilité avec d'autres appareils ou la réduction des incidents liés au manque de familiarité du personnel avec les appareils d'autres fournisseurs. Quoique

nous reconnaissons les avantages de normaliser certains types d'équipement médical, nous avons constaté qu'aucun des hôpitaux ne s'était doté de lignes directrices précisant quels appareils devraient être normalisés. Cette absence de directives fait augmenter le risque que l'équipement médical ne soit pas normalisé lorsqu'il devrait l'être, ou qu'il soit normalisé puis acheté auprès d'un fournisseur unique sans que l'absence de concurrence soit justifiée.

- Un des hôpitaux a acheté son équipement médical par l'entremise d'un consortium d'achat, ce qui aurait dû faire baisser les prix. Cependant, aucun des appareils examinés n'avait été acheté par le consortium dans le cadre d'un appel d'offres ouvert. Bon nombre de ces appareils coûtaient bien au-delà de 100 000 \$, dont un tomodynamomètre coûtant plus de 1,1 million de dollars.

Nous reconnaissons que, vu la nature spécialisée de l'équipement médical acheté, nous n'étions généralement pas en mesure de déterminer si les hôpitaux auraient pu acquérir de l'équipement répondant aux besoins de leurs patients à moindre prix s'ils avaient suivi un processus de sélection concurrentiel.

Nos préoccupations concernant l'entretien de l'équipement médical incluaient ce qui suit :

- Tous les hôpitaux comptaient sur les fournisseurs pour l'entretien de leurs appareils d'imagerie par résonance magnétique (appareils IRM) et de leurs tomodynamomètres. Nous avons remarqué que l'entretien assuré par les fournisseurs variait et était souvent moins fréquent que le recommande l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) dans ses paramètres de pratique clinique et normes d'établissement pour les tomodynamomètres et appareils IRM des établissements de santé autonomes. Par exemple, alors qu'un hôpital faisait entretenir ses appareils IRM une fois

par mois en 2005, ce qui était conforme aux paramètres de pratique clinique et normes d'établissement, un autre hôpital a attendu sept mois après l'installation pour demander l'entretien de son appareil IRM. Nous avons également remarqué que les hôpitaux ne soumettaient pas toujours leurs tomographes et appareils IRM aux procédures normales d'assurance de la qualité, comme les balayages fantômes, pour s'assurer qu'ils fonctionnaient bien.

- Dans bien des cas, l'équipement médical n'était pas entretenu à l'interne aussi souvent que le recommandaient les manuels ou les plans de l'hôpital. Par exemple, près de 75 % des défibrillateurs d'un hôpital n'ont pas été entretenus comme prévu en 2005, et 45 % ont passé plus d'un an sans entretien.

Constatations détaillées de la vérification

PRIORISATION DES ACHATS D'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

Planification stratégique

Étant donné la grande variété d'appareils disponibles, les priorités actuelles et futures des hôpitaux et les contraintes financières, les achats d'équipement médical doivent faire l'objet d'une planification stratégique à long terme. Cette planification permet aux hôpitaux de mieux gérer les coûts d'acquisition et d'entretien de l'équipement médical. Nous avons également noté que d'autres administrations considéraient la planification stratégique pluriannuelle pour l'équipement médical comme une pratique exemplaire et qu'ils l'avaient recommandée à leurs hôpitaux.

La planification à long terme devrait permettre aux hôpitaux d'évaluer les futurs besoins en équipement à l'aide de critères de priorisation et de prévoir l'acquisition, l'entretien, la réparation et le remplacement en temps opportun de l'équipement sur plusieurs années. Cette planification est nécessaire afin d'assurer la disponibilité de l'équipement médical requis pour répondre aux besoins des patients (les défauts de fonctionnement risquent de retarder le traitement), de réduire au minimum les achats d'urgence et d'éviter la sous-utilisation de l'équipement acquis.

Les hôpitaux visités utilisaient différents processus de planification. Un seul d'entre eux avait un plan à jour qui prévoyait l'équipement médical à acquérir sur une période de trois ans pour tous ses grands services et qui, dans la plupart des cas, précisait pourquoi l'achat était nécessaire. Un autre hôpital se penchait uniquement sur les acquisitions de l'année en cours. Cet hôpital avait déjà reconnu la nécessité d'un plan stratégique pluriannuel pour l'acquisition de l'équipement d'imagerie diagnostique, mais n'avait pas effectué de planification pluriannuelle depuis 2002. La haute direction nous a informés qu'elle utiliserait un processus de planification sur deux ans pour 2006-2007 et 2007-2008. La haute direction du troisième hôpital a indiqué qu'un plan d'acquisition sur trois ans avait été mis en place en 2001 et que les derniers achats avaient été faits en 2004 dans le cadre du déménagement de l'hôpital. Elle avait combiné les plans d'acquisition pour 2004-2005 et 2005-2006 et comptait élaborer un processus de planification quinquennale pour l'acquisition de l'équipement médical à partir de l'exercice 2006-2007.

Évaluation annuelle

Comme les hôpitaux ont besoin d'un équipement médical approprié à l'appui de la prestation des soins aux patients, un processus de détermination et de priorisation des besoins doit être établi pour

que la direction puisse prendre des décisions éclairées en temps opportun. L'équipement sous-utilisé ou inutilement perfectionné est peu économique, tandis que les appareils insuffisants ou dépassés risquent d'avoir un effet négatif sur les résultats pour les patients.

Les hôpitaux visités avaient tous un processus annuel en place pour déterminer les achats prioritaires. Dans tous les cas, un comité de l'équipement médical, incluant des représentants de la direction et parfois du personnel médical, ou la haute direction recevait et résumait les demandes d'équipement médical présentées par les différents services de l'hôpital — dont certaines expliquaient pourquoi l'appareil était requis — et préparait une liste de l'équipement médical à acquérir, classée par ordre de priorité. Un seul des trois hôpitaux utilisait des critères documentés pour prioriser les achats pouvant être effectués en 2005-2006. Les facteurs pris en compte par cet hôpital incluaient les besoins en soins cliniques des patients, la sécurité opérationnelle, la durée de vie prévue et l'âge actuel de l'équipement, les réductions de coûts et les hausses de revenus découlant du nouvel équipement. Les représentants des deux autres hôpitaux nous ont dit qu'ils utilisaient des critères semblables et faisaient appel à leur jugement pour évaluer et prioriser les demandes. Ni la haute direction ni le comité de l'équipement médical des hôpitaux ne consignaient le processus employé pour prioriser les besoins ou les raisons pour lesquelles certains appareils étaient jugés prioritaires. Nous avons noté des cas dans lesquels les achats auraient dû être étayés par des documents :

- Dans un des hôpitaux, les demandes initiales des différents services représentaient un total de 39 millions de dollars pour l'exercice 2005-2006. La direction de l'hôpital nous a informés qu'elle avait tenu compte des fonds disponibles pour accorder 10,4 des 39 millions de dollars demandés — or, aucun document

n'expliquait pourquoi les achats approuvés avaient été jugés prioritaires.

- En 2005, un autre hôpital a dépensé 2,4 millions de dollars pour remplacer deux tomomètres encore opérationnels. On nous a dit que l'hôpital avait entreposé les deux vieux appareils en attendant d'en installer un à l'urgence et de transférer l'autre à un nouvel emplacement à des fins de recherche. Les dates de transfert n'avaient pas encore été finalisées en mai 2006, et les vieux tomomètres restaient à l'entrepôt. Nous avons noté qu'il n'y avait pas de document justifiant la décision de réaffecter les appareils ou indiquant si l'on aurait mieux répondu aux besoins des patients en installant le nouvel appareil à l'urgence plutôt que dans un autre service; la direction a répondu qu'une analyse avait été faite, mais qu'elle n'avait pas été pleinement documentée.

Étant donné l'impact potentiel sur les soins aux patients et le fonctionnement de l'hôpital, nous croyons que les critères employés pour prioriser les achats envisagés et l'application de ces critères devraient être consignés.

Les conseils d'administration des hôpitaux visités ont approuvé le montant annuel total à affecter à l'achat d'équipement médical. Malgré l'absence de politique écrite concernant les circonstances dans lesquelles ils devaient approuver un appareil donné, les conseils de deux hôpitaux avaient approuvé des achats dont la valeur totale dépassait 500 000 \$ dans un cas et 1 million de dollars dans l'autre cas. Un de ces hôpitaux a indiqué que, si aucune acquisition ne dépasse le seuil établi, il demande au conseil d'approuver les trois plus gros achats. Le troisième hôpital ne demandait pas au conseil d'approuver l'acquisition de l'équipement quel qu'en soit le coût, sauf si l'appareil était loué pour plus de 2 millions de dollars. Aucune entente de location d'équipement médical n'a été conclue durant la période examinée.

Achats d'urgence et autres achats spéciaux

Les hôpitaux faisaient aussi l'acquisition d'équipement médical dans des situations d'urgence, par exemple lorsqu'un appareil avait cessé de fonctionner à l'improviste ou subi des dommages. Tous les hôpitaux visités faisaient approuver les achats d'urgence par la haute direction. Deux d'entre eux avaient établi des politiques et procédures formelles régissant l'acquisition d'équipement médical en cas d'urgence. Le troisième, quant à lui, n'avait pas de politiques formelles sur les achats d'urgence (la direction de l'hôpital nous a toutefois informés qu'elle appliquait des pratiques informelles) et n'assurait pas toujours leur suivi. Or, un suivi plus rigoureux des achats d'urgence permettrait à l'hôpital de déterminer pourquoi l'équipement médical n'avait pas été assujéti au processus de priorisation annuelle et de prendre des mesures pour repérer les appareils à remplacer avant qu'un achat d'urgence ne devienne nécessaire.

Notre examen des achats d'urgence a révélé que, dans bien des cas, l'hôpital n'expliquait pas pourquoi ces achats étaient jugés nécessaires ou il invoquait une raison qui ne semblait pas pressante. À notre avis, bon nombre des achats d'urgence auraient pu être prévus et approuvés dans le cadre du processus de priorisation annuelle. En 2005 par exemple, un hôpital a justifié l'achat d'urgence d'un oesophagoscope (utilisé pour explorer les parois de l'oesophage) de 25 000 \$ en précisant que l'ancien équipement était si vieux qu'il avait fait défaut durant une intervention chirurgicale. La direction de l'hôpital a expliqué qu'elle était au courant de l'âge de l'équipement lors du processus annuel de planification des achats, mais qu'elle avait refusé de le remplacer parce qu'il était encore fonctionnel.

Dans un autre hôpital, bien que la plupart des achats examinés n'aient pas été approuvés dans le cadre du processus global de priorisation, la haute direction a indiqué qu'un seul d'entre eux était considéré comme un achat d'urgence. Nous avons

été informés que le reste de l'équipement avait été financé par d'autres sources, dont la fondation de l'hôpital. Aucun document ne montrait pourquoi ces achats ne pouvaient pas être inclus dans le processus global de priorisation. Par exemple, l'hôpital a dépensé 354 000 \$ pour 14 postes de travail supplémentaires utilisés pour examiner les images du système d'archivage et de transmission d'images (système PACS) (base de données qui contient les images produites par l'équipement de diagnostic tel que les tomodensitomètres et permet d'afficher, de manipuler et d'imprimer les images). Ces postes de travail ont été acquis sans qu'aucun document n'explique pourquoi ils n'avaient pas été prévus et approuvés dans le cadre du processus de priorisation annuelle de l'hôpital. La haute direction a indiqué que les postes de travail avaient été financés par la fondation de l'hôpital et que ces achats n'étaient pas assujéti au processus de priorisation annuelle.

RECOMMANDATION 1

Pour que les décideurs disposent de l'information nécessaire pour prioriser les achats d'équipement médical et maximiser la valeur pour les soins aux patients, les hôpitaux doivent :

- faire des évaluations pluriannuelles des besoins en équipement et produire des documents prouvant que des critères formels de priorisation ont été appliqués pour la demande et l'approbation des achats d'équipement;
- réduire au minimum les achats exclus du processus de priorisation et d'approbation et, le cas échéant, exiger qu'ils soient approuvés par les autorités compétentes et étayés par des documents justificatifs.

ACQUISITION DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

Justification du besoin d'équipement médical

Tous les hôpitaux visités avaient mis en place un processus pour recueillir des renseignements de base sur les achats d'équipement proposés, dont une description de l'équipement et son coût estimatif, y compris les dépenses nécessaires de rénovation et d'installation. Nous avons toutefois remarqué que le processus ne tenait pas toujours compte de tous les coûts et critères pertinents. Notre examen a notamment révélé qu'un seul hôpital s'était demandé si l'achat de nouveaux appareils était susceptible d'entraîner des coûts de formation additionnels. Il n'avait toutefois pas songé au fait que l'exploitation de l'équipement pourrait nécessiter du personnel additionnel. Par ailleurs, un seul hôpital a vérifié si les patients de la région jouissaient déjà d'un accès suffisant à l'équipement. À cet égard, nous croyons comprendre qu'à l'avenir, les réseaux locaux d'intégration des services de santé pourraient être chargés de prévoir les besoins en fonds d'immobilisations, y compris ceux des hôpitaux, sur tout leur territoire et d'assurer la gestion efficace et efficiente des ressources, y compris celles des hôpitaux.

Notre examen des achats d'équipement a révélé que, dans de nombreux cas, il n'y avait aucun document indiquant pourquoi l'achat était nécessaire.

Par exemple :

- De l'équipement de laboratoire, qui sert notamment à trier et à compter les cellules, a été acheté pour 534 000 \$. Bien que la direction de l'hôpital ait indiqué qu'une évaluation clinique avait été faite et que l'équipement était requis pour permettre au personnel de l'hôpital d'acquérir de l'expertise, nous n'avons trouvé aucun document prouvant qu'on avait cherché à prévoir la demande de services à l'hôpital ou à déterminer si un autre

laboratoire pouvait offrir les services dans les délais requis.

- Un autre appareil IRM a été acheté pour 2,5 millions de dollars sans qu'aucun document n'indique pourquoi il fallait un deuxième appareil pour répondre aux besoins des patients.

Nous avons également constaté que les hôpitaux achetaient parfois de l'équipement médical à la pointe de la technologie sans faire preuve de diligence raisonnable, entre autres en évaluant les capacités opérationnelles ou en déterminant si l'équipement acheté répondait mieux aux besoins prévus des patients qu'un appareil moins avancé sur le plan technologique, mais plus économique. En 2003 par exemple, un hôpital a décidé d'acheter ce qui était alors une nouvelle technologie : un mammographe numérique à grand champ de vue. La direction de l'hôpital a souligné que l'hôpital avait notamment pour rôle d'acquérir des technologies de pointe qui n'avaient pas encore fait leurs preuves, mais qui répondaient aux normes et règlements établis. À la suite d'un processus de sélection en régime de concurrence, l'hôpital a versé un acompte de 100 000 \$ en mars 2004 et pris livraison de la plus grande partie de l'équipement durant l'été 2004. Dès l'installation, l'hôpital a connu d'importants problèmes opérationnels — dont la mauvaise qualité et les délais de transfert de l'image. En décembre 2004, le fournisseur n'avait toujours pas réglé les problèmes et refusait de reprendre l'équipement. À la suite d'une entente intervenue en juin 2006, il a finalement convenu de verser environ 54 000 \$ à l'hôpital. La direction de l'hôpital a ajouté qu'elle prévoyait vendre l'équipement pour recouvrer des coûts additionnels. Entre-temps, en 2005, l'hôpital a examiné d'autres options, mais a décidé d'acheter un mammographe numérique à petit champ de vue, qui utilise une technologie établie, auprès d'un autre fournisseur sans processus de sélection en régime de concurrence. La direction de l'hôpital a déclaré qu'elle avait choisi ce

fournisseur parce que son équipement était compatible avec les autres appareils de l'hôpital. Elle a payé 497 000 \$ pour l'équipement, qui devait être remplacé par le mammographe numérique à grand champ de vue de ce fournisseur dès qu'il serait disponible, moyennant des coûts de mise à niveau de 135 000 \$. Elle prévoyait recevoir le nouvel équipement avant septembre 2006.

En 2005, un autre hôpital a acheté deux tomodensitomètres, dont un modèle à 64 coupes à la fine pointe de la technologie, qui coûtait environ 288 000 \$ de plus que le tomodensitomètre à 16 coupes dont il avait récemment fait l'acquisition. Nous n'avons trouvé aucune analyse écrite indiquant pourquoi le tomodensitomètre à 64 coupes répondait mieux aux besoins des patients qu'un deuxième tomodensitomètre à 16 coupes.

Pour être en mesure de prendre de bonnes décisions concernant la nécessité de remplacer l'équipement, la direction de l'hôpital a besoin de données exactes et complètes sur les réparations antérieures et les coûts des réparations prévues à l'avenir. Ces données comprennent les coûts de l'entretien assuré à l'interne ou par des tiers, les raisons pour lesquelles l'équipement est hors service et les temps d'arrêt. Les trois hôpitaux nous ont dit qu'ils avaient évalué certains appareils afin de déterminer s'il était plus économique de les remplacer que de les réparer, mais aucun d'eux n'avait consigné son analyse. Un des hôpitaux a indiqué qu'il était en train d'intégrer les exigences en matière de documentation à ses politiques. Aucun d'eux n'avait établi de critères permettant de déterminer le moment opportun pour retirer les appareils du service et les aliéner. Les gestionnaires des hôpitaux nous ont informés que les décisions en matière d'aliénation étaient généralement prises dans le cadre du processus annuel d'acquisition de l'équipement médical ou en cas d'urgence si nécessaire.

RECOMMANDATION 2

Pour mieux gérer les ressources, les hôpitaux doivent, avant d'acheter l'équipement médical — particulièrement l'équipement neuf à la pointe de la technologie :

- prendre en compte tous les coûts pertinents;
- prendre en compte les besoins des patients;
- prendre en compte les capacités éprouvées de la nouvelle technologie;
- conclure des ententes de performance adéquates pour les protéger s'ils décident d'acquérir une technologie qui n'a pas encore fait ses preuves;
- déterminer, de concert avec leur réseau local d'intégration des services de santé, si les patients de la région jouissent déjà d'un accès suffisant à l'équipement.

Processus d'acquisition

Bien qu'aucune loi provinciale ne vise expressément le processus d'acquisition de l'équipement médical, une loi fédérale — la *Loi de mise en oeuvre de l'Accord sur le commerce intérieur* — qui s'applique à toutes les provinces canadiennes, régit les pratiques d'approvisionnement du secteur parapublic, y compris les hôpitaux. Elle stipule que le processus d'acquisition des biens et services coûtant plus de 100 000 \$ doit être juste et ouvert et que les fournisseurs doivent bénéficier d'un traitement égal quelle que soit la province où ils sont établis. Le recours exceptionnel à un fournisseur unique est permis dans certaines circonstances — par exemple, pour assurer la compatibilité avec les produits existants. L'approvisionnement en régime de concurrence est d'ailleurs reconnu comme étant une pratique exemplaire qui permet d'obtenir l'équipement approprié au meilleur prix.

Sélection concurrentielle des fournisseurs

Avant d'acheter de l'équipement médical, les hôpitaux décident s'il y a lieu de choisir le fournisseur en régime de concurrence, par exemple en demandant des offres de prix, verbales ou écrites, ou en lançant un appel d'offres. La sélection en régime de concurrence a l'avantage d'offrir des chances égales aux fournisseurs et de permettre à l'acheteur d'obtenir la meilleure qualité au meilleur prix. Nous nous attendions à ce que les hôpitaux aient élaboré une politique d'acquisition qui précise clairement dans quelles circonstances un processus de sélection en régime de concurrence doit être utilisé, par exemple pour les appareils dont le coût dépasse un certain seuil.

Nous avons découvert qu'un des hôpitaux n'avait aucune politique ou procédure écrite régissant l'acquisition de l'équipement médical, mais la direction nous a informés que l'hôpital appliquait des politiques informelles et qu'il avait notamment établi des seuils applicables aux processus concurrentiels. Les deux autres hôpitaux s'étaient dotés de politiques et procédures écrites, y compris des seuils au-delà desquels ils devaient solliciter des offres de prix verbales ou écrites ou lancer des demandes de propositions (DP). Leurs politiques d'achat ne couvraient cependant pas tous les détails pertinents. Dans un cas, par exemple, elles ne définissaient ni la valeur en dollars au-dessus de laquelle un appel d'offres doit être lancé ni les exceptions valables à l'obligation de faire jouer la concurrence (par exemple, lorsque l'équipement doit être acheté auprès d'un fournisseur unique afin d'assurer la compatibilité de l'équipement).

Les politiques, formelles ou informelles, en place à deux des hôpitaux exigeaient généralement une DP publique pour l'achat des appareils médicaux coûtant plus de 100 000 \$. Nous avons examiné un échantillon d'achats effectués par ces hôpitaux et constaté que ni l'un ni l'autre n'avait lancé de DP publique dans de nombreux cas d'achats de plus de 100 000 \$. En outre, lors de l'achat d'un appareil

IRM pour plus de 2,5 millions de dollars, un hôpital a exclu un fournisseur connu de son processus de sélection. La haute direction nous a informés que ce fournisseur avait été exclu pour un certain nombre de raisons, dont sa part de marché limitée et des problèmes de capacité potentiels connexes dans la région.

Le troisième hôpital a acheté son équipement de concert avec un consortium d'achat regroupant deux autres hôpitaux. Aucun des achats examinés ne faisait suite à une DP publique, et nous avons repéré un seul cas où des fournisseurs préqualifiés avaient été invités à répondre à une DP non publique. Bon nombre d'achats dépassaient pourtant 100 000 \$, y compris un tomodensitomètre coûtant plus de 1,1 million de dollars. La haute direction du consortium d'achat qui agissait au nom de l'hôpital a indiqué qu'elle adressait uniquement des DP non publiques aux fournisseurs préqualifiés par l'hôpital parce que la direction de l'hôpital croyait que cela réduisait les coûts et accélérait le processus d'acquisition. L'hôpital a précisé que les fournisseurs pouvaient se faire préqualifier en contactant l'hôpital ou le consortium d'achat, mais nous avons noté que le processus de préqualification n'était pas annoncé publiquement et qu'il n'y avait pas de processus formel en place pour informer les fournisseurs qu'ils devaient être préqualifiés avant de pouvoir soumissionner un contrat. La haute direction nous a dit que l'hôpital préqualifiait les fournisseurs en se fondant sur un certain nombre de facteurs, dont leur solidité financière et leur fiabilité ainsi que la conformité de leur équipement aux normes de sécurité de l'hôpital. En ce qui concerne l'acquisition du tomodensitomètre, la direction de l'hôpital nous a assuré qu'elle avait mis en place un processus lui permettant d'obtenir un prix concurrentiel.

Demandes d'information

Les hôpitaux utilisent des demandes d'information (DI) pour se renseigner sur les types d'équipements disponibles et les fournisseurs qui les offrent. Muni

de cette information, l'hôpital est mieux placé pour établir les spécifications d'une DP, particulièrement si la DP vise un produit que l'hôpital n'a pas acheté depuis longtemps ou qu'il n'a jamais acheté.

Deux des hôpitaux visités considéraient les DI comme un moyen valable d'obtenir des renseignements sur l'équipement disponible. Cependant, aucun des hôpitaux n'utilisait des DI publiques pour obtenir des renseignements sur les types d'équipements disponibles et les fournisseurs qui les offrent. Deux des achats examinés faisaient suite à des DI, mais l'information recueillie n'a pas servi à rédiger la DP. En fait, dans les deux cas, l'hôpital a utilisé la DI pour choisir le fournisseur.

Dans certains cas, particulièrement lorsque l'équipement acheté coûtait plus de 100 000 \$, une DI aurait permis d'accroître l'efficacité du processus. Par exemple, un hôpital a lancé une DP aux critères très généraux pour un tomodensitomètre. La DP ne spécifiait ni le nombre de tomodensitomètres à acquérir ni le nombre requis de coupes par image (les appareils offrant plus de coupes produisent une image plus détaillée, mais coûtent plus cher). Les exigences étaient très générales, sauf dans quelques rares exceptions, comme les procédures de démarrage. Nous avons été informés qu'un comité de sélection avait établi une liste restreinte de fournisseurs sur la base d'une évaluation clinique et de la familiarité d'un membre du comité avec l'équipement d'un fabricant particulier. Les fournisseurs étaient éliminés sans explication écrite et, même s'ils répondaient aux critères de base de la DP, l'hôpital pouvait décider par la suite que leur équipement ne possédait pas toutes les caractéristiques opérationnelles voulues — il a notamment déterminé que le fournisseur devrait être en mesure de fournir un tomodensitomètre à 64 coupes et que ses postes de travail n'étaient pas suffisamment conviviaux. Par conséquent, les fournisseurs inscrits sur la liste restreinte ont dû soumettre plusieurs offres révisées afin de répondre aux spécifications modifiées de l'hôpital, et les tomodensitomètres ont été

livrés à l'hôpital 16 et 21 mois, respectivement, après le lancement de la DP.

Achats auprès d'un fournisseur unique

La plupart des achats examinés ont été effectués directement auprès d'un fournisseur sans que d'autres fournisseurs semblent avoir été pris en considération. Quoique certains appareils médicaux puissent être offerts par un seul fournisseur, la raison la plus fréquemment invoquée pour justifier le recours à un fournisseur unique était la normalisation de l'équipement.

Nous reconnaissons que la normalisation de certains types d'équipements présente des avantages. Les dispositifs médicaux d'utilisation courante dans tout l'hôpital — comme les pompes à perfusion intraveineuse — sont souvent normalisés. Cela aide à réduire au minimum les incidents attribuables au manque de familiarité du personnel avec un dispositif utilisé pour dispenser des soins aux patients dans différents services d'un hôpital. La normalisation de l'équipement peut aussi être nécessaire lorsque les dispositifs médicaux doivent fonctionner en interface avec d'autres dispositifs ou systèmes.

Cependant, aucun des hôpitaux visités n'avait de critères écrits spécifiant dans quelles circonstances l'équipement devrait être normalisé. L'absence de politiques à cet égard fait augmenter le risque que l'équipement médical ne soit pas normalisé lorsqu'il devrait l'être ou qu'il soit normalisé puis acquis auprès d'un fournisseur unique, sans justification valable. Nous avons appris, par exemple, qu'une source lumineuse qui se branche à un vidéoscope (instrument servant à l'exploration interne des cavités corporelles) avait été achetée à un fournisseur unique en raison des exigences de normalisation. Ces sources lumineuses ont coûté à l'hôpital quelque 8 000 \$ chacune. Des spécialistes de cet hôpital ont ajouté que les vidéoscopes pourraient fonctionner avec les sources lumineuses d'autres fabricants — il faut toutefois effectuer et documenter une analyse afin de déterminer la conformité aux exigen-

ces du fabricant. La haute direction de cet hôpital a indiqué que, dans la plupart des cas, il n'y avait pas assez de ressources pour entreprendre des analyses et que l'hôpital avait l'habitude de normaliser et donc d'acheter auprès d'un fournisseur unique tout l'équipement médical entretenu par son personnel. Un autre hôpital a acheté un colonoscope (instrument utilisé pour explorer visuellement l'intérieur du côlon) de 105 000 \$ auprès d'un fournisseur unique, et un troisième a lui aussi fait appel à un fournisseur unique pour acquérir un échographe coûtant 267 000 \$. Les deux hôpitaux ont affirmé qu'ils avaient eu recours à un fournisseur unique parce que l'équipement était considéré comme normalisé. Là encore, nous n'avons vu aucune analyse justifiant la normalisation initiale de l'équipement avec un seul fournisseur, mais un hôpital nous a avisés que deux fournisseurs avaient été pris en compte dans l'établissement de la norme. L'autre hôpital a indiqué que sa sélection était basée sur une évaluation clinique, une expérience antérieure favorable avec le fournisseur, et un contrat de services existant qui pouvait s'étendre à l'échographe.

Un seul des hôpitaux visités avait une liste officielle de l'équipement normalisé. Nous avons noté que cette liste comptait plus de 550 articles, dont seulement 45 avaient fait l'objet d'une évaluation formelle. De ces 45 évaluations, 15 incluaient une comparaison avec d'autres modèles. Un laser spécialisé et ses accessoires, par exemple, ont été achetés à un fournisseur unique pour 150 000 \$ parce qu'ils constituaient la norme. Cependant, il n'y avait pas d'évaluation ou de comparaison formelle avec d'autres appareils pris en considération dans l'établissement de la norme.

Dans d'autres cas, de l'équipement non normalisé a été acheté à un fournisseur unique sans documents justificatifs à l'appui. Un hôpital, par exemple, a payé 46 000 \$ pour un laser oculaire, tandis qu'un autre a acheté un appareil utilisé pour examiner l'oesophage au coût de 25 000 \$. Les raisons du recours à un fournisseur unique variaient,

mais, dans le cas du laser oculaire, la direction de l'hôpital a indiqué qu'elle n'avait pas lancé de DP parce qu'un essai clinique de deux modèles démontrait que le laser en question répondait à ses spécifications.

Consortiums d'achat

Un consortium d'achat efficace peut donner lieu à des économies, grâce au pouvoir d'achat combiné des hôpitaux membres qui permet de négocier de meilleurs prix et autres conditions de vente avec les fournisseurs. Il peut aussi améliorer l'efficacité en centralisant l'expertise en matière de stratégies d'achat et en éliminant les doublons administratifs dans chaque hôpital.

Deux des trois hôpitaux visités ne faisaient pas partie d'un consortium d'achat pour l'équipement médical. Bien qu'ils aient dit avoir acheté de l'équipement médical en collaboration avec d'autres hôpitaux, aucun des achats examinés n'avait été effectué de cette façon, à l'exception d'un achat important coordonné par le Ministère.

Le troisième hôpital a créé un consortium d'achat avec deux autres hôpitaux pour les fournitures, les services et l'équipement destinés aux trois hôpitaux. Chaque hôpital participant devait payer le coût des produits ou services achetés ainsi que des frais additionnels pour couvrir les dépenses du consortium d'achat. La direction de l'hôpital visité a indiqué qu'elle s'attendait non seulement à ce que les hôpitaux participants fournissent un leadership clinique, mais aussi à ce que le consortium d'achat obtienne des prix réduits, notamment pour l'équipement médical. Il reste que l'hôpital n'a jamais fait d'analyse pour déterminer si des économies quantifiables avaient été réalisées dans le cadre des achats examinés, qui représentaient environ 60 % de tout l'équipement médical acquis par l'hôpital durant la période de 13 mois terminée le 31 décembre 2005. Comme il est noté plus haut dans le présent rapport, dans la section Sélection concurrentielle

des fournisseurs, le consortium d'achat n'a lancé aucune DP pour les achats échantillonnés.

En 2005-2006, les hôpitaux visités ont payé environ 1 million de dollars au consortium d'achat pour ses services. La direction de l'hôpital a affirmé qu'elle avait vérifié si ces coûts étaient raisonnables dans le cadre du processus budgétaire annuel, mais nous avons noté qu'aucune analyse formelle n'avait été effectuée au cours des cinq dernières années afin de déterminer si le montant payé au consortium d'achat était raisonnable par rapport aux coûts de fonctionnement prévus et compte tenu du volume d'achats.

En mars 2006, le consortium d'achat a été absorbé par un autre organisme établi pour gérer certaines fonctions, dont les achats, pour 12 hôpitaux. Au moment de notre vérification, il était encore trop tôt pour déterminer si le nouvel organisme avait aidé l'hôpital visité à réaliser des économies. Nous avons néanmoins remarqué qu'en mai 2006, deux mois après l'entrée en vigueur de la nouvelle entente de services, l'hôpital n'avait pas encore finalisé certains aspects de son entente avec l'organisme, dont le montant à payer pour les services du consortium d'achat. Notre avons examiné l'ébauche de contrat entre l'hôpital et le nouvel organisme et constaté qu'elle n'exigeait pas que l'équipement médical soit acquis en régime de concurrence, par exemple au moyen de DP.

RECOMMANDATION 3

Pour s'assurer que l'équipement médical est acquis de la manière la plus économique possible et qu'il répond à leurs besoins particuliers, les hôpitaux ou leurs consortiums d'achat doivent s'engager à établir et à respecter des procédures d'acquisition en régime de concurrence, y compris :

- des exigences concernant l'utilisation de demandes de propositions publiques pour les achats d'équipement médical dépassant un certain montant;

- des critères permettant de déterminer si la normalisation de l'équipement est préférable à un processus concurrentiel ouvert;
- des exigences relatives aux modalités d'utilisation des demandes d'information visant à identifier les fournisseurs dont l'équipement répond à leurs besoins.

Pour s'assurer que les hôpitaux membres d'un consortium d'achat pour l'équipement médical réalisent des économies, les hôpitaux doivent surveiller de près le succès obtenu par le consortium dans l'acquisition de l'équipement médical.

Décision d'acheter ou de louer

Un facteur à prendre en considération dans la planification à long terme de l'utilisation des ressources financières limitées de l'hôpital est la décision de louer ou d'acheter l'équipement médical. Cette décision affecte les fonds disponibles, car l'équipement loué est généralement payé sur une certaine période tandis que l'équipement acheté est généralement payé à l'avance, à moins que d'autres arrangements financiers n'aient été pris. L'option la plus économique dépend de différents facteurs. Dans certains cas par exemple, l'hôpital peut prévoir de conserver l'équipement pendant une période limitée parce que celui-ci risque de devenir obsolète. La location constitue alors le choix le plus économique. Il peut aussi être plus économique de louer l'équipement pendant quelques années lorsque les coûts de réparation sont censés grimper avec le temps.

Aucun des hôpitaux visités n'avait de politiques indiquant dans quelles circonstances il vaut mieux louer l'équipement médical. Aucune des acquisitions examinées n'incluait une analyse de l'impact de la location par rapport à l'achat afin de déterminer l'option la plus économique.

Nous avons remarqué que les hôpitaux louaient rarement l'équipement médical. Nous avons exa-

miné deux contrats de location liés au système d'archivage et de transmission d'images (système PACS) d'un hôpital. Après avoir établi ses exigences technologiques, cet hôpital a opté pour des contrats de location principalement parce qu'il pouvait les déclarer comme charges de fonctionnement, plutôt que comme actif, dans ses états financiers vérifiés. Il n'y avait pas d'analyse écrite démontrant quels forfaits de location étaient les plus financièrement avantageux pour l'hôpital — par exemple, celui offrant un taux d'intérêt plus faible — ou correspondaient le mieux à la période d'utilisation prévue. La direction de l'hôpital a indiqué que les modalités d'acquisition étaient généralement basées sur le type de fonds — de fonctionnement ou d'immobilisation — disponibles. Dans la première éventualité par exemple, l'hôpital chercherait à conclure une entente en vertu de laquelle les coûts de location sont considérés comme des charges de fonctionnement.

RECOMMANDATION 4

Pour s'assurer que les appareils médicaux importants sont acquis de la manière la plus économique, les hôpitaux doivent faire une évaluation formelle de toutes les options d'acquisition, y compris la location.

ENTRETIEN ET RÉPARATION DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

Les hôpitaux doivent se doter de processus efficaces d'entretien préventif et de réparation pour que l'équipement médical fonctionne comme prévu. L'équipement qui fonctionne mal risque de retarder le traitement des patients, d'entraîner de mauvaises décisions de traitement, et même de nuire aux patients ou au personnel de l'hôpital.

Comme l'équipement médical peut être très complexe, son entretien peut demander des compétences dans une foule de domaines, dont l'élec-

tronique, l'informatique et la mécanique. Pour répondre à ces exigences, les hôpitaux font généralement appel à un personnel d'entretien interne pour l'équipement moins complexe et à des entrepreneurs de l'extérieur — qui peuvent être des employés du fournisseur de l'équipement ou des tiers — pour l'équipement plus complexe comme les appareils IRM et les tomodensitomètres.

Chacun des hôpitaux visités employait une équipe de techniciens spécialisés qui assuraient l'entretien préventif et la réparation de certains appareils médicaux. Pour le reste de l'équipement médical, particulièrement les appareils plus complexes, les hôpitaux faisaient généralement appel aux services du fournisseur. Dans certains cas, ils négociaient des ententes de services à responsabilité partagée, en vertu desquelles le fournisseur montrait aux techniciens de l'hôpital comment assurer l'entretien de base et effectuer les réparations simples, quitte à intervenir pour régler les problèmes plus compliqués.

Options de service

Les hôpitaux déterminent si l'équipement médical doit être entretenu et réparé à l'interne ou par un tiers. Avant de prendre cette décision, ils doivent se demander si la complexité de l'équipement empêche les techniciens internes de devenir aussi compétents que les techniciens externes spécialistes de l'équipement, ou s'il vaut mieux acquérir une expertise à l'interne pour pouvoir intervenir immédiatement en cas de problème. Les experts internes sont aussi mieux placés pour repérer les défauts du produit à prendre en compte dans les futures décisions d'achat.

Nous nous attendions à ce que les hôpitaux aient effectué une analyse raisonnable des options de service disponibles pour l'entretien et la réparation de leur équipement médical, y compris les coûts et avantages de chaque option. En ce qui concerne l'équipement examiné, nous avons constaté

qu'aucun des hôpitaux ne documentait systématiquement son analyse des options de service offertes par les fournisseurs — comme les forfaits prévoyant différents niveaux de service — ou les raisons de son choix. Un hôpital qui avait acquis un nouveau tomodensitomètre a conclu une entente de service de base pour une période de cinq ans commençant en 2006, à un coût annuel fixe de 157 000 \$. Si les frais demandés par le fournisseur pour les réparations et l'entretien non couverts par l'entente dépassent la limite préétablie de 38 000 \$ par an, l'hôpital peut avoir à payer des frais additionnels pouvant aller jusqu'à 23 500 \$ par an. Or, un contrat de services couvrant tous les travaux de réparation et d'entretien aurait coûté à l'hôpital 167 000 \$ par an. Il n'y avait pas d'analyse documentée des coûts prévus de réparation et d'entretien, faisant référence à l'ancien tomodensitomètre de l'hôpital ou aux tomodensitomètres d'autres hôpitaux, afin de déterminer l'option la plus économique sur la durée du contrat de services. Nous avons également constaté que les trois hôpitaux avaient négocié différentes options de service avec des tiers. L'un d'eux, par exemple, avait négocié un contrat avec un fournisseur pour l'entretien de différents types d'équipements produits par différents fabricants. Le prix annuel du contrat était ajusté au gré des acquisitions et de la mise hors service de l'équipement.

Deux des hôpitaux n'assuraient pas le suivi des coûts d'entretien préventif et de réparation à l'interne pour les appareils importants ou les grandes catégories d'équipement; l'un des deux affirmait toutefois qu'il surveillait le coût des pièces de rechange. Le troisième hôpital évaluait ses coûts d'entretien annuels à l'interne et, bien qu'il n'ait pas utilisé cette information pour faire une analyse détaillée des autres options de service, il était d'avis que l'entretien par un tiers coûterait de trois à six fois plus cher qu'à l'interne.

RECOMMANDATION 5

Pour les appareils importants ou les grandes catégories d'équipement médical, les hôpitaux doivent faire une évaluation formelle afin de déterminer :

- s'ils sont en mesure d'entretenir et de réparer l'équipement de façon économique à l'interne;
- les options de service par un tiers qui répondent à leurs besoins de la façon la plus économique.

Entretien et réparations

L'équipement médical devrait être entretenu conformément à des normes appropriées, qui peuvent être basées sur les recommandations du fabricant, les lignes directrices professionnelles, le niveau d'utilisation et les problèmes antérieurs. Il faut s'assurer que l'équipement médical fonctionne conformément aux normes afin d'obtenir les renseignements diagnostiques exacts requis pour prendre des décisions de traitement appropriées et garantir la sécurité des patients et du personnel.

Pour assurer le bon fonctionnement actuel et futur de l'équipement médical, il faut prévoir des travaux d'entretien préventif et des tests fonctionnels. Les procédures d'entretien préventif réduisent le risque de fonctionnement défectueux, tandis que les tests fonctionnels permettent de déterminer si l'équipement fonctionne dans les limites des paramètres normaux. Par exemple, les procédures d'entretien applicables à un ventilateur néonatal prévoient des travaux d'entretien préventif afin de remplacer les pièces après un certain nombre d'heures d'utilisation ainsi que des tests fonctionnels pour assurer le bon fonctionnement des soupapes de respiration d'urgence. Les travaux d'entretien préventif et tests fonctionnels insuffisants ou incomplets risquent de mener à de mauvaises déci-

sions de traitement au cas où l'équipement médical produirait des résultats inexacts, de créer des arriérés parce que les tests doivent être repris et de faire augmenter les coûts de réparation de l'équipement.

Aucun des hôpitaux visités n'ayant de politiques sur l'établissement des normes d'entretien, ils se fondaient généralement sur les manuels des fabricants pour déterminer les procédures à suivre et la fréquence des travaux pour l'équipement dont ils assuraient eux-mêmes l'entretien. Un des hôpitaux s'était doté d'une politique décrivant le système de classement numérique à utiliser pour évaluer et déterminer la nécessité et la fréquence de l'entretien préventif des dispositifs médicaux. La direction de l'hôpital a toutefois précisé que ce système de classement servait principalement à établir les priorités en matière d'entretien pour une journée donnée et qu'il n'a donc pas été utilisé pour déterminer les besoins relatifs à l'entretien de l'équipement médical examiné.

Il arrivait parfois aux hôpitaux d'établir des listes de vérification pour aider les techniciens à assurer l'entretien nécessaire. Cependant, ces listes n'incluaient pas toujours toutes les procédures recommandées par le fabricant et, dans de nombreux cas, les hôpitaux ne conservaient pas d'autres documents indiquant que ces procédures avaient été exécutées. Dans un hôpital par exemple, le manuel d'entretien pour un moniteur foetal indiquait qu'une série de tests — dont une échographie, un test de détection des mouvements du fœtus et un test de fréquence cardiaque — devaient être effectués dans le cadre des procédures d'entretien préventif afin de déterminer si l'équipement fonctionnait bien. Cependant, cette étape dans la liste de contrôle utilisée par les techniciens de l'hôpital se limitait à deux mots — « Ultrasound transducers » (capteurs ultrasonores) — et il n'y avait pas d'autres documents montrant que tous les tests requis avaient été réalisés.

Pour l'équipement entretenu par des tiers, les hôpitaux comptaient bien souvent sur le fournis-

seur pour déterminer l'entretien préventif à assurer et sa fréquence. Dans de nombreux cas, les rapports des fournisseurs sur l'entretien préventif ne décrivaient pas en détail les procédures exécutées ou les résultats obtenus. Ces rapports sont importants, car le personnel de l'hôpital n'avait pas reçu de formation sur l'entretien de l'équipement et ne pouvait donc pas garantir que l'entretien préventif était adéquat.

Entretien et réparation des appareils IRM et des tomodesitomètres

L'American College of Radiology offre une série de programmes d'agrément, surtout aux États-Unis, pour les établissements tels que les hôpitaux qui utilisent des appareils IRM et des tomodesitomètres. Ces programmes évaluent les compétences du personnel, la performance de l'équipement, l'efficacité des mesures de contrôle de la qualité, et la qualité des images cliniques. Le Canada ne possède pas de processus d'agrément fédéraux équivalents, mais l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) a élaboré des paramètres de pratique clinique et normes d'établissement (paramètres de pratique clinique) pour les tomodesitomètres et les appareils IRM des établissements de santé autonomes. Ces établissements fournissent des services de diagnostic et fonctionnent comme des cliniques indépendantes, généralement sans lien avec des hôpitaux. L'Ordre utilise les paramètres de pratique clinique pour déterminer si les établissements en question respectent des normes médicales appropriées, notamment en veillant à ce que leur équipement produise des résultats exacts et en répondant aux préoccupations en matière de sécurité.

Nous avons noté que les programmes d'agrément de l'American College of Radiology pour les appareils IRM prévoyaient des procédures de contrôle de la qualité, comme la vérification hebdomadaire de la température et de l'humidité de la pièce. Les paramètres de pratique clinique établis

par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour les établissements de santé autonomes prévoyaient des mesures similaires de contrôle de la qualité, dont la tenue d'un registre quotidien de la température et de l'humidité de la pièce où se trouve l'appareil IRM. Ces mesures sont importantes, notamment parce qu'un niveau insuffisant d'humidité risque d'endommager l'aimant de l'appareil IRM. Un des hôpitaux visités a indiqué qu'il avait installé un détecteur qui alertait le personnel lorsque la température ou le niveau d'humidité s'écartait de la plage acceptable. Les deux autres hôpitaux n'ont pas assuré une surveillance directe des niveaux d'humidité en 2005, mais la direction de l'un des deux a affirmé que le fournisseur contrôlait l'humidité et la température de la pièce au moyen d'une connexion à distance. Cet hôpital n'avait toutefois aucun document prouvant que le fournisseur avait assuré la surveillance requise ou indiquant les résultats obtenus. Le troisième hôpital, quant à lui, avait commencé à assurer la surveillance régulière des niveaux d'humidité au début de 2006 après que le fournisseur eut détecté des niveaux insuffisants lors de l'entretien préventif. Cet hôpital nous a informés qu'il ne le faisait pas auparavant parce que le fournisseur ne lui avait jamais mentionné que cela était nécessaire.

Les paramètres de pratique clinique de l'Ordre exigeaient eux aussi des balayages fantômes une fois par jour pour les appareils IRM et au moins une fois par semaine pour les tomodensitomètres. Un balayage fantôme est un test dans lequel un objet rempli de liquide, le « fantôme », est balayé; les résultats du test permettent de déterminer si l'équipement fonctionne bien. Nous avons examiné les balayages fantômes effectués dans les hôpitaux visités et constaté ce qui suit :

- Un hôpital n'avait soumis aucun de ses tomodensitomètres à un balayage fantôme en 2005. Il faisait toutefois des balayages fantômes de ses appareils IRM toutes les deux semaines.

- Un autre hôpital ne faisait aucun balayage fantôme de ses deux appareils IRM et ce n'est qu'en 2005 qu'il a commencé à soumettre un de ses quatre tomodensitomètres opérationnels à des balayages fantômes. Nous avons toutefois été informés qu'en avril 2006, il avait commencé à effectuer des balayages fantômes périodiques de tous les appareils IRM et tomodensitomètres utilisés à ce moment-là. La haute direction de cet hôpital a indiqué que les balayages des appareils IRM avaient commencé après que le fournisseur assurant l'entretien eut détecté des problèmes avec une des machines.
- Le troisième hôpital a déclaré qu'en 2005 il avait fait des balayages fantômes de tous les appareils IRM et tomodensitomètres devant être utilisés le jour même, mais il y avait peu de documents prouvant que certains de ces tests avaient été effectués.

D'après les paramètres de pratique clinique de l'Ordre, les appareils IRM doivent faire l'objet d'un entretien préventif mensuel. La direction d'un hôpital a néanmoins indiqué qu'à la recommandation du fournisseur, l'entretien préventif sur place d'un appareil IRM avait commencé seulement sept mois après l'installation. Dans un autre hôpital, où l'entretien devait être effectué quatre fois en 2005 selon le contrat du fournisseur, il ne l'a été que trois fois. La même année, le troisième hôpital assujettissait ses deux appareils IRM à un entretien mensuel.

En 2005, tous les hôpitaux visités faisaient appel au fournisseur de l'équipement pour assurer l'entretien préventif et la réparation des tomodensitomètres et appareils IRM, y compris les tests fonctionnels nécessaires pour s'assurer que l'équipement fonctionnait bien. Ils comptaient généralement sur les fournisseurs pour faire en sorte que les rayonnements produits par les tomodensitomètres durant un examen ne dépassent pas les limites acceptables. Nous craignons que les hôpitaux ne puissent pas reconnaître facilement les cas dans les-

quels les fournisseurs n'assuraient pas un entretien adéquat des appareils IRM et des tomodensitomètres, parce que le fonctionnement de ces machines n'est généralement pas examiné ou évalué autrement. Alors que les établissements de santé autonomes possédant des appareils IRM et des tomodensitomètres doivent subir l'évaluation de la qualité menée par l'Ordre au nom du Ministère, et que l'équipement radiologique est assujéti aux exigences (visant entre autres les caractéristiques des machines, leur fonctionnement et les compétences des personnes qui les utilisent) prescrites dans la *Loi sur la protection contre les rayons X* et aux inspections connexes, les tomodensitomètres et appareils IRM des hôpitaux ne sont pas soumis à de tels processus externes d'assurance de la qualité. Nos préoccupations à cet égard sont exposées plus en détail à la Section 3.06, Hôpitaux — Gestion et utilisation de l'équipement d'imagerie diagnostique. À la fin de nos travaux sur le terrain, pour réduire la dépendance envers le fournisseur, un hôpital était en train de négocier une entente de services partagés pour les deux tomodensitomètres alors en utilisation. Cette entente attribuerait la plupart des travaux d'entretien préventif au personnel spécialisé de l'hôpital et la plupart des réparations au fournisseur.

Garanties relatives au temps de disponibilité de l'équipement

La plupart des ententes relatives à l'entretien des appareils IRM et des tomodensitomètres que nous avons examinées comportaient une garantie selon laquelle l'équipement devrait être opérationnel entre 95 % et 99 % du temps, selon le contrat, durant certaines heures chaque jour. Ces heures correspondaient généralement aux rendez-vous des patients.

Nous avons examiné un échantillon d'ententes relatives à l'entretien des appareils IRM et des tomodensitomètres et constaté que la plupart d'entre elles n'incluaient pas le temps requis pour assu-

rer l'entretien préventif dans le temps d'arrêt de l'équipement, qui était pourtant entretenu durant les heures normalement réservées au traitement des patients.

Les hôpitaux visités consignaient parfois le temps d'arrêt des appareils IRM et des tomodensitomètres, mais aucun d'eux ne surveillait le temps d'arrêt total afin de déterminer s'il était admissible à une indemnisation de la part du fournisseur en cas de rupture de la garantie relative au temps de disponibilité. Il n'y avait d'ailleurs aucune directive définissant les circonstances dans lesquelles le temps d'arrêt devait faire l'objet d'un suivi.

Nous avons été informés que les hôpitaux compartaient généralement sur le fournisseur pour assurer le suivi des temps d'arrêt en leur nom. Or, un seul d'entre eux a demandé au fournisseur de produire des rapports sur les temps d'arrêt pour 2005, parce que le personnel était préoccupé par le temps d'arrêt considérable des deux appareils IRM de l'hôpital, dont le temps de disponibilité garanti était de 98 %. Le rapport du fournisseur sur les temps d'arrêt n'appuyait pas les préoccupations du personnel et indiquait un nombre d'heures d'arrêt qui ne violait pas la garantie de temps de disponibilité. L'hôpital n'avait toutefois aucun moyen de confirmer ce nombre parce qu'il n'avait pas surveillé les temps d'arrêt durant l'année. En général, si la garantie relative au temps de disponibilité n'était pas respectée, les hôpitaux avaient droit à une indemnisation quelconque, par exemple une prolongation de la période couverte par l'entente de services.

Entretien et réparations à l'interne

Les trois hôpitaux avaient automatisé dans une certaine mesure leur activité d'entretien de l'équipement à l'interne. En fait, les systèmes d'un d'entre eux avisaient automatiquement les techniciens de l'hôpital des dates prévues pour l'entretien de l'équipement. Nous avons néanmoins constaté qu'aucun des hôpitaux n'assurait l'entretien préventif aussi souvent que recommandé par les manuels

des fournisseurs ou par son calendrier d'entretien. Par exemple :

- Dans un hôpital, les documents disponibles donnaient à penser que les filtres des ventilateurs néonataux n'étaient pas vérifiés et remplacés aussi souvent que recommandé par le fabricant. Le manuel du fournisseur recommandait de vérifier certains filtres après 5 000 ou 1 000 heures d'utilisation, selon le filtre, et de les remplacer au besoin. Nous avons noté que, d'après les heures d'utilisation d'un ventilateur néonatal acquis en 1999, les filtres auraient dû faire l'objet de 18 vérifications (trois vérifications du premier filtre et 15 vérifications du deuxième) avant janvier 2006. Les registres d'entretien indiquaient que, durant cette période, le premier filtre avait été examiné cinq fois et remplacé une fois. La direction de l'hôpital a affirmé que le deuxième filtre était régulièrement vérifié et remplacé au besoin, mais il n'y avait aucun document prouvant qu'il l'avait jamais été. La direction a ajouté qu'elle était en train de mettre en place un nouveau processus afin d'améliorer l'enregistrement des données de vérification.
- Le calendrier d'entretien d'un autre hôpital prévoyait l'entretien semestriel des défibrillateurs. Cette exigence n'a pas été respectée dans près de 75 % des cas en 2005, et 45 % de ces appareils ont passé plus d'un an sans entretien.
- Dans le troisième hôpital, près de 50 % des pompes à perfusion qui devaient faire l'objet d'un entretien annuel n'ont pas été entretenues en 2005, et bon nombre d'entre elles ont passé deux ans ou plus sans entretien.

Malgré le fait que certains appareils exigeaient des tests plus fréquents, les tests fonctionnels étaient habituellement effectués en même temps que l'entretien préventif — le programme d'entretien préventif à l'interne d'un hôpital, par exem-

ple, prévoyait une série de tests fonctionnels. Nous craignons qu'en raison de cette pratique, l'équipement ne soit pas testé assez fréquemment, d'autant plus que l'entretien préventif prévu était souvent négligé.

Les hôpitaux visités n'avaient pas cherché à déterminer si l'entretien préventif était conforme à leurs procédures ou à analyser l'impact d'un entretien inexistant ou insuffisant sur la performance de l'équipement. Ils n'avaient pas vérifié si l'équipement médical avait été réparé en temps opportun, ni mis en place un système fiable pour assurer le suivi des coûts de réparation ou des temps d'arrêt de l'équipement médical, y compris les gros appareils. Les registres indiquaient que de nombreux appareils examinés avaient nécessité des réparations en 2005, mais, dans la plupart des cas, il n'y avait pas suffisamment de données pour déterminer le temps d'arrêt total de l'équipement. Il était donc impossible d'évaluer l'impact des retards dans la réparation de l'équipement à l'interne.

RECOMMANDATION 6

Pour s'assurer que l'équipement médical fonctionne bien, les hôpitaux doivent :

- assurer l'entretien préventif et fonctionnel conformément aux spécifications du fabricant ou d'une autre autorité et veiller à ce que cet entretien soit effectué;
- surveiller les temps d'arrêt et de panne des gros équipements médicaux et utiliser cette information pour évaluer l'impact sur les soins aux patients et les coûts, et pour déterminer si les garanties relatives au temps de disponibilité ont été respectées.

Suivi de l'équipement médical

Pour aider à assurer le suivi de l'équipement médical, les hôpitaux marquent et enregistrent l'équipement au moment de l'achat. Un inventaire contenant des données complètes et à jour sur l'acquisition, l'entretien et l'aliénation de l'équipement médical aide à planifier et à gérer les besoins en équipement. Cet inventaire indique non seulement l'âge de l'équipement, ce qui aide à déterminer si des achats sont requis, mais aussi l'équipement à entretenir et son emplacement de même que l'équipement rappelé par le fabricant afin de réduire les risques pour la sécurité des patients.

Comme il est noté plus haut, dans la section Entretien et réparations à l'interne du présent rapport, tous les hôpitaux tenaient un inventaire plus ou moins détaillé de leur équipement médical. Cependant, aucun d'eux n'avait vérifié l'exhaustivité ou l'exactitude de son inventaire au cours des trois dernières années. Nous avons examiné un échantillon de l'équipement médical listé dans les inventaires et trouvé d'importantes inexactitudes dans les registres de deux hôpitaux. Par exemple, la liste de l'équipement médical utilisée par le personnel d'entretien interne incluait de nombreux appareils introuvables. Nous avons été informés que 58 défibrillateurs inscrits sur la liste et enregistrés comme étant en utilisation avaient été aliénés. Selon le personnel de l'hôpital, des registres manuels approuvant l'aliénation de certains appareils médicaux n'étaient pas toujours préparés et, lorsqu'ils l'étaient, la liste de l'équipement médical n'était pas toujours actualisée. La direction de l'hôpital a attribué ces problèmes à la réinstallation de l'hôpital dans un nouvel établissement en 2004. Elle ne pouvait pas estimer combien d'appareils auraient pu être aliénés sans documents d'approbation ou combien d'appareils aliénés étaient inclus dans la liste de l'équipement médical.

RECOMMANDATION 7

Pour améliorer la gestion des besoins en équipement médical et l'identification de l'équipement à entretenir, les hôpitaux doivent veiller à ce que leurs listes d'inventaire contiennent des données complètes et à jour sur l'acquisition, l'entretien et l'aliénation de l'équipement médical.

AUTRES QUESTIONS

Déclaration des conflits d'intérêts

Étant donné la valeur pécuniaire élevée d'une grande partie des achats d'équipement médical effectués par les hôpitaux, ainsi que le manque d'uniformité dans l'utilisation des processus d'achat concurrentiels, comme il est noté dans les sections précédentes du présent rapport, il est particulièrement important de repérer tous les conflits d'intérêts réels ou perçus et de les éliminer des processus employés par les hôpitaux pour attribuer des contrats aux fournisseurs. Tous les hôpitaux visités ont reconnu cette réalité et rédigé des politiques exigeant des membres du conseil d'administration et du personnel responsables de l'achat de l'équipement médical qu'ils déclarent tout conflit d'intérêts. La politique d'un hôpital disait notamment ceci :

[Traduction]

À moins qu'une exception expresse n'ait été accordée par le directeur général, il est interdit d'adresser une demande de propositions ou de passer une commande à une entreprise : 1) qui est possédée, contrôlée ou influencée par un membre du personnel de l'hôpital, du personnel médical ou du conseil d'administration ou par un membre de sa famille immédiate; 2) qui emploie comme gestionnaire, consultant ou vendeur à temps plein un membre du personnel de l'hôpital, du personnel médical ou du conseil d'admini-

nistration; 3) qui emploie à un titre quelconque un membre du personnel de l'hôpital, du personnel médical ou du conseil d'administration qui est en mesure d'influencer la sélection du fournisseur ou de faire affaire avec lui.

Bien qu'heureux de voir que tous les hôpitaux avaient reconnu l'importance d'éliminer les situations de conflit d'intérêts, nous étions préoccupés par certaines politiques, comme le montrent les exemples suivants :

- Un hôpital exigeait de tous ses employés et de tous les membres du personnel médical qu'ils déclarent immédiatement tout conflit d'intérêts perçu, potentiel ou réel. Les deux autres hôpitaux, quant à eux, se contentaient de demander aux personnes engagées dans le processus d'achat ou en mesure d'influencer leurs dépenses ou leurs politiques de remplir une déclaration de conflits d'intérêts si elles croyaient qu'il existait un conflit réel.
- Un des hôpitaux exigeait des membres de son conseil d'administration qu'ils remplissent une déclaration de conflits d'intérêts une fois l'an, alors qu'un autre leur demandait de le faire seulement s'ils croyaient qu'il existait un conflit d'intérêts réel. Le troisième hôpital ne demandait pas expressément aux membres de son conseil d'administration de remplir des déclarations de conflits d'intérêts, mais, comme il est noté plus haut, ses politiques interdisaient les situations de conflit d'intérêts, sauf si une exception avait été accordée par le directeur général.
- Aucun des hôpitaux ne précisait les conséquences de la non-déclaration d'un conflit d'intérêts existant.

- Deux hôpitaux donnaient des exemples de conflits d'intérêts, comme la divulgation de renseignements confidentiels à des personnes non autorisées; l'autre hôpital ne donnait aucun exemple.

Deux des hôpitaux n'exigeaient pas des fournisseurs éventuels qu'ils remplissent des déclarations de conflits d'intérêts, sauf si une DP avait été lancée, ce qui arrivait rarement. Nous avons examiné quelques achats faisant suite à une DP et constaté que les fournisseurs de ces deux hôpitaux remplissaient généralement des déclarations de conflits d'intérêts. Il reste que les fournisseurs éventuels n'étaient généralement pas tenus de déclarer les conflits d'intérêts, car la plupart des achats ne faisaient pas suite à une DP.

RECOMMANDATION 8

Pour s'assurer que l'équipement médical est acquis au meilleur prix possible et pour éviter les conflits d'intérêts potentiels, les hôpitaux doivent :

- exiger de tous les membres du conseil d'administration et des personnes participant au processus d'achat ou exerçant une influence à cet égard qu'ils remplissent une fois l'an une déclaration des conflits d'intérêts réels et potentiels, et des fournisseurs qu'ils remplissent une déclaration de conflits d'intérêts dans le cadre du processus d'acquisition;
- donner des indications sur ce qui constitue un conflit d'intérêts, désigner les personnes à qui soumettre les déclarations de conflits d'intérêts, et préciser les conséquences de ne pas déclarer les conflits d'intérêts réels ou potentiels.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Dans la présente section, au lieu de reproduire les réponses de chacun des trois hôpitaux visités dans le cadre de notre vérification, nous avons résumé leurs points saillants. Les hôpitaux souscrivaient généralement à nos recommandations, mais soulignaient que certaines d'entre elles pourraient être difficiles à appliquer étant donné leurs circonstances particulières ou leurs ressources financières et humaines limitées. Par exemple, un hôpital a fait valoir que, comme les ressources sont limitées, les soins aux patients ont priorité sur les fonctions administratives telles que la production de documentation à l'appui des décisions relatives à l'acquisition de l'équipement médical. Un autre hôpital a indiqué que, par suite de sa réinstallation dans un nouvel établissement en février 2004, de nombreux achats n'ont pas été effectués conformément à ses pratiques habituelles.

Recommandation 1

Tous les hôpitaux ont convenu de procéder à des évaluations pluriannuelles des besoins en équipement médical, et l'un d'eux avait déjà instauré un processus à cette fin. Un hôpital a admis qu'il devrait élaborer un plan d'immobilisations sur deux ans, mais a souligné, avec un autre hôpital, qu'il était très difficile de projeter plus loin les futurs besoins en immobilisations pour un certain nombre de raisons, dont l'évolution rapide des technologies introduites pour améliorer les soins aux patients.

Tous les hôpitaux ont reconnu que des critères de priorisation appropriés devaient être utilisés. L'un d'eux s'est engagé à améliorer la documentation relative à son processus de priorisation et d'approbation de l'équipement médical, tandis qu'un autre a soutenu qu'il était irréaliste de documenter les décisions prises tout au long du processus d'immobilisations

étant donné le manque actuel de ressources financières et autres.

Les hôpitaux ont également convenu d'exiger des approbations et des documents appropriés à l'appui des achats effectués en dehors de leur processus global de priorisation et d'approbation. L'un d'eux a toutefois souligné que, comme les fonds sont très limités, l'équipement médical est conservé plus longtemps qu'il devrait l'être et qu'il faut donc s'attendre à des achats d'urgence.

Recommandation 2

Les hôpitaux souscrivaient généralement à cette recommandation. L'un d'eux a convenu que les facteurs mentionnés étaient des critères pertinents à prendre en compte dans les décisions d'achat. Un autre a ajouté que, dans certains cas, les achats d'équipement médical étaient motivés par la planification stratégique des futures capacités de soins aux patients, ainsi que par la compétition pour le recrutement et le maintien en poste du personnel médical.

Recommandation 3

Tous les hôpitaux ont convenu qu'ils devraient s'assurer que l'équipement médical est acquis de la façon la plus économique possible et qu'il répond à leurs besoins particuliers. Deux d'entre eux ont indiqué qu'ils étaient en train de mettre à jour et de documenter formellement les politiques et procédures d'acquisition de l'équipement médical, dans un cas en assurant la conformité avec les pratiques du consortium d'achat. Un autre a signalé que l'Association des hôpitaux de l'Ontario aiderait à maximiser les économies en élaborant des politiques concernant l'acquisition de l'équipement médical qui pourraient être utilisées par tous les hôpitaux de la province.

Un autre hôpital était d'avis que l'utilisation des demandes d'information (DI) pour choisir le fournisseur aidait à sauver du temps et de l'argent lorsque ce processus permettait d'identifier un nombre limité de fournisseurs. Le troisième hôpital a indiqué que ses politiques établissaient déjà un seuil au-delà duquel il fallait lancer un appel d'offres, mais qu'il élargirait ses politiques pour qu'elles englobent la question de la normalisation par rapport au processus de sélection en régime de concurrence et à l'utilisation des DI — bien que les DI ne soient guère utilisées par cet hôpital.

Recommandation 4

Un hôpital a convenu de faire une évaluation formelle de toutes les options d'acquisition pour les appareils médicaux importants (coûtant plus de 1 million de dollars), mais a ajouté que la décision d'acquisition pouvait dépendre du type de fonds disponibles — d'immobilisation (pour permettre les achats directs) ou de fonctionnement (exigeant la location de l'équipement). Les deux autres hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient déjà évalué les options d'acquisition et conclu qu'il était moins coûteux d'acheter carrément l'équipement médical. Ils étaient donc d'avis qu'il n'était pas pratique d'évaluer formellement toutes les options d'acquisition.

Recommandation 5

Dans l'ensemble, les hôpitaux souscrivaient à cette recommandation. L'un d'eux a affirmé qu'il la mettait déjà en pratique, mais qu'il améliorerait les documents étayant son évaluation des options d'entretien. Un autre a indiqué que ses décisions d'entretien étaient généralement simples, mais qu'il examinait d'autres possibilités. Le troisième hôpital a dit qu'il procéderait à une analyse des options pour les contrats de services par un tiers au besoin et qu'il tiendrait compte d'autres facteurs dans son analyse, comme l'évo-

lution de la technologie et l'impact sur la prestation des soins aux patients.

Recommandation 6

Les hôpitaux ont tous convenu que l'équipement médical devait être entretenu conformément aux spécifications du fabricant ou d'une autre autorité. L'un d'eux a toutefois souligné que les modifications pouvaient aussi être modifiées par le personnel compétent de l'établissement. Un autre hôpital a déclaré qu'il s'efforçait toujours d'assurer l'entretien au moment prévu, mais que la charge de travail et les ressources humaines disponibles ne lui permettaient pas toujours de le faire.

Les hôpitaux ont également accepté de chercher des moyens de recueillir des données complètes sur les temps d'arrêt et de panne des gros équipements médicaux. L'un d'eux a d'ailleurs suggéré que l'Association des hôpitaux de l'Ontario aide à définir ce qui constitue un gros équipement médical.

Recommandation 7

Tous les hôpitaux ont convenu que les listes d'inventaire devaient contenir des données complètes et à jour sur l'acquisition, l'entretien et l'aliénation de l'équipement médical. L'un d'eux a toutefois souligné qu'il ne disposait pas toujours des ressources nécessaires à cette fin et que sa priorité était de veiller à ce que l'équipement soit bien entretenu. Un autre hôpital a indiqué qu'en plus de tenir des données à jour sur les acquisitions, il envisagerait d'y intégrer l'information sur l'entretien au moment de la mise en oeuvre des nouveaux systèmes administratifs et qu'il s'employait à assurer la pleine conformité à ses politiques en matière d'aliénation. Le troisième hôpital a déclaré qu'il avait récemment mis en oeuvre un nouveau logiciel devant l'aider à tenir un inventaire complet et à jour de l'équipement médical.

Recommandation 8

Tous les hôpitaux ont souscrit à cette recommandation, et l'un d'eux avait mis en place des politiques et processus conformes à la recommandation. Le deuxième hôpital a indiqué qu'il était censé passer en revue sa politique relative aux conflits d'intérêts et qu'il tiendrait compte des commentaires du vérificateur dans le cadre de ce processus. Le troisième a affirmé qu'il étendrait sa politique concernant les conflits d'intérêts à tous les membres du conseil d'admini-

nistration ainsi qu'à toute autre personne participant à l'acquisition de l'équipement médical à la suite d'une demande de propositions, en plus de faire déclarer les conflits potentiels aux réunions de son comité de la vérification et des finances. Il a également évoqué la possibilité que l'Association des hôpitaux de l'Ontario élabore un modèle de déclaration des conflits d'intérêts qui pourrait être utilisé par de nombreux hôpitaux, ce qui leur éviterait d'avoir à créer chacun leur propre modèle.

RÉSUMÉ DE LA RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Ce rapport a également été fourni au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Au lieu de reproduire la réponse du Ministère dans son entièreté, nous en avons résumé les points saillants. Dans l'ensemble, le Ministère souscrivait aux recommandations.

En ce qui concerne la recommandation 2, le Ministère a souligné que le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, établi en octobre 2003, lui donnait ainsi qu'au système de santé des conseils objectifs et fondés sur l'expérience clinique relativement aux conséquen-

ces de l'introduction des nouvelles technologies de la santé et de la disparition des technologies désoùtes. Les acheteurs éventuels des nouvelles technologies de la santé telles que l'équipement médical peuvent soumettre une acquisition envisagée à l'examen du Comité. Le Comité peut alors aider les hôpitaux à tenir compte des facteurs mentionnés par le vérificateur (comme les coûts pertinents, les besoins des patients, les capacités éprouvées des nouvelles technologies et la demande prévue de services) avant d'acheter l'équipement.