

Hôpitaux – Administration de l'équipement médical

Suivi des vérifications de l'optimisation des ressources, section 3.05 du *Rapport annuel 2006*

Contexte

L'Ontario compte plus de 150 associations hospitalières publiques, dont chacune doit établir les priorités à respecter pour répondre aux besoins des patients dans la collectivité servie. En 2007-2008, les coûts de fonctionnement des hôpitaux de l'Ontario totalisaient 20 milliards de dollars; en 2005-2006, le total s'élevait à environ 17,5 milliards de dollars, dont 85 % était financé par la province. Ces chiffres excluent le coût de la plupart des services fournis aux patients des hôpitaux par les médecins, que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée paye par l'entremise du Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Les hôpitaux utilisent une grande variété d'appareils médicaux pour répondre aux besoins des patients – allant des moniteurs de signes vitaux relativement peu coûteux aux appareils d'imagerie par résonance magnétique (appareils IRM) coûtant des millions de dollars. L'acquisition, l'entretien et la réparation de ces équipements médicaux sont essentiels à la prestation de soins de qualité aux patients. Les données sur les sommes affectées par les hôpitaux de l'Ontario à l'équipement médical n'étaient pas faciles à obtenir, mais nous avons

pu déterminer que les trois hôpitaux vérifiés (Grand River, Mount Sinai et le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay) avaient dépensé un total de 20 millions de dollars pour acquérir de l'équipement médical en 2005.

Dans notre *Rapport annuel 2006*, nous avons constaté que certains volets de la gestion de l'équipement étaient bien gérés, mais que les procédures mises en place dans d'autres secteurs ne permettaient pas de s'assurer que l'équipement médical était acquis et entretenu de façon économique. Par exemple :

- Deux des trois hôpitaux n'utilisaient pas de plans stratégiques pluriannuels pour déterminer et prioriser les besoins en équipement médical. Les trois hôpitaux avaient établi un processus de priorisation pour les demandes d'équipement reçues chaque année, mais la plupart des achats examinés dans l'un d'entre eux n'étaient pas assujettis à ce processus parce qu'ils étaient financés par des sources telles que la fondation de l'hôpital.
- Les hôpitaux ne tenaient pas compte de certains critères pertinents dans l'évaluation des achats proposés. L'un d'eux, par exemple, a acheté de l'équipement de laboratoire pour 534 000 \$ sans laisser de document indiquant pourquoi l'équipement était jugé nécessaire.

- La plupart des achats examinés ont été effectués sans appel d'offres concurrentiel. Les représentants des hôpitaux ont expliqué que cette situation était principalement attribuable à la normalisation de l'équipement médical. Quoique nous reconnaissons les avantages de normaliser certains types d'équipement médical (par exemple pour assurer la compatibilité avec d'autres appareils), nous avons constaté qu'aucun des hôpitaux ne s'était doté de lignes directrices précisant quels appareils devaient être normalisés et donc soustraits aux pratiques d'achat en régime de concurrence.
- 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, dont un tomodensitomètre coûtant plus de 1,1 million de dollars, n'avait été acheté par le consortium dans le cadre d'un appel d'offres ouvert. Vu la nature spécialisée de certains achats, nous n'étions pas en mesure de déterminer si les hôpitaux ou le consortium d'achat auraient pu acquérir de l'équipement répondant aux besoins de leurs patients à moindre prix s'ils avaient suivi un processus de sélection concurrentiel.
- Les trois hôpitaux comptaient sur les fournisseurs pour l'entretien de leurs appareils IRM et de leurs tomodensitomètres. Nous avons remarqué que l'entretien variait et était souvent moins fréquent que le recommande l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario dans ses normes applicables aux tomodensitomètres et appareils IRM des établissements de santé autonomes. Nous avons également remarqué que les hôpitaux ne soumettaient pas toujours leurs tomodensitomètres et appareils IRM aux procédures normales d'assurance de la qualité pour vérifier s'ils fonctionnaient bien.
- Dans bien des cas, l'équipement médical n'était pas entretenu aussi souvent que le

recommandaient les manuels d'entretien ou les plans de l'hôpital. Par exemple, près de 75 % des défibrillateurs d'un hôpital n'avaient pas été entretenus comme prévu en 2005, et certains avaient passé toute l'année sans entretien.

Nous avons recommandé un certain nombre d'améliorations; les hôpitaux et le Ministère s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos préoccupations.

État actuel des recommandations

Au printemps et à l'été 2008, les hôpitaux, ainsi que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée le cas échéant, nous ont fourni des renseignements sur l'état actuel des recommandations de notre *Rapport annuel 2006*. Selon ces renseignements, tous les hôpitaux avaient pris des mesures en réponse à certaines de nos recommandations, et ils étaient en train de mettre en œuvre la plupart des autres recommandations. L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations au moment de notre suivi est exposé ci-après.

PRIORISATION DES ACHATS D'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

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.

État actuel

Un hôpital a indiqué qu'il avait mis en œuvre un plan d'évaluation des besoins sur deux ans. Un autre hôpital a affirmé qu'il avait mis en œuvre et qu'il était à affiner un nouveau processus triennal de budgétisation des immobilisations, qui englobait l'équipement médical. Le troisième hôpital a remarqué qu'il faisait encore des évaluations pluriannuelles des besoins en équipement médical. Tous les hôpitaux ont affirmé qu'ils appliquaient désormais des critères de priorisation formels pour demander et approuver les achats d'équipement.

En ce qui concerne la recommandation de réduire au minimum les achats exclus du processus de priorisation et d'approbation, nous avons été informés de ce qui suit :

- Un hôpital a indiqué qu'il avait révisé sa politique et que toutes les demandes d'équipement, y compris les achats financés par des tiers, devaient maintenant être incluses dans le budget d'immobilisations. De plus, l'équipement demandé et acheté en dehors du processus de budgétisation des immobilisations, notamment en cas d'urgence, doit être justifié et les documents à l'appui doivent être conservés.
- Un autre hôpital a précisé qu'il avait adopté une politique exigeant que toutes les demandes d'équipement médical passent par le processus de planification des immobilisations, quelle que soit la source de financement. L'équipement acheté en dehors de ce processus doit être approuvé, et les achats d'urgence et autres exceptions, comme les dons en espèces reçus après le cycle annuel de planification des immobilisations, doivent être étayés par des documents justificatifs. Cet hôpital a ajouté qu'en février 2008, il avait mis en œuvre une politique exigeant du conseil d'administration qu'il approuve toutes les demandes de dépenses en immobilisations de plus de 2 millions de dollars.

- Le troisième hôpital a indiqué qu'il était en train de réviser sa politique afin de mieux réduire au minimum les achats exclus de son processus de priorisation et d'approbation.

ACQUISITION DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

Justification du besoin d'équipement médical

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 (RLISS), si les patients de la région jouissent déjà d'un accès suffisant à l'équipement.*

État actuel

Au moment de notre suivi, tous les hôpitaux utilisaient des formulaires de demande d'achat qui exigeaient une documentation des coûts ainsi qu'une justification clinique des achats d'équipement médical. Un hôpital exigeait également que l'achat de certains types d'équipement médical, comme le matériel de recherche, soit approuvé par le service concerné. Cependant, en ce qui concerne l'acquisition des technologies qui n'ont pas encore fait leurs preuves, aucun des hôpitaux n'avait adopté de politique prévoyant la conclusion d'ententes de performance ou d'autres mesures de protection à cet égard.

Les trois hôpitaux ont indiqué qu'ils travaillaient, en collaboration plus ou moins étroite avec leur RLISS, à améliorer l'accès des patients à

l'équipement d'imagerie diagnostique dans leurs régions respectives. Par exemple, un hôpital a souligné qu'il présentait des rapports sur son utilisation de l'équipement d'imagerie diagnostique à son RLISS, afin de l'aider à optimiser l'accès au système. Un autre hôpital a précisé qu'il contactait d'autres hôpitaux membres de deux RLISS lorsqu'il envisageait des achats d'immobilisations de plus de 1 million de dollars.

Le Ministère a indiqué qu'il avait, de concert avec les RLISS, introduit une nouvelle ébauche de protocole afin de déterminer où installer les nouveaux appareils IRM et tomodensitomètres de façon à répondre aux besoins de la population locale. Ce protocole exige des hôpitaux qui demandent un nouvel appareil IRM ou tomodensitomètre qu'ils soumettent à leur RLISS et au Ministère une proposition précisant entre autres le nombre et l'emplacement des appareils IRM et des tomodensitomètres des hôpitaux ainsi que d'autres machines situées dans des installations environnantes. Le Ministère a indiqué que les hôpitaux avaient commencé à utiliser ce protocole à l'automne 2007.

Processus d'acquisition

Sélection concurrentielle des fournisseurs; Demandes d'information; Achats auprès d'un fournisseur unique; Consortiums d'achat 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.

État actuel

En décembre 2007, un des hôpitaux a mis en œuvre une politique exigeant le lancement d'une demande de propositions publique pour tous les achats de plus de 100 000 \$, sauf si l'achat est effectué auprès d'un fournisseur unique, auquel cas le recours à un fournisseur unique doit être étayé par des documents justificatifs. En avril 2008, un autre hôpital a adopté une politique spécifiant les seuils en dollars à respecter pour les procédures d'acquisition en régime de concurrence, et prévoyant des exceptions pour les achats d'urgence, les achats effectués auprès d'un fournisseur unique et les achats d'équipement normalisé. En avril 2008, le troisième hôpital a approuvé une nouvelle politique prévoyant le recours à des procédures d'acquisition en régime de concurrence « selon la demande et la valeur de l'équipement », mais sans préciser de valeurs en dollars.

Aucun des hôpitaux n'avait élaboré de lignes directrices ou critères indiquant dans quelles circonstances il faut normaliser l'équipement (c'est-à-dire acheter certains types d'équipement auprès d'un seul fabricant) au lieu de lancer un appel d'offres ouvert. L'un d'eux avait quand même précisé, du moins dans une certaine mesure, les modalités d'utilisation des demandes d'information visant à identifier les fournisseurs dont l'équipement répond à ses besoins, tandis qu'un autre hôpital avait mis en œuvre une politique plus détaillée sur les circonstances dans lesquelles il faut présenter des demandes d'information aux fournisseurs intéressés.

En ce qui concerne la surveillance formelle des achats d'équipement médical par des consortiums pour s'assurer que les hôpitaux réalisent des économies, le Ministère a indiqué que le Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO), avec des fonds de l'initiative AchatsOntario du ministère des Finances, avait lancé un projet pilote de deux ans pour les achats d'immobilisations, dont certains achats d'équipement médical. Deux des hôpitaux ont dit participer à cette initiative. Le projet pilote du CAHO a pour objectif de mettre en place un processus ouvert, équitable et transparent fondé sur des lignes directrices communes en matière d'approvisionnement, un code d'éthique partagé et un processus normalisé de demande de propositions. Le Ministère a ajouté qu'il assurerait un suivi afin de déterminer dans quelle mesure le projet pilote a aidé à réaliser des économies, et qu'il s'attendait à produire un rapport final en janvier 2010.

Un des deux hôpitaux participant au projet pilote du CAHO a indiqué que son consortium d'achat ou fournisseur de services de gestion de la chaîne d'approvisionnement travaillait à la formalisation des politiques et procédures en matière d'approvisionnement qui doivent s'appliquer à tous les hôpitaux membres. Ces politiques et procédures doivent inclure une justification de fournisseur unique, des seuils de soumission et des procédures d'appel d'offres.

L'autre hôpital participant au projet pilote du CAHO a observé que son consortium d'achat explorait la possibilité d'obtenir des prix collectifs pour des équipements choisis. Il a ajouté qu'il continuait de participer à des initiatives d'acquisition d'immobilisations coordonnées par le Ministère, dont les achats de tomodensitomètres et d'appareils IRM.

Décision d'acheter ou de louer

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.

État actuel

Un hôpital a mis en œuvre une politique indiquant que toutes les options de financement et de location disponibles devaient être prises en compte pour tous les achats d'équipement dont le coût dépasse 1 million de dollars. Un autre hôpital a indiqué qu'il évaluait périodiquement les options de location, mais qu'il était moins coûteux à son avis d'acheter l'équipement médical et qu'il jugeait donc peu pratique d'évaluer les options de location pour toutes les acquisitions. De même, le troisième hôpital a souligné qu'il avait révisé sa politique d'acquisition de manière à tenir compte des options de location mais qu'il achetait la plupart des appareils afin de réduire les coûts de financement.

ENTRETIEN ET RÉPARATION DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

Options de service

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.*

État actuel

Un hôpital a mis en œuvre une politique selon laquelle il faut déterminer les économies potentielles liées aux contrats de service et d'entretien pour tous les achats d'équipement importants. Cet hôpital a ajouté qu'il prévoyait de discuter de la question avec son Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) durant l'été 2008, car il était d'avis que les économies d'échelle associées aux contrats de service et d'entretien à l'interne pouvaient être évaluées de façon plus efficace au niveau des RLISS. Un autre hôpital a indiqué qu'il lançait des appels d'offres pour les contrats de service dans le cadre de son processus d'achat d'immobilisations afin d'obtenir le meilleur rapport qualité/prix. Cet hôpital

a ajouté qu'il avait révisé sa politique en matière d'achats pour que son examen des propositions des fournisseurs compare les coûts et les délais associés à la prestation des services à l'interne aux coûts et délais de prestation par un tiers. Le troisième hôpital a souligné qu'en 2006-2007, il avait ajouté sur ses formulaires d'achat une case indiquant que les options de service avaient été évaluées afin de choisir l'option la plus économique avant d'acheter l'équipement médical. Ce troisième hôpital a lancé une demande de propositions sur les options de service pour l'équipement d'imagerie diagnostique, et évalué ces options avant de procéder à l'achat.

Entretien et réparations

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.*

État actuel

En ce qui concerne l'entretien préventif et fonctionnel, nous avons été informés de ce qui suit :

- En septembre 2006, un hôpital a mis en œuvre une base de données afin de gérer et de surveiller les délais, prévus et réels, associés aux activités d'entretien internes et imparties. L'hôpital a ajouté qu'il avait lancé une initiative afin d'assurer l'intégrité de l'information saisie dans cette base de données.
- Un autre hôpital a déclaré qu'il avait analysé ses besoins en matière d'entretien et actualisé sa base de données, notamment en précisant le calendrier des activités d'entretien préven-

tif. Il a ajouté qu'il surveillait les dates des activités d'entretien prévues et effectives et qu'il avait mis en œuvre un plan visant à améliorer son rendement.

- Le troisième hôpital a souligné qu'il avait examiné les contrats de service existants afin d'en vérifier la conformité aux normes du fabricant. Il a également affirmé qu'il conservait maintenant tous les registres d'entretien préventif et fonctionnel pour l'équipement de son service d'imagerie diagnostique. L'hôpital a toutefois observé qu'il lui restait encore à formaliser ses processus de surveillance de l'entretien pour les petits équipements.

En ce qui concerne les temps d'arrêt et de panne de l'équipement médical, nous avons été informés de ce qui suit au moment de notre suivi :

- Un hôpital a souligné qu'il tenait des registres manuels d'entretien de l'équipement qui indiquaient les temps d'arrêt et qu'il examinait ces registres afin de déterminer si les garanties relatives au temps de disponibilité avaient été respectées. Cet hôpital a observé qu'il examinait les logiciels qui lui permettraient d'assurer un suivi électronique de l'entretien et des temps d'arrêt de l'équipement médical.
- Un autre hôpital a affirmé qu'il pouvait obtenir des rapports sur le temps de disponibilité des gros appareils diagnostiques auprès des fournisseurs, mais qu'il n'avait pas l'habitude de le faire. Il a ajouté que ses cadres et ses techniciens seraient au courant des problèmes majeurs. L'hôpital a toutefois souligné que son service d'imagerie diagnostique envisageait d'assurer un suivi des temps d'arrêt à titre d'indicateur de rendement, ce qui ferait ressortir les problèmes importants.
- Le troisième hôpital nous a informés qu'il prévoyait des réunions mensuelles avec ses fournisseurs, qui assurent un suivi des temps d'arrêt pour les gros équipements médicaux tels que les appareils IRM et les tomodesitomètres, afin de discuter des problèmes continus. Cet hôpital a toutefois indiqué qu'il

n'avait plus de garanties relatives au temps de disponibilité avec ses fournisseurs.

Suivi 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.

État actuel

Au moment de notre suivi, un hôpital a dit avoir constitué une base de données sur l'équipement médical, qui contenait des données sur l'acquisition, l'entretien et l'aliénation de ce matériel. Un autre hôpital a déclaré qu'il avait mis à jour ses listes d'équipement et qu'il envisageait des façons possibles de vérifier l'exactitude de ces listes, dont un inventaire de tout l'équipement. Il a ajouté qu'il avait amélioré son processus d'aliénation des immobilisations, y compris l'équipement médical. Le troisième hôpital a reconnu qu'il n'avait pas encore donné suite à cette recommandation, mais qu'il avait commencé à examiner les logiciels de gestion des biens qui pourraient l'aider à assurer le suivi de l'équipement afin de choisir un système à installer d'ici le printemps 2009.

AUTRES QUESTIONS

Déclaration des conflits d'intérêts

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.*

État actuel

Au moment de notre suivi, deux des hôpitaux exigeaient des personnes concernées qu'elles remplissent un formulaire détaillé de déclaration des conflits d'intérêts réels ou potentiels. L'un d'eux exigeait 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 un formulaire annuel de déclaration des conflits d'intérêts. Le troisième hôpital exigeait des membres du conseil d'administration et des autres personnes participant au processus d'achat qu'ils déclarent les conflits d'intérêts réels ou potentiels au fur et à mesure qu'ils surgissent.

Un des hôpitaux a adopté une politique exigeant des fournisseurs qu'ils déclarent tout conflit d'intérêts. Un autre hôpital exigeait des fournisseurs qui répondent à une demande de propositions qu'ils déclarent les conflits d'intérêts; il n'envisageait toutefois pas de faire remplir des formulaires de déclaration en l'absence de demande de propositions, car cette éventualité ne se produirait que si l'équipement était normalisé ou s'il n'y avait pas de solution de rechange concurrentielle. Le troisième hôpital a précisé que ses fournisseurs n'étaient pas tenus de remplir des formulaires de déclaration des conflits d'intérêts, mais qu'ils devaient divulguer l'aide financière ou autre accordée à certains de ses services ou de ses employés.

Deux des hôpitaux ont mis en place des politiques indiquant ce qui constitue un conflit d'intérêts, désignant les personnes à qui soumettre les déclarations de conflits d'intérêts, et précisant les conséquences de ne pas déclarer les conflits d'intérêts réels ou potentiels. Le troisième hôpital a déclaré que, depuis décembre 2007, il exigeait des membres

de son comité d'évaluation des propositions qu'ils signent un formulaire de déclaration des conflits d'intérêts. Ce formulaire souligne les situations de conflit d'intérêts qui empêcheraient une personne de faire partie du comité de sélection. Cependant, l'hôpital ne donne pas d'autres indications sur ce qui constitue un conflit d'intérêts, les personnes à qui soumettre les déclarations de conflits d'intérêts, et les conséquences de ne pas déclarer les conflits d'intérêts réels ou potentiels.