



Bureau du vérificateur général de l'Ontario

À Son Honneur le Président
de l'Assemblée législative

J'ai le plaisir de vous soumettre mon Rapport spécial sur le recours à des consultants dans des organismes de santé choisis, que le Comité permanent sur les comptes publics m'a demandé de produire en vertu de l'article 17 de la *Loi sur le vérificateur général*.

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

Jim McCarter
Vérificateur général

Octobre 2010

© 2010, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

This document is also available in English.

ISBN 978-1-4435-4644-7 (imprimé)

ISBN 978-1-4435-4645-4 (PDF)

Photos en couverture : © iStockphoto.com/Anastasia Pelikh

Table des matières

Contexte	5
Objectif et portée de la vérification	6
Résumé	7
Constatations détaillées	11
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE	11
Politique provinciale en matière d'acquisition	11
Conformité à la directive	12
RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ	16
Conformité à la Directive	16
Suivi, surveillance et rapports concernant le recours à des consultants	16
Planification des acquisitions	16
Acquisitions en régime de concurrence et contrats subséquents	17
Contrats signés	19
Documentation	20
Contrôle des paiements versés aux consultants	20
Déclarations de conflit d'intérêts	21
Contrats gérés dans le cadre d'ententes de services partagés	21
Changements survenus à la suite de la mise à jour de la Directive d'approvisionnement en juillet 2009	22
HÔPITAUX	23
Politiques sur le recours à des consultants	23
Contrôle du recours à des consultants	25

Dépendance continue envers les consultants	27
Contrats subséquents	30
Contrôle des paiements versés aux consultants	31
Ententes d'emploi ayant valeur de contrats de services de consultation	32
Pratiques d'acquisition relatives aux contrats récents	34
Acquisition de services de consultation à des fins de lobbying auprès du gouvernement	35
Hôpitaux agissant à titre de responsables de la paye pour le compte du Ministère et des RLIS	36

Recours à des consultants dans des organismes de santé choisis

Contexte

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) s'emploie à mettre en place un système de santé public intégré, viable, et axé sur les patients et les résultats. Le rôle du Ministère, tel que lui-même le perçoit, consiste principalement à établir l'orientation et les priorités stratégiques globales du système de santé, ainsi qu'à fournir des ressources en matière d'orientation afin d'améliorer le système. En 2009-2010, le ministère a engagé des dépenses de fonctionnement de 42 milliards de dollars, et des dépenses d'immobilisations de près de 1,5 milliard de dollars.

En 2005, le Ministère a créé 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui sont chargés de planifier, de financer et d'intégrer les services de soins de santé dans leurs collectivités respectives. Les RLISS sont des organismes de la Couronne, régis par des conseils d'administration dont les membres sont nommés par la province et tenus de rendre des comptes au ministre de la Santé et des Soins de longue durée. En 2009-2010, les RLISS ont octroyé environ 21,7 milliards de dollars à divers fournisseurs de services de soins de santé, y compris des hôpitaux, à partir des fonds ministériels.

Les hôpitaux publics de l'Ontario sont régis par des conseils d'administration qui sont respons-

ables du fonctionnement de leur hôpital respectif ainsi que de la détermination des priorités de l'hôpital pour ce qui est de répondre aux besoins des patients. En 2009-2010, les dépenses de fonctionnement des 155 hôpitaux publics et hôpitaux spécialisés en psychiatrie ont totalisé approximativement 18,9 milliards de dollars, et environ 85 % de ce montant a été financé directement par le Ministère, principalement par l'entremise des RLISS.

Le Ministère, les RLISS et les hôpitaux consacrent une partie de leurs budgets à l'embauche de consultants du secteur privé. Le Ministère et les RLISS ont l'obligation de respecter les politiques établies dans la Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement (la Directive), modifiée en novembre 2007 et en juillet 2009, concernant la planification, l'acquisition et la gestion des services de consultation. Auparavant, les organismes du secteur parapublic, tels que les hôpitaux, n'étaient pas tenus de suivre la Directive et étaient responsables de l'établissement de leurs propres politiques administratives. Cependant, à compter du 1er avril 2010, le gouvernement a obligé certains organismes de santé et d'enseignement du secteur parapublic à se conformer aux Lignes directrices en matière de chaîne d'approvisionnement récemment publiées, ainsi qu'aux politiques en matière d'approvisionnement et au code d'éthique contenus dans les Lignes directrices.

Objectif et portée de la vérification

Le 21 octobre 2009, le Comité permanent sur les comptes publics a demandé que le vérificateur général de l'Ontario, [traduction] « à sa discrétion, exécute des vérifications ponctuelles du recours à des consultants par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les 14 RLISS et des hôpitaux de l'Ontario ».

L'article 17 de la *Loi sur le vérificateur général* stipule que le Comité permanent sur les comptes publics peut nous demander de réaliser des missions spéciales de ce genre, et nous avons donc accédé à la demande du Comité. La vérification avait pour objectif de déterminer si le Ministère et certains RLISS et hôpitaux de l'Ontario disposaient de procédures et de systèmes adéquats garantissant que les services de consultation étaient acquis et gérés conformément aux saines pratiques opérationnelles du secteur public.

Notre Rapport spécial sur l'Initiative des dossiers de santé électroniques de l'Ontario, publié en octobre 2009, contenait un examen des pratiques d'acquisition des services de consultants du secteur privé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'organisme Cybersanté Ontario. Par conséquent, nous avons exclu de la présente vérification les contrats de services de consultation que peut avoir conclus le Ministère dans le cadre de cette initiative. Nous avons toutefois tenu compte des observations formulées dans notre vérification de 2009 ainsi que de plusieurs vérifications antérieures ayant porté sur des services de consultation.

La Division de la vérification interne de l'Ontario a examiné le recours à des services de consultation par le Ministère pour l'exercice 2008-2009 et a publié un rapport en septembre 2009. Sa vérification comprenait l'examen d'un échantillon important de contrats conclus durant la période visée. Nous avons pris connaissance du travail effectué par les vérificateurs internes et avons conclu que nous pou-

vions utiliser les résultats de leur vérification. En outre, nous avons sélectionné et examiné un autre échantillon de contrats de services de consultation conclus en 2009-2010. La vérification interne et la vérification que nous avons exécutée ont toutes deux comporté une évaluation des processus, des approbations et de la documentation disponible concernant l'embauche et la gestion des consultants. Dans le cadre de notre vérification, nous avons eu des discussions avec le personnel de neuf différents secteurs de programme du Ministère au sujet des décisions et des mesures qu'ils ont prises.

Aux fins de notre vérification, nous avons sélectionné trois RLISS en nous fondant principalement sur leur taille et leur emplacement géographique, en excluant les trois RLISS compris dans la vérification distincte qu'a effectuée la Division de la vérification interne de l'Ontario pour le compte du Ministère. Lors de nos visites sur place, nous avons appris que certains services de consultation payés par les RLISS avaient été acquis et étaient gérés par d'autres RLISS, et nous avons communiqué avec ceux-ci également pour obtenir des renseignements additionnels. Nous avons aussi visité le Bureau des services partagés des RLISS (BSPR), qui fournit certains services et programmes organisationnels et communs à tous les RLISS.

Nous avons sélectionné 16 hôpitaux dans le cadre de notre vérification, en nous fondant sur leur taille, leur emplacement géographique et d'autres caractéristiques opérationnelles en vue d'examiner un large éventail d'établissements.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes professionnelles d'évaluation de l'optimisation des ressources et de la conformité établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Nous avons déterminé l'objectif de la vérification et élaboré des critères pour vérifier si les principaux systèmes, politiques et procédés ont été mis en place et s'ils fonctionnent de façon efficace. Ces critères ont été acceptés par la haute direction du Ministère, des RLISS et des hôpitaux que nous avons visités. Nous avons ensuite conçu et mis en

œuvre des sondages et procédés afin de répondre à notre objectif et à nos critères de vérification.

Le travail de vérification exécuté aux RLISS et aux hôpitaux a comporté des entrevues ainsi que des examens et des analyses des politiques, des procédures, des approbations et de la documentation concernant le recours à des consultants en 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010. La Figure 1 énumère les RLISS et les hôpitaux que nous avons visités dans le cadre de la présente vérification.

Résumé

En résumé, nos vérifications ponctuelles du recours à des consultants par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 3 RLISS et 16 hôpitaux de l'Ontario ont révélé ce qui suit :

- *Ministère* : Il ressort de notre vérification et de la vérification interne que le Ministère se conforme à la plupart des exigences énoncées dans la Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement (la Directive), mais pas à la totalité de celles-ci. Par exemple, les consultants ne disposaient pas de suffisamment de temps pour répondre aux demandes de soumissions, et nous avons relevé des cas où la documentation sous-jacente indiquait qu'on avait eu recours à un processus concurrentiel, alors que, selon nous, un consultant particulier avait été favorisé.
- *RLISS* : Nous avons constaté qu'avant le milieu de 2009, il arrivait souvent que les RLISS ne respectent pas les exigences énoncées dans la Directive visant à garantir une saine acquisition et utilisation des services de consultation. Cependant, notre examen d'acquisitions effectuées plus récemment indique qu'il y a une amélioration.
- *Hôpitaux* : Aux hôpitaux que nous avons visités, nous avons constaté un beaucoup

trop grand nombre de cas où l'on ne suivait pas les saines pratiques opérationnelles du secteur public en ce qui a trait à la sélection et à la surveillance des services de consultation. Bien que le Ministère ait depuis énoncé des politiques et procédures précises, ayant pris effet le 1er avril 2010, qui doivent être suivies relativement à l'acquisition de biens et de services, il incombera à la haute direction et aux conseils d'administration des hôpitaux, aux RLISS et au Ministère d'établir de façon appropriée les rôles en matière de surveillance en vue de s'assurer que les hôpitaux se conforment constamment à ces exigences.

En ce qui concerne le Ministère plus particulièrement :

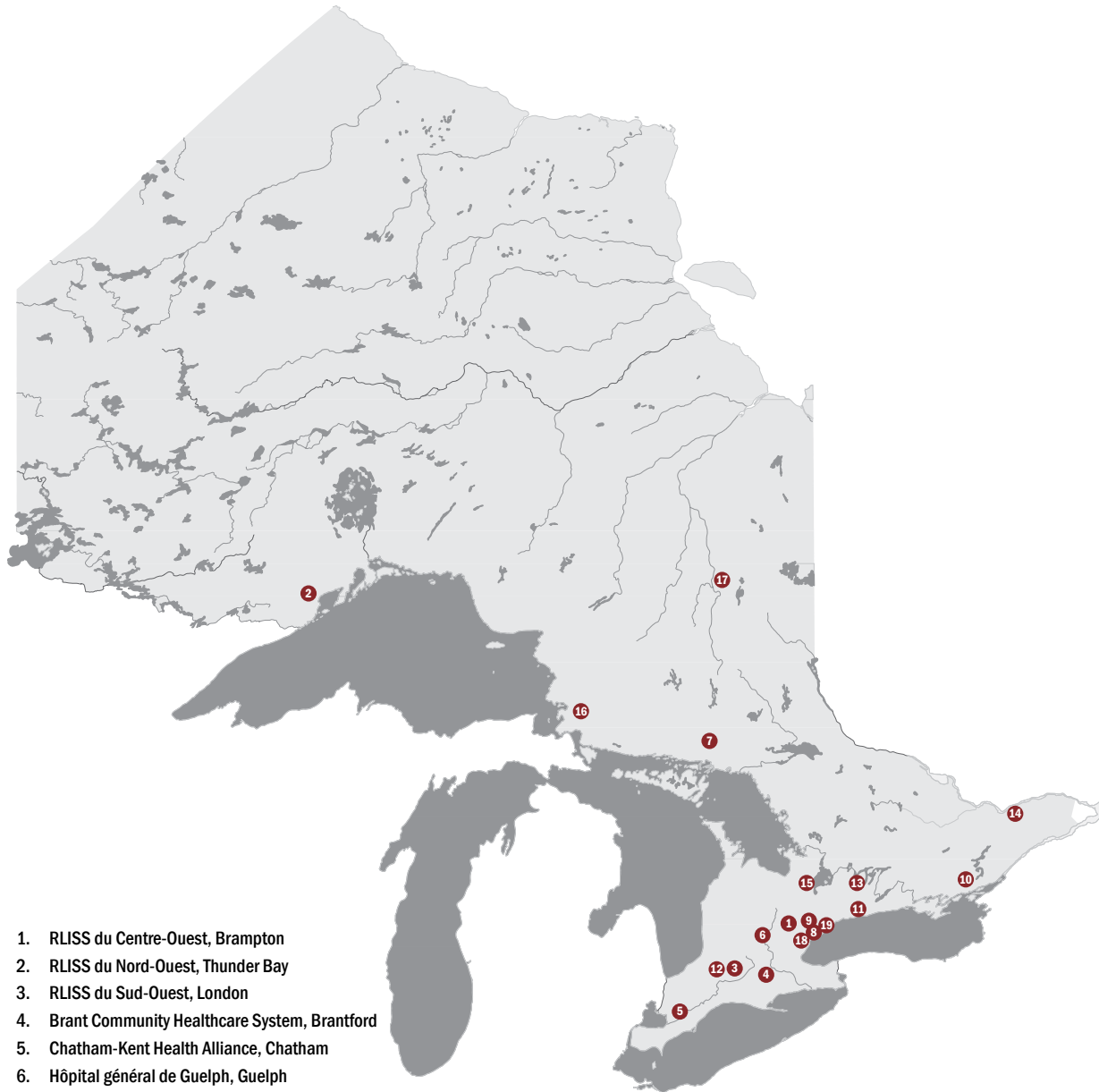
- Il est ressorti de la vérification interne que, pour les services de consultation acquis en 2008-2009, de nombreux éléments de la Directive étaient respectés, mais il demeurait des lacunes devant être réglées.
- Notre vérification a montré que, dans la plupart des cas, le Ministère se conformait aux exigences de la Directive révisée qui est entrée en vigueur en juillet 2009. Nous avons toutefois relevé deux cas récents où les mécanismes de surveillance étaient inefficaces et des consultants demandant des prix plus élevés ont reçu un traitement préférentiel dans le cadre du processus d'acquisition employé.

En ce qui concerne les RLISS plus particulièrement :

- L'examen des acquisitions effectuées jusqu'à la moitié de 2009 a montré que les processus et les pratiques des RLISS que nous avons visités ne permettaient pas de s'assurer que la planification, l'acquisition et la gestion des services de consultation étaient conformes aux exigences de la Directive qui était alors en vigueur. Par exemple, au moins 75 % des contrats à fournisseur unique que nous avons examinés ne respectaient pas les exigences particulières en matière d'exemption que comportait la Directive, et nous avons

Figure 1 : RLISS et hôpitaux sélectionnés aux fins de notre vérification

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



1. RLISS du Centre-Ouest, Brampton
2. RLISS du Nord-Ouest, Thunder Bay
3. RLISS du Sud-Ouest, London
4. Brant Community Healthcare System, Brantford
5. Chatham-Kent Health Alliance, Chatham
6. Hôpital général de Guelph, Guelph
7. Hôpital régional de Sudbury, Sudbury
8. Hôpital pour enfants malades, Toronto
9. Hôpital régional Humber River, Toronto
10. Hôpital général de Kingston, Kingston
11. Lakeridge Health Corporation, Oshawa
12. London Health Sciences Centre, London
13. Hôpital Ross Memorial, Lindsay
14. Services de santé Royal Ottawa, Ottawa
15. Hôpital Royal Victoria, Barrie
16. Hôpital de Sault-Sainte-Marie, Sault-Sainte-Marie
17. Hôpital de Timmins et du district, Timmins
18. Centre de santé Trillium, Mississauga
19. Réseau universitaire de santé, Toronto

constaté l'absence de la documentation à l'appui requise ou des approbations préalables nécessaires.

- Jusqu'aux deux tiers des contrats de services de consultation que nous avons examinés s'accompagnaient de contrats subséquents, et la plupart de ceux-ci ont été accordés sans processus concurrentiel distinct ou sans documentation venant justifier le travail additionnel. Aux trois RLISS que nous avons visités, nous avons constaté que les factures fournies par les consultants dans le cadre des contrats ne comportaient pas suffisamment de renseignements sur le travail effectué ou d'autres détails de facturation, y compris les reçus au titre des dépenses, pour justifier le montant payé, et ce, pour environ 40 %, 50 % et 35 % respectivement des factures que nous avons examinées.
- Lors d'une vérification récente de trois autres RLISS, les vérificateurs internes du Ministère ont constaté l'existence de faiblesses similaires en matière de contrôle dans un échantillon de contrats accordés entre avril 2008 et août 2009. Nous avons toutefois observé une certaine amélioration dans les processus employés par les trois RLISS après l'introduction de la Directive modifiée en juillet 2009 par le gouvernement et après que le Ministère eut demandé aux RLISS d'améliorer leur conformité à la Directive.

En ce qui concerne les hôpitaux plus particulièrement :

- Au moment de notre vérification, les hôpitaux n'étaient pas tenus de se conformer à la Directive gouvernementale en matière d'acquisitions. Cependant, nous avons évalué les hôpitaux en fonction des principes énoncés dans la Directive, étant donné que celle-ci rend compte de pratiques opérationnelles du secteur public saines et fondées sur le bon sens. Nous avons constaté que, bien que tous les hôpitaux se soient dotés de politiques d'acquisitions nécessitant généralement le

recours à un processus concurrentiel ouvert pour l'acquisition de biens et de services coûtant plus de 100 000 \$, ces politiques n'étaient pas aussi rigoureuses ni aussi complètes que celles prévues dans la Directive. Par exemple, les politiques des hôpitaux n'exigeaient pas :

- la détermination précise et la justification appropriée des mandats avant l'embauche des consultants;
- l'établissement d'arrangements contractuels assortis d'un prix plafond;
- l'assujettissement des paiements à des produits livrables spécifiés;
- la gestion appropriée du rendement des consultants.
- La plupart des hôpitaux n'exigent pas que leur conseil d'administration approuve les contrats importants conclus avec des consultants ou les contrats à fournisseur unique, ou que la haute direction fasse régulièrement rapport au conseil d'administration au sujet de leur recours à des services de consultation.
- La plupart des hôpitaux que nous avons visités affichaient des lacunes concernant la planification, l'acquisition, l'approbation, les paiements ou la gestion des contrats relativement aux services de consultation. On a eu recours de manière importante à des pratiques d'acquisition non concurrentielles et à des contrats subséquents visant à prolonger des contrats existants pour embaucher et retenir des consultants, et l'on employait rarement des pratiques d'acquisition équitables, ouvertes et transparentes. Souvent, l'embauche de consultants était effectuée sans qu'on établisse des ententes contractuelles exhaustives.
- De nombreux contrats de services de consultation relatifs aux opérations et aux immobilisations ont été accordés suivant une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique et ont permis à des consultants de passer de petits mandats à des projets plus

importants totalisant plusieurs millions de dollars, sans qu'on ait recours à de saines pratiques d'acquisition concurrentielles.

- Le caractère souvent inadéquat du contrôle des paiements ne permettait pas de s'assurer que les paiements versés étaient conformes aux ententes et aux produits livrables clés et, dans bon nombre de cas, il n'y avait aucun renseignement détaillé ni aucun reçu à l'appui des dépenses engagées. Dans certains cas, les consultants ont facturé des frais de repas, d'alcool, d'hébergement et de conférence ainsi que des dépenses non autorisées, sans que le personnel de l'hôpital s'interroge sur leur bien-fondé. En outre, les hôpitaux ont parfois payé les services d'avance.
- En tout, 8 des 16 hôpitaux que nous avons visités avaient engagé des consultants pour qu'ils effectuent du lobbying auprès du gouvernement provincial et, dans certains cas, auprès du gouvernement fédéral, en utilisant des fonds que le Ministère avait fournis pour l'exécution d'activités cliniques et administratives. Bien que le montant de plus de 1,6 million de dollars dépensé par les huit hôpitaux soit relativement petit par rapport à leurs budgets globaux, nous nous sommes demandé s'il était approprié qu'on utilise des fonds gouvernementaux pour payer des lobbyistes en vue d'obtenir un financement accru du gouvernement.

Lors de nos discussions avec les hôpitaux, ceux-ci ont admis qu'ils devaient en faire davantage pour s'assurer que leur processus d'acquisition de services de consultation était ouvert, transparent et mieux documenté. Certains hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient récemment apporté des améliorations à leurs pratiques d'acquisition de services de consultation, et que notre vérification n'en rendait peut-être pas compte étant donné le moment où nous avons effectué celle-ci. Par ailleurs, plusieurs hôpitaux ont mentionné que les problèmes que nous avons relevés concernant les services de consultations ne concernaient pas leur processus

d'acquisition de biens et de services, qui selon leurs dires est « beaucoup plus évolué » et « englobe la grande majorité des dépenses annuelles (non salariales) de l'hôpital ».

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE, DES RLISS ET DES HÔPITAUX

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée nous a mentionné ce qui suit : [traduction] « Le Ministère appuie entièrement les recommandations qu'a formulées le vérificateur général dans son rapport. Les Ontariens s'attendent à ce que le gouvernement, ses organismes et ses institutions utilisent les fonds publics de façon responsable. Nous devons absolument veiller à ce que l'argent des contribuables soit dépensé judicieusement, à ce que nous soyons responsables de nos décisions et à ce que nos investissements permettent d'améliorer les soins prodigués aux patients. »

Le Ministère a également indiqué que notre rapport montre clairement qu'il est nécessaire d'en faire plus, et que le Ministère prend des mesures qui sont conformes aux recommandations figurant dans le rapport. Il a déjà pris des mesures additionnelles concrètes en vue de renforcer la responsabilisation et la transparence concernant les activités d'acquisition et l'utilisation des fonds publics au sein du Ministère, des RLISS et des hôpitaux, il continuera de prendre des mesures de ce genre.

Les RLISS a souscrit à notre recommandation portant sur le besoin de faire rapport à la fois à leur conseil d'administration et au Ministère au sujet de la conformité à la Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement de juillet 2009, en ce qui a trait au recours à des consultants. Les RLISS ont également indiqué qu'ils avaient récemment apporté des améliorations considérables à leurs pratiques administratives afin d'assurer la conformité permanente à la Directive.

En général, les hôpitaux ont reconnu qu'ils devaient améliorer leurs pratiques relatives au recours à des consultants. Ils sont déterminés à mettre en oeuvre la politique d'acquisition contenue dans les nouvelles Lignes directrices en matière de chaîne d'approvisionnement du secteur parapublic.

Constatations détaillées

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Politique provinciale en matière d'acquisition

La Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement (la Directive) établit des politiques complètes relativement à la planification, à l'acquisition et à la gestion des services de consultation dans les ministères et les organismes de la Couronne, et elle vise à s'assurer que les pratiques d'acquisition respectent le principe de l'optimisation des ressources et sont conformes aux accords interprovinciaux et nationaux sur le commerce. La Directive définit les services de consultation comme étant l'offre d'une expertise ou de conseils stratégiques aux fins d'examen et de prise de décisions dans des domaines tels que la gestion, la technologie de l'information, les activités techniques, la recherche et le développement, les politiques et les communications.

La Directive a été mise à jour en novembre 2007 et en juillet 2009, et elle s'applique à tous les ministères et à la plupart des organismes de la Couronne, y compris les RLISS. Elle ne s'applique toutefois pas aux organismes du secteur parapublic de l'Ontario, dont font partie les hôpitaux.

Les principes énoncés dans la Directive englobent l'accès aux fournisseurs, la transparence, l'équité, l'optimisation des ressources, la gestion responsable, la neutralité géographique et l'absence

de discrimination. Elle établit des exigences obligatoires dans cinq domaines principaux (la planification des acquisitions, l'établissement de la valeur, la source d'approvisionnement, la méthode d'acquisition et les approbations) qui font intervenir des éléments tels que la recherche et la consultation, la conservation de documents, l'évaluation des soumissions et la gestion des contrats.

En outre, le Conseil de gestion du gouvernement a publié en novembre 2007 une Politique opérationnelle d'approvisionnement visant à encourager la gestion uniforme des pratiques et des décisions en matière d'acquisition. La Politique a établi des exigences opérationnelles additionnelles qui viennent s'ajouter aux exigences obligatoires de la Directive.

La Directive établit une distinction entre l'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique et l'approvisionnement auprès d'un fournisseur exclusif dans le cadre des processus d'acquisition non concurrentiels. Par fournisseur unique, on entend l'acquisition de biens ou de services auprès d'un fournisseur particulier en régime non concurrentiel, même si plusieurs fournisseurs sont en mesure d'offrir les biens ou les services en question. Par fournisseur exclusif, on entend l'acquisition de biens ou de services auprès du seul fournisseur qui soit en mesure d'offrir les biens ou les services requis. Avant de recourir à l'un ou l'autre de ces processus d'acquisition non concurrentiels, les ministères ou les organismes de la Couronne doivent préparer un document officiel visant à justifier l'utilisation d'un tel processus et obtenir une approbation de la part d'un échelon supérieur de la direction.

Les changements apportés à la Directive en juillet 2009 en ce qui a trait aux services de consultation font en sorte qu'un plus grand nombre d'organismes de la Couronne sont assujettis à la Directive, exigent la production d'une analyse de rentabilisation et le recours à un processus concurrentiel pour tous les contrats peu importe leur valeur, et imposent des exigences concernant l'approbation par des cadres de direction de niveau plus élevé et l'approbation ministérielle. La Figure 2

Figure 2 : Méthode d'acquisition et niveaux d'approbation requis aux termes de la Directive en date de juillet 2009

Source des données : Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement, juillet 2009

	Valeur totale du contrat	Niveau d'approbation (contrats du Ministère uniquement) ¹
Méthode d'acquisition		
sur invitation concurrentielle	<100,000 \$	gestion ministérielle déléguée par le sous-ministre
concurrentielle ouverte	<1 000 000 \$	gestion ministérielle déléguée par le sous-ministre
	plus de 1 000 000 \$ mais moins de 10 000 000 \$	Conseil de gestion de la chaîne d'approvisionnement du ministère des Services gouvernementaux
	10 000 000 \$ ou plus	Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement
non concurrentielle ²	<500,000 \$	sous-ministre et ministre
	plus de 500 000 \$ mais moins de 1 000 000 \$	Conseil de gestion de la chaîne d'approvisionnement du ministère des Services gouvernementaux
	1 000 000 \$ ou plus	Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement
Hausses du prix plafond	plus de 750 000 \$ mais moins de 1 000 000 \$	sous-ministre et ministre
	1 000 000 \$ ou plus	Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement

1. Les organismes de la Couronne déterminent leurs propres niveaux d'approbation.

2. La Directive autorise le recours à une méthode d'acquisition non concurrentielle uniquement dans certaines situations d'urgence, lorsque le nombre de fournisseurs disponible est limité et lorsqu'une telle méthode est requise pour des raisons de confidentialité et de sécurité.

montre le type de méthode d'acquisition et le niveau d'approbation requis pour les contrats de services de consultation octroyés par des ministères ou des organismes de la Couronne.

La Directive mentionne clairement que les décisions concernant le recours à des services de consultation doivent être adéquatement documentées et approuvées comme il se doit. Elle exige également que les ministères procèdent à un suivi de l'utilisation de tels services et qu'ils fassent rapport à ce sujet tous les ans. Les documents requis comprennent le nombre et le type de contrats ayant fait l'objet d'un appel d'offres, les noms des consultants embauchés, la méthode d'acquisition employée, le prix plafond des contrats, et les dates de début et de fin des contrats. Le Ministère s'était conformé à cette exigence et a donc été en mesure de nous fournir les documents concernant son recours à des services de consultation.

Nous sommes généralement convaincus que la Directive procure aux ministères et aux organismes de la Couronne une orientation suffisante leur permettant d'acquérir et de gérer les services de consultation de manière rentable.

Conformité à la directive

Le Ministère a dépensé 86,1 millions de dollars en services de consultation en 2007-2008, 102,2 millions de dollars en 2008-2009 et 35,4 millions en 2009-2010. La Division de la vérification interne de l'Ontario a entrepris son examen de l'acquisition de services de consultation par le Ministère au milieu de juin 2009, et elle a mis l'accent sur une sélection de contrats de consultation signés durant l'exercice 2008-2009.

La vérification interne avait pour objectif de déterminer si le Ministère avait maintenu des processus et des contrôles appropriés et conformes

à la Directive de novembre 2007 en matière d'acquisition pour les services de consultation. Dans leur rapport présenté en septembre 2009, les vérificateurs internes ont conclu que le Ministère s'était conformé à de nombreux éléments de la Directive. Plus particulièrement, ils ont constaté ce qui suit dans la majorité des dossiers examinés :

- Les secteurs de programmes du Ministère avaient justifié l'acquisition des services de consultation, évalué les ressources disponibles et obtenu les approbations préalables comme il se doit.
- Il y avait des contrats écrits signés relatifs aux services de consultation acquis, sauf dans deux cas d'acquisition de services auprès d'un fournisseur unique totalisant environ 573 000 \$.
- La méthode d'acquisition appropriée a été utilisée selon le type et la valeur de l'acquisition.
- L'approbation appropriée a été obtenue pour les modifications subséquentes visant à prolonger le contrat et à accroître sa valeur.

Les vérificateurs ont également constaté ce qui suit :

- Le Ministère doit améliorer ses mécanismes de surveillance en veillant à ce que ses rapports sur les services de consultation contiennent tous les contrats et toutes les dépenses engagées, en réalisant des vérifications ponctuelles concernant la conformité aux exigences documentaires et la surveillance du rendement des fournisseurs, ainsi qu'en procédant à des examens officiels du rendement des fournisseurs et en conservant ces examens dans un registre central.
- Les dossiers d'acquisition doivent être suffisamment détaillés pour montrer qu'il y a conformité aux exigences telles que la vérification des références et les autorisations de sécurité des entrepreneurs, la production des formulaires de déclaration d'observation fiscale et les évaluations à la fin des contrats.

- Dans plusieurs cas, les dossiers des contrats ne comportaient pas de justification ou d'autorisation pour l'établissement d'un délai de présentation des soumissions inférieur aux 15 jours civils prescrits.
- Les justifications fournies pour certains contrats à fournisseur unique ne correspondaient pas aux exceptions prévues dans la Directive.
- Le Ministère a porté à l'attention de la Division de la vérification interne de l'Ontario deux contrats à fournisseur unique totalisant environ 950 000 \$ dans le cadre desquels, pour obtenir des services de consultation, il a payé les consultants à partir des fonds d'un paiement de transfert versé à un organisme sans but lucratif.
- Il est nécessaire d'élaborer des stratégies en vue d'améliorer la compréhension et les connaissances générales concernant la Directive et les procédures connexes.

Le Ministère a répondu qu'il avait déjà pris des mesures pour remédier aux lacunes relevées dans le rapport de vérification interne, et qu'il avait notamment instauré des mécanismes de contrôle afin d'améliorer la capacité de surveillance et l'orientation pour l'ensemble des acquisitions effectuées au Ministère. Il a également mis en oeuvre une formation obligatoire pour tous les gestionnaires et a amélioré les examens et rapports trimestriels.

En outre, durant l'exercice ayant précédé l'entrée en vigueur de la Directive de juillet 2009, le Ministère a eu recours à une méthode non concurrentielle d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique pour environ 80 % des contrats de services de consultation de moins de 25 000 \$ et 15 % des contrats supérieurs à 25 000 \$. Or, les dossiers du Ministère indiquent qu'entre juillet 2009 et mars 2010, aucun consultant n'a été embauché au moyen d'une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique.

Notre examen d'un échantillon de contrats de services de consultation pour la période allant d'avril 2009 à février 2010 a confirmé que, dans

la plupart des cas, le Ministère s'est conformé aux exigences. Nous avons toutefois constaté qu'il y avait des domaines où des améliorations devaient être apportées aux processus et à la surveillance du Ministère afin de s'assurer que les contrats étaient accordés équitablement et en conformité avec l'esprit et les exigences de la Directive.

Dans deux cas, les consultants demandant un prix plus élevé ont reçu un traitement préférentiel dans le cadre du processus d'acquisition de services employé :

- En novembre 2009, le Ministère a adjudgé un contrat s'élevant à 495 000 \$ à un consultant en ayant recours à un processus concurrentiel ouvert, pour l'achèvement de la troisième étape d'un projet visant à soutenir la création d'un plan stratégique pangouvernemental sur 10 ans concernant la santé mentale et la lutte contre les dépendances. Le Ministère avait précédemment accordé à ce consultant le contrat relatif aux deux premières étapes du projet (période allant de novembre 2008 à juillet 2009), à un coût de 365 000 \$, sans recourir à un processus concurrentiel. Lorsqu'il a adjudgé au consultant le contrat relatif aux deux premières étapes, le Ministère a employé une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique conformément à certaines exceptions à l'obligation d'effectuer les acquisitions en régime de concurrence qui étaient prévues dans la Directive de novembre 2007, mais qui avaient été abolies dans la Directive de juillet 2009. Pour le contrat relatif à la troisième étape, le consultant a initialement présenté une soumission dont le coût était de 819 000 \$, soit la plus élevée des 12 soumissions présentées. Après avoir examiné les soumissions en août 2009, le personnel du Ministère a décidé de négocier exclusivement avec le consultant à qui avait été adjudgé le premier contrat. On a alors réduit la portée des travaux du consultant en éliminant des volets clés du projet original, ce qui a permis d'abaisser

le prix de la soumission à 495 000 \$ afin qu'il corresponde au budget révisé du projet établi en septembre 2009. Le budget original du projet, établi en juillet 2009, s'élevait à 375 000 \$. Aucun autre soumissionnaire n'a eu la possibilité de négocier. Les négociations avec le soumissionnaire et les approbations par la haute direction ont retardé la signature du contrat jusqu'au milieu de novembre 2009, mais le consultant a quand même commencé à travailler sur le projet au milieu de septembre 2009.

- Avant de transmettre une demande de services, en juillet 2009, aux consultants figurant sur la liste des fournisseurs attirés, le Ministère avait estimé au moyen d'une analyse de rentabilisation approuvée que les « services de gestion du changement » coûteraient 200 000 \$. Quatre fournisseurs préqualifiés ont été invités à soumettre des propositions et n'ont disposé que de quatre jours pour élaborer une soumission, alors que la Directive prévoit un délai minimal obligatoire de 15 jours. À notre avis, un délai de quatre jours ne donnait pas à tous les entrepreneurs concernés une occasion équitable de préparer leur proposition. Deux entrepreneurs seulement ont soumis une proposition au Ministère : l'une au coût de 151 000 \$, fondée sur 80 jours de travail à un tarif journalier de 1 850 \$, et l'autre au coût de 307 000 \$, fondée sur 190 jours de travail à un tarif journalier de 1 600 \$. Le personnel du Ministère a évalué les propositions et a déterminé que le contrat devait être accordé à l'entrepreneur dont la soumission était plus élevée. Ils ont alors négocié avec le soumissionnaire pour qu'il ramène son prix de 307 000 \$ à 199 800 \$. Les deux cabinets d'experts-conseils ont reçu des cotes similaires concernant l'expérience de travail, la proposition et l'entrevue, l'entrepreneur dont la soumission était plus élevée ayant obtenu une cote de 71,5 sur 90 et l'autre entrepreneur, une

cote de 70,5 sur 90. Bien que les deux cabinets aient indiqué un tarif journalier et le nombre de jours requis pour mener le projet à terme, le personnel du Ministère a tenu compte du tarif journalier au lieu de considérer le prix total. Par conséquent, même si l'entrepreneur dont la soumission était plus élevée a estimé qu'il avait besoin de deux fois plus de temps que l'autre entrepreneur pour achever le travail, il a obtenu un meilleur résultat dans l'évaluation du Ministère parce que son tarif journalier était inférieur d'environ 15 % à celui de son concurrent. En outre, nous nous sommes demandé pourquoi seulement l'un des deux entrepreneurs avait eu la possibilité de modifier sa proposition.

- Nous avons relevé deux autres cas où, au printemps de 2009, le Ministère a accordé des délais de sept et neuf jours seulement aux fournisseurs préqualifiés pour qu'ils présentent leur proposition dans le cadre d'un processus d'approvisionnement concurrentiel; comme c'est arrivé dans le cas susmentionné, un entrepreneur a choisi de ne pas soumettre de proposition.

Nous avons constaté un cas où le montant payé pour un contrat d'approvisionnement à fournisseur unique n'avait pas été justifié de façon appropriée. En mai 2009, le Ministère a accordé un contrat à fournisseur unique de 749 000 \$ à un consultant pour qu'il entreprenne un examen du secteur pharmaceutique. L'énoncé de travail du consultant, signé par le Ministère, énumérait les produits livrables, mais il n'y avait aucune ventilation indiquant comment on avait fixé le prix du contrat, le nombre d'heures consacrées aux différentes tâches ou le tarif journalier. Le prix du contrat était plutôt présenté sous forme d'un montant forfaitaire, ce qui, selon nous, ne permettait pas au Ministère de disposer de suffisamment d'information pour déterminer si le prix était raisonnable. En outre, le Ministère n'était pas en mesure de justifier le coût du projet, car en ayant recours à une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur

unique, il n'a obtenu aucune soumission concurrente à des fins de comparaison. Nous avons également constaté que le contrat avait été approuvé par le sous-ministre de la Santé alors en poste et le Conseil de gestion de la chaîne d'approvisionnement du ministère des Services gouvernementaux, malgré le manque de renseignements détaillés pouvant expliquer comment on en était arrivé à un montant de 749 000 \$. Les factures fournies par le consultant n'ont pas permis d'obtenir une description exhaustive du travail effectué ou des produits livrés pouvant justifier les coûts engagés. Lors de nos visites aux hôpitaux, nous avons également remarqué que ce consultant n'avait fourni aucun détail dans les factures qu'il avait soumises aux établissements qui l'ont embauché pour l'exécution d'autres contrats, y compris un contrat s'élevant à 1,7 million de dollars en 2007.

RECOMMANDATION 1

Pour s'assurer que les services de consultation auxquels il a recours sont acquis et gérés de façon appropriée et économique, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire en sorte que ses processus, ses décisions et les mesures qu'il prend soient conformes aux exigences officielles et respectent l'esprit de la Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée souscrit entièrement à la recommandation du vérificateur général et est déterminé à poursuivre la mise en oeuvre de pratiques efficaces et conformes concernant l'acquisition de services de consultation. Le Ministère a également entrepris un certain nombre d'initiatives visant à renforcer sa capacité de surveillance et à fournir une orientation en matière d'acquisition.

En outre, le Ministère a centralisé l'ensemble de ses activités de paiements de transfert pour

fournir une plus grande assurance que la Directive sur l'obligation de rendre compte en matière de paiements de transfert est suivie. Tous les gestionnaires ont reçu une formation en matière d'acquisition, et le Ministère a renforcé ses processus de rapports et d'examen trimestriels.

RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Conformité à la Directive

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont tenus, aux termes du protocole d'entente qu'ils ont conclu avec le Ministère, de se conformer à certaines directives, politiques et lignes directrices gouvernementales, dont la Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement. De 2007-2008 à 2009-2010, les dépenses que les trois RLISS que nous avons visités ont consacrées à des services de consultation ont varié de 224 000 \$ à 1,4 million de dollars par année.

Nous avons observé que les trois RLISS que nous avons sélectionnés, pour la majeure partie de la période visée par notre examen, avaient recours à des pratiques et des processus inadéquats pour ce qui est de s'assurer que les services de consultation étaient planifiés, acquis et gérés conformément aux exigences de la Directive. Nous sommes conscients du fait que les RLISS ne sont en place que depuis quatre ans et qu'ils ont dû procéder rapidement à la mise en oeuvre de leurs systèmes et procédures clés. Cependant, le défaut d'observation des exigences obligatoires que nous avons constaté était d'une ampleur importante. Nous avons toutefois remarqué qu'il y avait eu une certaine amélioration concernant les récents contrats inclus dans notre échantillon, après l'introduction de la Directive mise à jour en juillet 2009. La Figure 3 présente un résumé de nos observations découlant de nos visites aux trois RLISS.

En outre, en avril 2010, la Division de la vérification interne de l'Ontario a communiqué les résul-

tats de sa vérification de trois autres RLISS portant sur leur conformité à la Directive pour la période allant d'avril 2008 à août 2009. Les vérificateurs internes ont constaté ce qui suit : la faiblesse du contrôle des contrats de services de consultation; l'absence d'analyses de rentabilisation; le fait que des contrats avaient été accordés selon une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique sans qu'il y ait une documentation ou une justification suffisante; l'absence de contrats signés et d'approbations appropriées; des contrats consécutifs et subséquents qui ont été accordés sans recourir à un processus concurrentiel; le fait que des consultants n'avaient pas été choisis à partir de la liste obligatoire de fournisseurs attitrés du Ministère. Les vérificateurs internes nous ont informés qu'ils prévoyaient examiner les 11 autres RLISS d'ici la fin de 2013-2014.

Suivi, surveillance et rapports concernant le recours à des consultants

L'exigence de la Directive selon laquelle les ministères doivent faire un suivi de leur recours à des services de consultation et produire un rapport annuel à ce sujet ne s'applique pas aux RLISS et à d'autres organismes de la Couronne. Nous avons observé que les RLISS ne disposaient pas d'un processus standard pour faire le suivi de leur recours à des services de consultation et faire rapport à ce sujet. Par conséquent, à notre demande, chacun des RLISS que nous avons visités nous a fourni une liste des dépenses en matière de consultation qu'ils ont engagées au cours des trois dernières années, préparée à partir de leurs dossiers financiers, qui indiquait les paiements versés à chaque consultant et les montants totaux payés par chaque RLISS.

Planification des acquisitions

Conformément à la Directive, la planification des acquisitions doit faire partie intégrante du processus d'approvisionnement. La planification des acquisitions englobe la détermination précoce

Figure 3: Constatations relatives aux principales mesures de contrôle des contrats de services de consultation à trois RLISS*

Sources des données : Directive d'approvisionnement, novembre 2007 et juillet 2009; Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Exigences clés de la Directive d'approvisionnement	RLISS A	RLISS B	RLISS C
Le recours à des consultants fait l'objet d'une justification documentée et l'approbation appropriée est obtenue avant l'octroi du contrat.			
Les contrats importants font l'objet d'au moins trois propositions de prix ou d'un appel d'offres ouvert, selon ce qui est requis. Toute dérogation à l'obligation de recourir à un processus d'acquisition concurrentiel est officiellement documentée et approuvée comme il se doit.			
Toutes les soumissions et tous les résumés des évaluations sont documentés en vue d'appuyer la décision d'attribution.			
Des contrats écrits officiels sont établis et signés avant le début des travaux.			
Les contrats subséquents sont accordés au moyen d'un processus concurrentiel distinct; si tel n'est pas le cas, la décision de recourir à un processus non concurrentiel fait l'objet d'une justification documentée appropriée et a été approuvée comme il se doit.			
Le paiement des factures est corrélé à des produits livrables précis, les dépenses remboursées sont raisonnables, et des reçus détaillés sont fournis sur demande.			
Les paiements totaux aux consultants ne dépassent pas un prix plafond préalablement établi. Les paiements additionnels sont justifiés au moyen d'une documentation appropriée et ont été approuvés comme il se doit.			
Les consultants produisent une déclaration officielle de conflit d'intérêts potentiel.			

Remarque : Il n'y a aucun lien entre l'ordre dans lequel les RLISS sont énumérés dans la Figure 1 et l'ordre dans lequel ils sont énumérés ici.

* Au moment de notre vérification à l'un des RLISS, celui-ci n'avait pas effectué d'acquisition récente relevant du champ d'application de la Directive de juillet 2009. Par conséquent, nous n'avons pu examiner aucun contrat récent de services de consultation à ce RLISS auquel la Directive se serait appliquée.

	les exigences clés étaient généralement respectées
	des lacunes ont été constatées, et les exigences de la Directive n'étaient pas respectées de façon constante

des besoins, la définition claire des exigences et une justification de l'acquisition. En outre, avant de procéder à une acquisition, le RLISS doit déterminer une source d'approvisionnement appropriée pour les services requis, en prenant en considération avant tout les ressources internes disponibles.

Aux trois RLISS que nous avons visités, nous avons observé que de 45 % à 83 % des contrats de services de consultation examinés avaient été préparés sans justification préalable appropriée du recours à de tels services, et la direction des RLISS n'avait pas obtenu d'approbation documentée avant l'adjudication des contrats.

Acquisitions en régime de concurrence et contrats subséquents

Étant donné que la plupart des contrats de services de consultation que nous avons examinés ont été conclus avant l'entrée en vigueur de la Directive révisée en juillet 2009, c'est la Directive de novembre 2007 qui s'appliquait à ceux-ci. En général, la Directive comportait les exigences suivantes :

- Les fournisseurs ne sont pas tenus de présenter une proposition de prix pour des montants inférieurs à 25 000 \$; au moins trois fournisseurs doivent soumettre une proposition lorsque la valeur estimative des services

varie de 25 000 \$ à 99,999 \$; un processus d'acquisition concurrentiel ouvert doit être utilisé lorsque les services sont évalués à 100 000 \$ ou plus.

- Il peut être possible de déroger à l'obligation de recourir à un processus d'acquisition concurrentiel lorsqu'il existe une situation d'urgence imprévisible, lorsque le recours à un processus d'appel d'offres ouvert pourrait raisonnablement compromettre le caractère confidentiel de renseignements du gouvernement, ou lorsqu'on ne connaît qu'un seul fournisseur qui soit en mesure de satisfaire aux exigences.
- Une approbation écrite appropriée doit être obtenue de l'autorité en matière d'acquisition pour tous les processus d'acquisition non concurrentiels dont la valeur est égale ou supérieure à 100 000 \$.

En outre, avant d'accorder un contrat subséquent relatif à des travaux qui ont été menés à terme, le RLISS doit obtenir une approbation de l'autorité appropriée concernant la valeur combinée des travaux originaux et du contrat subséquent. De plus, le RLISS ne peut réduire la valeur de l'acquisition afin de se soustraire aux exigences de la Directive visant le recours à un processus concurrentiel, les approbations ou les rapports. Une réduction de la valeur peut se faire en subdivisant les projets ou les contrats, et en accordant de multiples contrats subséquents au même consultant pour l'exécution d'un même mandat.

Nous avons constaté que les RLISS n'avaient pas satisfait aux exigences de la Directive dans la plupart des cas. Par exemple, au moins 75 % des contrats accordés suivant le principe de l'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique ne répondaient pas aux critères particuliers d'exemption énoncés dans la Directive, et ils ne s'accompagnaient pas d'une documentation officielle ou d'une approbation appropriée. Pour environ 25 %, 65 % et 35 % des contrats de services de consultation que nous avons examinés, les trois RLISS avaient accordé des contrats subséquents.

Du nombre de contrat s'accompagnant de contrats subséquents, au moins 85 % ont été accordés sans qu'on ait recours à processus concurrentiel distinct, et sans approbation appropriée ou justification documentée. Par exemple :

- Un RLISS a engagé un cabinet d'experts-conseils pour élaborer un projet relatif aux ressources humaines du services des urgences d'un hôpital, et il lui a accordé deux contrats totalisant 184 000 \$ de novembre 2008 à mai 2009. La Directive exige qu'on invite au moins trois fournisseurs à présenter des propositions. Cependant, les deux contrats ont été accordés suivant le principe de l'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique, et en l'absence d'une justification documentée et d'approbation appropriées. Selon la politique du RLISS, les deux contrats nécessitaient l'approbation du conseil d'administration parce que leur valeur dépassait 100 000 \$, mais celle-ci n'a pas été obtenue.

Par ailleurs, le même RLISS a engagé un autre consultant en 2008, au coût de 90 000 \$, pour examiner la situation des opérations financières à deux hôpitaux. Le RLISS n'a pas eu recours à un processus de sélection concurrentiel et n'a pas documenté comme il se doit la justification et l'approbation relatives à l'utilisation d'une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique pour ce consultant.

- Un RLISS a accordé, sans recourir à un processus concurrentiel, un contrat à un fournisseur de services de soins de santé pour qu'il établisse et exploite un bureau de gestion des projets de cybersanté. Les coûts du projet étaient partagés avec un autre RLISS et ont totalisé 716 000 \$ pour 2007-2008 et 2008-2009. Le fournisseur avait été engagé par le Ministère (avant la création du RLISS) pour qu'il élabore un plan stratégique en matière de cybersanté. Une analyse de rentabilisation visant à soutenir

la décision d'accorder ce contrat suivant le principe de l'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique a été soumise au conseil d'administration du RLISS aux fins d'approbation en juin 2008, pour la deuxième année du contrat. Le RLISS a expliqué qu'on a avait dérogé à l'obligation de recourir à un appel d'offres concurrentiel en raison de la connaissance du bureau qu'avait le consultant, des délais serrés relatifs au projet, de la nature ponctuelle du financement fourni par le Ministère et des travaux qui étaient en cours. Cependant, les raisons avancées par le RLISS ne satisfaisaient pas aux critères d'exception énoncés dans la Directive. Le contrat a été résilié au printemps de 2009, lorsque le Ministère a fourni un financement permanent et que le RLISS a commencé à s'acquitter à l'interne de la fonction de bureau de gestion de projet.

Le même RLISS, assumant la direction du projet au nom d'autre RLISS, a embauché un consultant sans recourir à un processus concurrentiel pour que celui-ci élabore un processus de prise de décisions et d'établissement des priorités et qu'il offre une série d'ateliers. Le montant des cinq contrats relatifs à ce projet s'est élevé à 94 000 \$, sur une période allant de mai 2007 à mars 2009. Les coûts de deux contrats étaient partagés avec d'autres RLISS. La durée des contrats allait de deux semaines à cinq mois, et leur coût variait de 17 750 \$ à 24 999 \$, soit des montants tout juste inférieurs au seuil stipulé dans la Directive au-delà duquel le recours à un processus concurrentiel est obligatoire. Nous avons constaté que, selon ce qu'indiquaient les documents internes du RLISS, celui-ci avait l'intention de continuer à acquérir les services du même consultant, et ce, dès le début du projet. Afin de se conformer à la Directive, le RLISS aurait dû considérer que ces activités relevaient d'un seul et même projet et, par conséquent, inviter au moins trois consultants à soumissionner.

Contrats signés

Aux termes de la Directive, le RLISS et le consultant doivent préciser leurs responsabilités contractuelles respectives dans une entente signée avant le début de la prestation des services. Deux des RLISS que nous avons visités se conformaient généralement à cette exigence; cependant, au troisième RLISS, aucun contrat officiel n'avait été établi avant le début des travaux pour environ la moitié des contrats compris dans notre échantillon. Par exemple, le RLISS a conclu trois ententes connexes avec un cabinet d'experts-conseils concernant le plan stratégique en matière de cybersanté, et les paiements ont totalisé 249 000 \$ pour la période allant de 2006-2007 à 2008-2009. Le RLISS n'a pas été en mesure de nous fournir des contrats signés pour ces trois ententes.

Le même RLISS a embauché un cabinet d'experts-conseils pour fournir des séminaires et effectuer des recherches en matière de gouvernance. Aucun contrat n'a été établi pour 9 des 11 mandats confiés au cabinet. Le conseil d'administration du RLISS a examiné et approuvé les propositions soumises par le cabinet. Or, en l'absence de contrat, il y a un risque que les modalités précises du mandat, les principaux produits livrables, le prix plafond, le calendrier et d'autres dispositions ne soient pas officiellement établis et respectés. En outre, au moment de notre vérification, un montant de 198 000 \$ avait été payé depuis novembre 2008 pour les 11 mandats, chacun ayant un coût tout juste inférieur à 25 000 \$. Le RLISS nous a dit qu'étant donné que chaque volet du projet coûtait moins de 25 000 \$, aucun d'eux n'avait nécessité le recours à un processus de sélection compétitif. Nous nous sommes interrogés sur le bien-fondé de cette justification, car aucun des mandats n'avait un caractère unique et tous les services étaient interreliés, et il s'agissait donc d'un seul projet qui aurait dû faire l'objet d'un appel d'offres et d'un unique contrat.

Documentation

La Directive exige également que toutes les décisions prises dans le cadre du processus d'acquisition soient consignées, de sorte qu'on puisse suivre le cheminement de la procédure d'attribution. À l'un des RLISS que nous avons visités, nous avons constaté l'absence d'une documentation appropriée à l'appui des décisions d'attribution, même dans le cas où, selon ce qu'on nous a dit, un processus de sélection concurrentiel avait eu lieu. Par exemple, à ce RLISS :

- En plus de ne pas disposer d'un contrat signé pour une entente s'élevant à 94 000 \$, le RLISS nous a informés de l'indisponibilité de bon nombre des principaux documents relatifs à l'acquisition, tels que les propositions des consultants non retenus, les évaluations des résumés des propositions à l'appui de la décision d'attribution et les approbations officielles. En outre, le RLISS n'a pu confirmer les méthodes d'acquisition employées pour deux contrats subséquents évalués à 155 000 \$, ayant trait au projet et accordés au même consultant en 2007-2008 et 2008-2009, et n'a pu confirmer non plus s'ils avaient été approuvés dans les règles, en raison de l'absence de documentation à l'appui et du fait que l'employé qui avait géré ce contrat ne travaillait plus pour le RLISS.

Nous avons également observé que le même consultant avait facturé le RLISS en fonction d'un tarif horaire allant de 180 \$ à 300 \$; les paiements versés dans le cadre de l'un des contrats subséquents avaient dépassé de près de 30 000 \$ le prix forfaitaire, qui était de 56 000 \$, sans qu'il y ait de documentation à l'appui.

- Par ailleurs, en décembre 2007, le RLISS a accordé un contrat de quatre mois et d'une valeur de près de 287 000 \$ à un cabinet d'experts-conseils pour que celui-ci établisse un plan de réseau de santé communautaire. Dans le cadre du processus d'acquisition, on

a invité cinq entrepreneurs à soumettre une proposition, qui ont été choisis à partir de la liste des fournisseurs attirés du Ministère. Quatre propositions ont été présentées; cependant, le RLISS n'était pas en mesure de retrouver certains documents clés relatifs au processus, tels que les propositions des fournisseurs et les évaluations effectuées par le comité de sélection.

Contrôle des paiements versés aux consultants

Aux trois RLISS que nous avons visités, notre vérification a révélé des faiblesses dans le contrôle financier des paiements versés aux consultants. Nous nous attendions à ce que les paiements soient directement corrélés à des produits livrables précis, et à ce que les demandes de remboursement des dépenses s'accompagnent de descriptions détaillées de la nature des frais engagés et de copies des reçus. Cependant, bon nombre des factures que nous avons examinées ne fournissaient pas suffisamment de détails sur le travail exécuté ou ne s'accompagnaient pas des reçus relatifs aux dépenses remboursées. Aux trois RLISS que nous avons visités, nous avons donc remis en question le processus d'approbation pour environ 40 %, 50 % et 35 % respectivement des factures fournies par les consultants dans le cadre des contrats que nous avons examinés. Par exemple :

- Le cabinet à qui a été attribué le contrat de décembre 2007 visant l'établissement d'un plan de réseau de santé a reçu des paiements qui ont dépassé de 19 000 \$ le prix plafond du contrat de 287 000 \$, sans qu'il y ait de justification documentée.

Le RLISS a aussi versé un paiement de plus de 23 000 \$ à un consultant en mars 2009, avant même que celui-ci n'ait commencé ses travaux. Le paiement avait été effectué en prévision de l'achèvement des travaux avant la fin du mois en cours, mais aucune des tâches prévues n'avait été menée à terme au

moment de notre visite, neuf mois plus tard. Le RLISS a par la suite annulé le projet et pris des mesures en vue de recouvrer le paiement; cependant, il ne l'avait toujours pas recouvré en juillet 2010.

- Un deuxième RLISS a versé près de 20 000 \$ à un organisme de service sans but lucratif en 2009, principalement au titre du remboursement de frais de voyage et de repas, en plus des honoraires de presque 33 000 \$ payés dans le cadre d'un projet faisant intervenir des visites à des fournisseurs de soins de santé dans 18 collectivités. L'organisme a fourni une liste des frais de voyage engagés, mais le RLISS n'a pas demandé de reçus visant à étayer le montant important qui était demandé, même s'il s'agissait là d'une exigence incluse dans l'entente.
- Un troisième RLISS a remboursé des dépenses d'environ 4 000 \$ sans approbation préalable ou sans la présentation de reçus, même si le contrat prévoyait que les dépenses du consultant devaient être préalablement approuvées. En 2008, le même RLISS a payé à un consultant des frais d'administration de près de 5 000 \$ en plus des honoraires de consultation d'environ 60 000 \$ sur lesquels on s'était entendu, alors que ces frais additionnels n'étaient pas prévus dans le contrat et qu'il était inhabituel de permettre à un consultant d'imposer de tels frais.

Déclarations de conflit d'intérêts

La Politique opérationnelle d'approvisionnement de novembre 2007 exige que les processus d'acquisition s'accompagnent de documents suffisamment détaillés pour qu'on puisse comparer équitablement les soumissions des fournisseurs. Une déclaration de conflit d'intérêts doit figurer au nombre de ces documents. La disposition prévoit qu'un consultant doit déclarer tout conflit d'intérêts réel ou potentiel ainsi que toute circonstance ou relation pouvant lui procurer un avantage indu dur-

ant le processus d'acquisition ou nuire à sa capacité de s'acquitter de ses obligations dans le cadre de l'entente.

Or, aux trois RLISS que nous avons visités, nous avons constaté que ceux-ci n'obtenaient pas de façon constante des déclarations de conflit d'intérêts distincts et signés de la part des consultants à l'étape de la présentation de la soumission; cependant, dans les cas où des contrats avaient été établis, ceux-ci comportaient généralement des dispositions relatives aux conflits d'intérêts.

Contrats gérés dans le cadre d'ententes de services partagés

Les RLISS ont mis sur pied un Bureau des services partagés des RLISS (BSPR), qui est chargé de fournir certains services et programmes organisationnels et communs à tous les RLISS. Notre vérification a englobé plusieurs contrats de services de consultation dont les coûts étaient partagés par des RLISS et qui étaient gérés par le BSPR. Nous avons relevé les lacunes suivantes :

- Le BSPR a conclu deux contrats avec le même cabinet d'experts-conseils en recherche de cadres. Aux termes du premier contrat, le cabinet devait chercher un directeur général intérimaire pour le BSPR. Le second contrat consistait à chercher un directeur général permanent, et il a été élargi par la suite en vue d'inclure la recherche d'un gestionnaire provisoire pour surveiller la mise en oeuvre d'un projet de système d'information. Un montant total de 370 000 \$ a été payé au cabinet pour les deux contrats, de février à décembre 2009. Selon la Directive, le BSPR devait recourir à un processus d'acquisition concurrentiel pour des services dont le coût était d'au moins 100 000 \$. Or, bien que le BSPR ait obtenu des propositions de la part de trois fournisseurs, celles-ci ont été soumises à la suite d'une invitation verbale, aucune évaluation des propositions n'a été préparée,

et le choix du fournisseur retenu n'était soutenu par aucune justification documentée.

- Le BSPR a dépensé 133 000 \$ de février à avril 2009 et 122 000 \$ de mars à novembre 2009 respectivement au titre de services de consultation pour deux projets de technologie de l'information. Le BSPR n'a pas été en mesure de nous fournir les analyses de rentabilisation qui auraient été utilisées pour déterminer les exigences initiales de planification des projets avant le recours aux services de consultation. Cependant, les deux consultants ont été engagés au moyen d'un processus d'acquisition concurrentiel satisfaisant et à partir de la liste des fournisseurs attitrés du gouvernement. Avant l'achèvement des projets, le BSPR a déterminé que les exigences en matière de délais et les coûts avaient été sous-estimés, et que les deux projets étaient mal gérés et faiblement documentés. Le BSPR a alors engagé un nouveau consultant en janvier 2010 pour qu'il mène le premier projet à terme, à un coût de 24 995 \$, et un autre consultant, en février 2010, pour qu'il achève le second projet, à un coût de 85 000 \$. Nous avons constaté que le premier de ces consultants avait été embauché suivant une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique, à partir de la liste des fournisseurs attitrés, ce qui était permis étant que la valeur du contrat était inférieure à 25 000 \$. Le BSPR a embauché le deuxième consultant après avoir invité trois consultants à présenter des propositions à partir de la liste des fournisseurs attitrés, mais ceux-ci ont disposé de quatre jours seulement pour répondre à la demande au lieu du délai minimal prescrit de 15 jours, et le BSPR n'a reçu que deux propositions.

Changements survenus à la suite de la mise à jour de la Directive d'approvisionnement en juillet 2009

Après l'entrée en vigueur de la Directive de juillet 2009, le Ministère a demandé aux RLISS de se conformer aux nouvelles exigences, et il a demandé que chaque RLISS lui fournisse, au plus tard le 14 août 2009, un document écrit confirmant l'observation des exigences. Selon ce que nous avons pu observer, les RLISS avaient récemment entrepris certaines initiatives en vue d'améliorer leur conformité à la Directive.

À la fin de 2009, un RLISS a procédé à un examen de ses contrats de services de consultation et a constaté que les cas les plus courants de non-observation de la Directive consistaient en l'emploi d'une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique pour des contrats de plus de 25 000 \$, et en l'octroi de contrats subséquents à des consultants sans recourir à un processus concurrentiel. En janvier 2010, le RLISS a informé son conseil d'administration qu'il avait depuis établi une nouvelle mesure de contrôle selon laquelle toutes les futures acquisitions devront être examinées par son gestionnaire opérationnel afin de s'assurer de la conformité à la Directive.

Nous avons examiné quelques-unes des acquisitions récentes de ce RLISS et constaté que les procédures étaient généralement conformes à la Directive révisée. Nous n'avons relevé qu'une exception mineure : dans le cas d'un contrat de services de consultation accordé en novembre 2009 et d'une valeur de 75 000 \$, les soumissionnaires ont disposé d'un délai de réponse de 10 jours seulement au lieu des 15 jours prescrits par la Directive.

Dans le cas d'un autre RLISS, nous n'avons pu examiner les contrats récents de services de consultation en raison du moment de notre visite, mais nous avons constaté qu'en septembre 2009, il a préparé à l'intention de son conseil d'administration un rapport sur son recours à des services de consultation lors des trois dernières années, dans lequel on retrouvait les noms des projets, les cabinets

d'experts-conseils embauchés, la valeur des contrats, les méthodes d'acquisition employées et des descriptions des projets.

Nous avons également examiné un petit échantillon de contrats accordés après juillet 2009 au troisième RLISS et au BSPR. Il est ressorti de notre examen que le troisième RLISS avait généralement respecté la Directive et que des améliorations pouvaient être apportées au BSPR, conformément à ce qui est décrit dans la section précédente. En outre, nous avons constaté que le BSPR avait embauché un spécialiste des acquisitions chargé de fournir un soutien centralisé aux RLISS, y compris des conseils stratégiques et techniques et une formation sur les pratiques exemplaires en matière d'acquisition.

RECOMMANDATION 2

Pour s'assurer que les RLISS se conforment de façon constante aux exigences de la Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement en ce qui a trait à l'embauche de consultants et au recours à leurs services, le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit envisager d'exiger que chaque RLISS présente à son conseil d'administration et au Ministère un rapport annuel complet, similaire à ceux que doivent produire les ministères, sur ses acquisitions de services de consultation et son utilisation de tels services. Pour aider à faire la preuve de la conformité à la Directive, ce rapport doit inclure des renseignements sur la nature des mandats et le moment de leur exécution, le prix plafond des contrats, la portée des contrats subséquents, le montant total payé, et la méthode employée pour acquérir les services de consultation.

RÉPONSE DES RLISS

Les trois RLISS ont convenu du fait qu'un mécanisme de production de rapports annuels semblable à celui auquel sont assujettis les ministères les aidera non seulement à s'assurer de la conformité à la Directive d'approvisionnement

du Conseil de gestion du gouvernement de juillet 2009, mais aussi à garantir l'ouverture et la transparence de leurs processus d'acquisition. Chacun des RLISS nous a informés qu'il avait apporté des modifications à ses pratiques administratives en vue de s'assurer de la conformité à la Directive. Les RLISS font maintenant rapport régulièrement à leur conseil d'administration au sujet de leur recours à des consultants.

Le Bureau des services partagés des RLISS (BSPR) a indiqué qu'il avait embauché un spécialiste des acquisitions chargé de fournir un soutien à tous les RLISS. Afin d'aider les RLISS à se conformer pleinement à la nouvelle Directive, le BSPR prévoit lancer en octobre 2010 un site extranet qui fournira des renseignements exhaustifs sur les lignes directrices et les outils à l'appui pour tous les aspects de la planification, de l'acquisition et de la gestion des services de consultation.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée souscrit entièrement à cette recommandation et exigera que les RLISS fassent régulièrement rapport sur l'acquisition des services de consultation et le recours à de tels services. Ce rapport s'ajoutera aux déclarations de conformité actuelles que soumettent les conseils d'administration des RLISS tous les trimestres. Le Ministère prendra des mesures pour veiller à ce que les RLISS soient soumis à des exigences de rapports similaires à celles qui s'appliquent aux ministères.

HÔPITAUX

Politiques sur le recours à des consultants

Chacun des hôpitaux que nous avons visités était responsable de l'établissement de ses politiques

administratives, telles que celles concernant l'acquisition de biens et de services. En général, les politiques des hôpitaux relatives à l'acquisition de services de consultation étaient moins rigoureuses et moins exhaustives que celles contenues dans la Directive d'approvisionnement du Conseil de gestion du gouvernement. Bien que la Directive ne s'applique pas aux hôpitaux, nous estimons que ses exigences constituent des pratiques exemplaires pour les organismes du secteur public. Chaque hôpital que nous avons visité s'était doté de politiques selon lesquelles les pratiques d'acquisition en régime de concurrence doivent satisfaire aux exigences des accords interprovinciaux et nationaux sur le commerce. Cependant, la plupart des politiques ne s'accompagnaient pas d'exigences précises visant à favoriser la rentabilité du recours à des consultants. Par exemple, les politiques n'exigeaient pas que les mandats soient bien définis ou justifiés comme il se doit avant l'embauche des consultants, et ne comportaient pas d'exigences concernant l'établissement d'ententes contractuelles adéquates assorties d'un prix plafond, la corrélation des paiements avec des produits livrables précis ou la gestion appropriée du rendement des consultants. En outre, la plupart des politiques que nous avons examinées n'exigeaient pas de documenter et de conserver les dossiers des décisions en matière d'acquisition.

La plupart des hôpitaux disposaient d'une politique stipulant la nécessité d'éviter tout conflit d'intérêts réel ou perçu dans le cadre de l'acquisition de services de consultation, mais, dans la majorité des cas, on ne fournissait aux gestionnaires aucune orientation additionnelle sur la façon d'administrer une déclaration de conflit d'intérêts. En général, les hôpitaux que nous avons visités ne s'assuraient pas que les consultants embauchés avaient fourni une telle déclaration. Quelques-uns seulement des hôpitaux que nous avons visités avaient établi des modèles normalisés de documents pour les déclarations produites par les consultants, et ils ne les utilisaient pas de façon constante.

Les politiques d'acquisition de chaque hôpital exigeaient le recours à un processus de soumissions concurrentiel pour les contrats d'au moins 25 000 \$, et un processus officiel d'appel d'offres pour les contrats d'au moins 100 000 \$. Les politiques prévoyaient des exceptions à cette exigence, par exemple, en cas de situation d'urgence ou lorsqu'une méthode d'acquisition auprès d'un fournisseur unique ou exclusif s'avérait nécessaire, mais on n'avait pas établi de lignes directrices ou de limites visant à empêcher un recours abusif ou inapproprié à ces dispositions. Quelques hôpitaux avaient adopté une pratique exemplaire consistant à exiger l'approbation d'un niveau hiérarchique supérieur pour les acquisitions effectuées sans processus concurrentiel ou d'un montant élevé. Par exemple, un hôpital exigeait l'approbation du conseil d'administration pour les contrats de plus de 250 000 \$ conclus avec un fournisseur de services unique ou exclusif, et pour tous les contrats de plus de 500 000 \$. Un autre hôpital exigeait l'approbation d'un niveau hiérarchique plus élevé que celui habituellement requis pour les contrats conclus avec un fournisseur unique ou exclusif.

En outre, les hôpitaux ne disposaient pas de politiques ou de processus selon lesquels la haute direction devait faire rapport au conseil d'administration au sujet de leur recours à des consultants, et la plupart des conseils ne connaissaient pas les pratiques d'acquisition de leur hôpital, étant donné que leur approbation était requise uniquement pour les budgets totaux de fonctionnement et d'immobilisations relatifs aux services de l'hôpital. Par exemple, à la plupart des hôpitaux que nous avons visités, la direction nous a informés qu'elle n'était pas tenue de faire rapport au conseil d'administration concernant leur utilisation des fonds, y compris en ce qui a trait aux transactions importantes, sauf lorsque les dépenses réelles totales dépassaient le budget approuvé.

Les hôpitaux utilisaient divers comptes de services non standard pour consigner les dépenses en services de consultation dans leurs systèmes de comptabilité, et il était donc difficile d'obtenir des

renseignements exacts sur les paiements annuels totaux versés par chacun des hôpitaux à des consultants.

Conscient du manque d'uniformité des politiques d'acquisition dans la fonction publique élargie, le Conseil du Trésor a ordonné en mars 2008 qu'on prépare des Lignes directrices en matière de chaîne d'approvisionnement et qu'au 1er avril 2009, celles-ci soient incorporées aux ententes de financement que le Ministère conclues avec des organismes recevant plus de 10 millions de dollars par exercice. On a préparé les deux documents principaux suivants : le *Code d'éthique pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement*, qui établit les principes généraux dictant la conduite des organismes, des fournisseurs, des conseillers et des autres intéressés, aux fins de l'assurance de comportements et de normes acceptables; les *Politiques et procédures relatives à l'approvisionnement*, qui régissent la façon dont les organismes exécutent les activités liées à la sélection des fournisseurs, à la passation des marchés et aux achats. Les domaines visés englobent les processus concurrentiels et non concurrentiels, les limites des pouvoirs d'approbation et les conflits d'intérêts. Les principaux éléments sur lesquels portent les politiques et procédures relatives à l'approvisionnement sont la responsabilité, la normalisation du processus, la transparence et l'optimisation des ressources. Le Conseil du Trésor a annoncé que le code et les politiques relatives à l'approvisionnement seraient mis en oeuvre le 1er avril 2010.

Les hôpitaux que nous avons visités étaient tous au fait des nouvelles exigences et ont admis que les nouvelles politiques concernant la chaîne d'approvisionnement constituaient une amélioration. Cependant, en avril 2010, certains hôpitaux n'avaient pas encore entièrement mis en oeuvre les politiques et procédaient toujours à des analyses pour évaluer leurs politiques en fonction des nouvelles exigences et déterminer leurs besoins en formation. Nous avons également constaté que les nouvelles politiques n'exigeaient pas que les hôpitaux fassent régulièrement rapport à leur conseil

d'administration afin de montrer que la direction se conformait à celles-ci.

Contrôle du recours à des consultants

Comme le montre la Figure 4, nous avons constaté des faiblesses importantes concernant les principales mesures de contrôle du recours à des consultants à la plupart des hôpitaux que nous avons visités. Des lacunes ont été observées pour tous les aspects de la planification, de l'acquisition, de l'approbation, des paiements et de la surveillance des consultants par la direction. Souvent, on ne recourait pas à des processus d'acquisition équitables, ouverts et transparents visant tous les soumissionnaires potentiels. On avait fréquemment recours à des pratiques d'acquisition non concurrentielles et à des contrats subséquents. La surveillance exercée n'était pas suffisamment adéquate pour s'assurer que les politiques existantes et les procédures appropriées avaient été suivies avant que les hôpitaux autorisent l'embauche des consultants, et pour empêcher les trop-payés relatifs aux factures soumises par les consultants. Souvent, la documentation qui aurait pu soutenir les décisions n'avait pas été préparée, était absente ou avait été éliminée. Les consultants étaient engagés sans ententes contractuelles exhaustives. Même dans le cas des acquisitions récentes, nous avons constaté des lacunes importantes et des améliorations limitées par rapport aux pratiques des années antérieures.

En l'absence de documentation appropriée, il est impossible de faire la preuve de la responsabilisation et de l'optimisation des ressources. Ce problème était particulièrement évident en ce qui concernait les méthodes d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique. Dans la majorité des cas, il n'y avait aucune documentation expliquant pourquoi on n'avait pas eu recours à un processus concurrentiel. Dans d'autres cas, lorsqu'un processus concurrentiel avait été employé, il n'y avait pas de documentation justifiant le choix du soumissionnaire retenu ou les

critères d'évaluation utilisés n'étaient pas indiqués. Nous avons constaté que les contrats écrits, lorsque de tels contrats avaient été établis, ne mentionnaient pas les produits livrables, avaient été égarés ou n'avaient pas été officiellement approuvés et signés par toutes les parties concernées avant le début des travaux. La documentation relative aux changements subséquents apportés aux services devant être fournis ainsi que les approbations appropriées étaient également absentes. Par exemple :

- Un hôpital a engagé un consultant suivant une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique de juin 2007 à juin 2008 afin d'accélérer la mise au point et l'adoption des dossiers de santé électronique. Cependant, nous n'avons trouvé aucune documentation ou justification indiquant pourquoi il avait été nécessaire d'engager un consultant externe, ni aucun document décrivant la portée ou le budget préliminaire du projet avant l'embauche du consultant. En outre, lorsqu'un contrat a finalement été établi, celui-ci ne précisait pas les principaux produits livrables et les attentes, de sorte qu'il était fondé uniquement sur des honoraires journaliers de 1 100 \$ et non pas sur les produits clés devant être livrés dans le cadre du projet. Qui plus est, le contrat n'a pas été signé par le consultant, et il a été signé par un employé de l'hôpital qui ne détenait pas le pouvoir de signature pour un contrat de plus de 100 000 \$. Les dossiers de l'hôpital indiquaient que les paiements versés au cabinet d'experts-conseils ont dépassé de plus de 58 000 \$ le prix plafond du contrat, qui était de 264 000 \$, mais rien n'indiquait que les montants additionnels facturés ont été remis en question ou approuvés comme il se doit. En outre, l'hôpital ne disposait d'aucune documentation pouvant justifier les montants supplémentaires facturés.
- Un autre hôpital a engagé un consultant pour agir initialement à titre de coordonnateur d'un réseau clinique d'avril 2007 à mars 2008. L'embauche était fondée sur une proposition

présentée par le consultant, et aucun autre fournisseur n'avait été invité à soumissionner. Le prix initial du contrat était de 94 000 \$; il a ensuite été prolongé d'une autre année, pour des paiements totaux de près de 210 000 \$. Durant l'exécution de son premier mandat, le consultant s'est vu accorder un contrat distinct du premier, d'une valeur de 77 000 \$, pour la prestation de services de consultation à une unité de soutien du bloc opératoire de septembre 2007 à avril 2008. Aucun contrat officiel n'a été établi pour ces deux mandats, et aucune des exigences clés, telles que la portée du projet, les principaux produits livrables, la rémunération, le prix plafond et le calendrier d'exécution, n'était mentionnée. Il n'y avait pas de documentation expliquant pourquoi il avait été nécessaire d'engager un consultant externe ou pourquoi les contrats ont été accordés suivant une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique.

- En septembre 2009, un hôpital a lancé un appel d'offres en vue d'obtenir des services de consultation pour l'exécution d'un examen de l'utilisation des salles d'opération et de soins ambulatoires. Neuf consultants ont soumis des propositions. L'équipe d'évaluation de l'hôpital a retenu trois propositions, mais les documents internes n'expliquent pas clairement comment elles ont été sélectionnées. L'hôpital a ensuite accordé le contrat au consultant ayant présenté la soumission la plus élevée, dont le montant (83 000 \$) était presque le double du moins-disant. La documentation disponible ne permettait pas de justifier le choix de ce consultant. La direction de l'hôpital nous a informés qu'elle avait utilisé un processus de sélection détaillé et avait fondé sa décision sur la qualité de la proposition du consultant retenu et sur le fait que celui-ci possédait une plus grande expérience que les autres soumissionnaires. Cependant, la direction a admis que la documentation ne fournissait pas suffisamment de

renseignements sur la façon dont elle avait pris sa décision.

- En mars 2008, un hôpital a accordé à un cabinet d'experts-conseils un contrat pluriannuel d'une valeur cumulative maximale de près de 700 000 \$ pour préparer un programme de perfectionnement et de planification de la relève et fournir de la formation à son personnel de direction. Nous avons constaté que, malgré la valeur importante du contrat, l'hôpital n'a pas élaboré les documents habituels relatifs à un processus d'acquisition concurrentiel, tels qu'une description détaillée des services requis, les produits livrables et les calendriers d'exécution. Au lieu de procéder à un appel d'offres, il a invité trois cabinets à passer une entrevue. Deux cabinets ont soumis une proposition écrite fondée sur leurs discussions préliminaires avec l'hôpital, bien qu'ils n'étaient pas tenus de le faire. Le personnel de l'hôpital a reconnu que les deux soumissionnaires non retenus avaient eu de la difficulté à comprendre la nature des tâches à accomplir parce que les exigences n'avaient pas été clairement indiquées. Au 31 mars 2010, environ 300 000 \$ avaient été dépensés dans le cadre de ce contrat.
- Un hôpital nous a informés qu'en août 2007, il a demandé à plusieurs cabinets d'experts-conseils de soumettre une proposition en vue de la gestion d'une demande de propositions détaillée relative à un projet de technologie de l'information. Bien qu'il s'agissait d'un projet important dont le coût était de plus de 170 000 \$, le personnel de l'hôpital n'a pas été en mesure de fournir la demande de propositions, le nom et le numéro de téléphone des cabinets invités à soumissionner, les propositions des soumissionnaires, ou les documents ou critères utilisés pour prendre la décision d'attribution. Le projet s'est déroulé de septembre 2007 à avril 2008, et l'hôpital a subséquemment engagé le même cabinet d'experts-conseils pour qu'il fournisse des

services de gestion de projet de mai 2008 à mai 2009, à un coût de près de 430 000 \$. L'hôpital a versé au cabinet 600 000 \$ pour les deux contrats, et il n'a conservé aucun document relatif au processus de sélection concurrentiel. Le personnel de l'hôpital nous a informés que seuls les énoncés de travail présentés par les soumissionnaires retenus sont conservés. Tous les documents relatifs aux soumissionnaires non retenus et au processus d'appel d'offres sont éliminés.

La nouvelle politique relative aux achats dans la chaîne d'approvisionnement exige maintenant que les hôpitaux conservent tous les documents concernant les acquisitions, ainsi que d'autres renseignements pertinents, durant sept ans.

Dépendance continue envers les consultants

La Directive mentionne ce qui suit : [traduction] « Les fournisseurs qualifiés doivent pouvoir soumissionner les travaux du gouvernement dans le cadre d'un mécanisme ouvert, et le processus d'acquisition doit être juste et transparent et faire en sorte que les fournisseurs soient traités équitablement. Il doit y avoir absence de conflits d'intérêts réels ou perçus durant le processus d'acquisition et la réalisation du contrat, et il faut éviter d'établir des relations donnant lieu à une dépendance continue envers un fournisseur particulier pour l'exécution d'un type de travail donné. » Cette politique aide à garantir que les consultants ont une possibilité égale de soumissionner un travail, et peut contribuer à réduire la dépendance d'un organisme envers des consultants particuliers.

Les hôpitaux ne sont pas visés par la Directive, mais l'intention de la politique, selon laquelle l'utilisation des fonds publics doit respecter les principes d'équité, de transparence et d'ouverture, s'applique à eux. La nouvelle politique relative aux achats dans la chaîne d'approvisionnement vient renforcer ce fait. Comme le montre la Figure 4, nous avons relevé de nombreux cas où des

Figure 4 : Constatations relatives aux principales mesures de contrôle des contrats de services de consultation à 16 hôpitaux

Sources des données : Directive d'approvisionnement, novembre 2007 et juillet 2009; Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Mesures de contrôle clés relatives aux pratiques exemplaires *	Hôpitaux															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
Le recours à des consultants fait l'objet d'une justification documentée et l'approbation appropriée est obtenue avant l'octroi du contrat.																
Les contrats importants font l'objet d'au moins trois propositions de prix ou d'un appel d'offres ouvert, selon ce qui est requis. Toute dérogation à l'obligation de recourir à un processus d'acquisition concurrentiel est officiellement documentée et approuvée comme il se doit.																
Toutes les soumissions et tous les résumés des évaluations sont documentés en vue d'appuyer la décision d'attribution.																
Des contrats écrits officiels sont établis et signés avant le début des travaux.																
Les contrats subséquents sont accordés au moyen d'un processus concurrentiel distinct; si tel n'est pas le cas, la décision de recourir à un processus non concurrentiel fait l'objet d'une justification documentée appropriée et a été approuvée comme il se doit.																
Le paiement des factures est corrélé à des produits livrables précis, les dépenses remboursées sont raisonnables, et des reçus détaillés sont fournis sur demande.																
Les paiements totaux aux consultants ne dépassent pas un prix plafond préalablement établi. Les paiements additionnels sont justifiés au moyen d'une documentation appropriée et ont été approuvés comme il se doit.																
Les consultants produisent une déclaration officielle de conflit d'intérêts potentiel.																

Remarque : Il n'y a aucun lien entre l'ordre dans lequel les RLUSS sont énumérés dans la Figure 1 et l'ordre dans lequel ils sont énumérés ici.

* Les hôpitaux sont responsables de l'établissement de leurs propres politiques administratives, et nous avons déterminé que celles-ci n'étaient ni aussi rigoureuses ni aussi exhaustives que les exigences de la Directive d'approvisionnement qui s'applique au Ministère et aux RLUSS. Bien que les hôpitaux ne soient pas expressément visés par les exigences énumérées dans la présente figure, la Directive constitue néanmoins une norme de pratiques exemplaires pour le secteur public en ce qui concerne les mesures de contrôle clés des contrats de services de consultation.

	les mesures de contrôle clés relatives aux pratiques exemplaires étaient généralement en place
	certaines lacunes ont été constatées, et les mesures de contrôle clés relatives aux pratiques exemplaires n'étaient pas toujours en place
	des lacunes importantes ont été constatées, et il y avait constamment absence des mesures de contrôle clés relatives aux pratiques exemplaires
	non évalué en raison de l'absence d'occurrence dans notre échantillon ou d'une information insuffisante

contrats ont été accordés sans appel d'offres ou ne s'accompagnaient pas d'une justification documentée ou d'approbations officielles. Souvent, le consultant était engagé pour fournir des services durant une courte période, habituellement de trois à six mois, puis le contrat était prolongé pour devenir une entente continue, alors que les produits livrables initiaux demeuraient pratiquement inchangés. Dans d'autres cas, on a accordé des contrats à un consultant sans recourir à un processus concurrentiel parce qu'il avait déjà accompli des travaux pour l'hôpital. Par exemple :

- De 2007 au début de 2010, un hôpital a accordé au moins 15 contrats d'une durée allant de quelques jours à un an à un cabinet d'experts-conseils pour qu'il fournisse divers services de technologie de l'information, notamment des services de mise à niveau de systèmes, de soutien et de mise en oeuvre, de formation et de consultation, et d'autres services ponctuels. Seulement deux contrats étaient assortis d'un prix plafond, et presque tous les contrats étaient fondés sur un taux horaire de 100 \$. En février 2010, le total des paiements versés au cabinet s'élevait à plus de 650 000 \$. Il n'y avait aucune justification documentée relative aux contrats ou au processus concurrentiel initial ayant mené à la sélection de ce consultant, et celui-ci n'était pas tenu de soumettre périodiquement des propositions de prix. L'hôpital a fait valoir que peu de cabinets d'experts-conseils de la région pouvaient fournir ces services, ce qui a donné lieu à une dépendance continue envers le cabinet en question.
- Un hôpital a engagé une firme d'ingénierie en 2008, suivant une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique, pour qu'elle fournisse des services de consultation concernant l'évaluation des installations, à un coût de 165 000 \$. Les motifs du recours à l'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique n'étaient pas documentés, et aucun contrat précisant les

modalités de l'embauche relative au projet n'avait été signé. On nous a informés que cette firme d'ingénierie avait été choisie principalement en raison de ses connaissances techniques de l'hôpital, qu'elle a acquises au cours des travaux qu'elle a exécutés pour l'hôpital sur une période de 20 ans.

- Un hôpital est responsable de l'administration d'un réseau électronique provincial mis sur pied en 1999. Le Ministère fournit des fonds à l'hôpital aux fins de l'exploitation du réseau. Au début de 1999, l'hôpital a accordé un contrat sans appel d'offres, qui n'a cessé d'être en vigueur depuis, à un cabinet pour qu'il élabore, gère et offre des services techniques continus en matière de TI à l'appui du réseau. Les paiements versés au cabinet depuis 1999 ont totalisé environ 60 millions de dollars. Au cours des trois derniers exercices, le cabinet a reçu quelque 8,3 millions de dollars par année. Ce montant comprend les honoraires de 180 000 \$ que verse l'hôpital au cabinet tous les ans pour chacun des consultants oeuvrant sur le projet. L'hôpital nous a informés que ces services feront l'objet d'un appel d'offres quand le présent contrat aura pris fin, en février 2011.

Nous avons également constaté que des hôpitaux recouraient de manière importante à des ententes continues pour des services professionnels relatifs à des projets de construction et d'immobilisations. Par exemple :

- Un hôpital a engagé un cabinet d'experts-conseils pour qu'il offre des services de gestion de projet relativement à un projet de réaménagement de l'établissement, lequel a débuté en 2002 et a pris au début de 2009. Quelque 3,7 millions de dollars ont été payés au cabinet dans le cadre de deux contrats distincts. On nous a informés que ces deux contrats avaient été accordés sans appels d'offres et qu'ils ne s'accompagnaient ni de documents officiels ni d'approbations du conseil d'administration, parce que le cabinet en

question avait antérieurement travaillé pour l'hôpital. Le prix plafond du premier contrat a été dépassé de 180 000 \$, et le personnel de l'hôpital ne pouvait mettre la main sur le second contrat, d'une valeur de 2,3 millions de dollars.

- Un hôpital a accordé un contrat sans appel d'offre à une société spécialisée dans le soutien des installations pour qu'elle fournisse des services de gestion de projet. Au moment de notre vérification, les paiements totaux s'élevaient à 259 000 \$ (taux horaire de 110 \$ sur une période de trois ans), et ces paiements avaient été versés de façon ininterrompue depuis février 2007 en l'absence d'un contrat signé. Des approbations informelles ont été fournies par le directeur général de l'hôpital en 2006, mais les augmentations de coûts qui ont suivi, en raison desquelles le prix plafond original de 120 000 \$ a été dépassé de presque 140 000 \$, n'ont jamais été approuvées officiellement.

Contrats subséquents

Outre les exemples susmentionnés, nous avons relevé de nombreux cas où des hôpitaux ont confié du travail additionnel à des consultants à la suite d'une embauche antérieure, souvent en l'absence de documents justifiant la décision, ce qui éliminait par le fait même le besoin de recourir à un processus de sélection concurrentiel auquel auraient pu prendre part d'autres soumissionnaires. Par exemple :

- Un hôpital a engagé un cabinet d'experts-conseils suivant une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique pour qu'il fournisse des services de gestion de projet relativement à la mise en oeuvre d'un nouveau système de communication des renseignements. L'énoncé de travail initial du cabinet couvrait une période allant de février à avril 2008, à un coût de 163 000 \$. Durant la période allant d'avril 2008 à mars 2009, l'hôpital a autorisé

six contrats subséquents totalisant un montant additionnel de 1,1 million de dollars.

- Un hôpital a accordé en janvier 2008 un contrat à fournisseur unique à un cabinet d'experts-conseils dans le cadre d'un projet de technologie de l'information, à un coût de 18 000 \$. Une fois les travaux initiaux achevés, l'hôpital a octroyé au même cabinet un contrat d'une valeur de 150 000 \$ pour un deuxième projet. Peu de temps après, l'hôpital lui a confié un troisième mandat, à un coût de 20 000 \$, consistant à mener à terme le projet global. Au total, le cabinet d'experts-conseils a reçu plus de 195 000 \$ pour des services qui ont été acquis sans processus concurrentiel.
- À un hôpital, le Ministère a nommé une équipe de surveillance provinciale qui a publié un rapport en juin 2008, lequel comportait des recommandations visant notamment le « renouvellement » de la gouvernance du conseil d'administration. Pour aider à mettre en oeuvre ces recommandations, l'hôpital, en août 2008, a engagé à titre de consultant l'un des membres de l'équipe de surveillance provinciale, et ce, en recourant à une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique. Le consultant avait reçu une rémunération de 60 000 \$ en tant que membre de l'équipe de surveillance provinciale, et il a facturé des honoraires et des dépenses d'environ 120 000 \$ dans le cadre de l'exécution de son mandat. On n'a établi aucun contrat précisant les produits livrables ou les services particuliers devant être fournis, ou encore le coût des travaux.
- Un hôpital a accordé au début de 2007 un contrat à fournisseur unique d'une valeur de 21 000 \$ à une firme d'ingénierie pour qu'elle évalue les systèmes de chauffage et de refroidissement de ses installations. La firme a présenté un rapport à l'hôpital en mai 2007. En décembre 2007, l'hôpital a confié à cette firme la réalisation de l'étape suivante du projet, à un coût de 150 000 \$, sans recourir

à un processus concurrentiel. Cette étape a été achevée en mai 2009. La dernière étape a également été confiée à la firme en janvier 2010, à un coût de 26 000 \$. Si les trois étapes du contrat totalisant 197 000 \$ avaient été comprises dans l'acquisition initiale de services, l'hôpital aurait dû, aux termes de sa politique, lancer un appel d'offres.

Contrôle des paiements versés aux consultants

Lorsqu'un hôpital effectue un paiement relatif à des services de consultation, les pratiques opérationnelles normales exigent que des mesures de contrôle soient en place en vue de s'assurer que les paiements sont conformes aux modalités originales de l'entente, que les paiements ont été approuvés comme il se doit avant d'être versés, que la preuve a été faite que les produits livrables ont été reçus et que les dépenses engagées par le consultant sont justifiées. Les hôpitaux doivent également veiller à ce que les factures soumises par les consultants contiennent suffisamment de détails sur les travaux accomplis ainsi que sur les différents éléments des montants facturés, tels que le nombre d'heures travaillées et les taux de facturation. Comme le montre la Figure 4, nous avons constaté que ces mesures de contrôle étaient souvent absentes. En outre, en rémunérant les consultants en fonction d'un tarif journalier et non pas selon un prix plafond et des produits livrables fixes, les hôpitaux doivent assumer le risque de non-respect des délais et de dépassement des coûts, même lorsque de tels problèmes sont attribuables au rendement insatisfaisant et à un manque d'efficacité des consultants.

Les exemples suivants illustrent nos inquiétudes :

- En avril 2006, un hôpital a engagé un cabinet d'experts-conseils suivant une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique pour qu'il élabore et mette en oeuvre un système de gestion de l'information sur la santé. Au cours des trois premières années,

le cabinet a été rémunéré au taux horaire de 398 \$ (rémunération de 2,6 millions de dollars au total), et aucun prix plafond ni aucun produit livrable précis n'ont été établis. Les factures ne contenaient aucun renseignement détaillé sur les services fournis ou le travail accompli dans le cadre du projet. À compter d'avril 2009, l'hôpital a exigé que le cabinet fournisse des factures détaillées relativement aux travaux exécutés, et il lui a versé un montant additionnel de 975 000 \$ durant la période ayant pris fin en février 2010. Nous avons remarqué que c'est le cabinet qui a préparé les budgets concernant ce projet, et les responsables concernés de l'administration hospitalière n'avaient pas signé les ententes conclues avec le cabinet. Après notre visite, l'hôpital et le cabinet ont conclu une nouvelle entente portant sur la période allant de mars à octobre 2010, sans recours à un processus concurrentiel; les paiements futurs sont assujettis à un plafond de plus de 735 000 \$ et fondés sur les produits livrables du projet.

- Un consultant engagé par un hôpital pour pourvoir un poste de haute direction a été payé environ 275 000 \$ par année. D'avril 2007 à décembre 2009, ce consultant a également réclamé des frais de 97 000 \$ pour d'autres consultants et des frais de services de soutien administratif s'élevant à 50 000 \$ qui n'étaient pas prévus dans le contrat. À deux reprises, le consultant a facturé à l'hôpital un montant de plus de 7 000 \$ ayant trait à une prime salariale, à des frais de change et à un repas de Noël. L'hôpital a également remboursé à ce consultant des dépenses douteuses liées à ses activités, notamment des frais d'hébergement de 400 \$ la nuit pour trois nuitées dans un hôtel de Chicago s'accompagnant de frais de 500 \$ pour des appels téléphoniques faits à partir de l'hôtel, des frais d'hébergement de 510 \$ la nuit lors d'un deuxième voyage de quatre jours à Chicago, des frais d'hébergement de 700 \$

la nuit lors d'un voyage de cinq nuitées à Singapour, et des frais de repas dans la région du Grand Toronto, dont un de 300 \$ pour trois personnes (y compris des frais de 140 \$ pour l'alcool) et un autre de 350 \$ pour trois personnes (y compris des frais de 215 \$ pour l'alcool).

- Un autre hôpital a accordé à un consultant trois contrats à fournisseur unique et trois contrats subséquents de 2007 à 2009, qui ont totalisé 608 000 \$, pour qu'il examine les finances de l'hôpital, remédie à une insuffisance budgétaire et mette en oeuvre les recommandations qu'il avait formulées dans le cadre de ses précédents travaux. Aucune des factures de ce consultant comprises dans notre échantillon ne contenait de reçus détaillés ou de justification pour les dépenses de 170 000 \$ qui lui ont été remboursées. À la suite de notre vérification, l'hôpital a demandé au consultant de fournir des détails additionnels concernant ces dépenses. L'hôpital n'a pas obtenu les reçus demandés parce que le consultant avait l'intention d'imposer des frais de gestion de 3 000 \$ pour les fournir.
- Un hôpital a accordé un contrat à fournisseur unique à un cabinet d'experts-conseils pour qu'il améliore les « compétences en leadership des employés ». La formation en matière de leadership a consisté en quatre séances d'une journée offertes en juin, en septembre, en décembre et en mars, ainsi qu'en des activités d'encadrement, à un coût allant de 3 000 \$ à 4 000 \$ par employé. Bien que la formation ait été offerte durant l'année, l'hôpital a payé à l'avance la totalité des frais dès la signature du contrat. L'hôpital a versé au consultant un paiement anticipé de 170 000 \$ en avril 2007, et un autre de 210 000 \$ en mars 2008.
- Un hôpital a accordé à un cabinet d'experts-conseils un contrat à fournisseur unique de plus de 170 000 \$ pour qu'il fournisse, de juin 2007 à mai 2009, des services

de gestion des demandes de prestations soumises à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Il n'y avait aucune documentation appuyant le recours à une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique pour l'octroi du contrat et, au moment de notre vérification, l'hôpital ne pouvait trouver de copie signée du contrat. Nous avons constaté que le cabinet a continué de fournir des services à l'hôpital après l'expiration du contrat. Par conséquent, les paiements totaux versés à ce jour s'élèvent à 235 000 \$, soit 65 000 \$ de plus que le prix original du contrat qui était de 170 000 \$, en l'absence de documentation à l'appui et sans que le contrat ait été renouvelé comme il se doit.

Dans un autre cas de contrat à fournisseur unique, un hôpital a engagé un ancien cadre à titre de consultant moins d'un mois après qu'il eut quitté l'établissement. L'hôpital lui a versé une rémunération annuelle totale d'environ 240 000 \$, soit un montant supérieur de 100 000 \$ à son salaire précédent; il s'est vu rembourser des dépenses plus élevées que celles permises aux termes du contrat signé, mais il n'a fourni aucun reçu à l'appui. Un autre hôpital a payé à l'avance la totalité des frais d'un contrat de 34 000 \$ accordé à un consultant pour qu'il élabore un cadre de responsabilisation à l'intention du personnel hospitalier ainsi qu'un plan de communication connexe. Lorsque le consultant n'a pas été en mesure d'exécuter l'un des éléments de son mandat, l'hôpital a dû lui demander de rembourser une tranche de 16 500 \$ du montant payé d'avance.

Ententes d'emploi ayant valeur de contrats de services de consultation

Plusieurs ententes d'emploi, concernant généralement des postes de haute direction, étaient formulées comme des contrats de services de consultation. Par conséquent, dans bon nombre de cas, les ententes contenaient certaines dispositions

salariales et accordaient aux consultants certains avantages sociaux habituellement réservés aux employés. Par exemple :

- Un hôpital a utilisé des ententes de services de consultation pour engager trois personnes de 2003 à 2009, de 2004 à 2009 et de 2007 à 2008 respectivement pour pourvoir trois postes de cadre – deux postes de vice-président et un poste dirigeant principal des finances. Les deux vices-présidents ont reçu une rémunération annuelle d'environ 300 000 \$ et 220 000 \$, et le dirigeant principal des dépenses était payé 210 000 \$ par année pour travailler quatre jours par semaine. L'hôpital a engagé ces consultants sans recourir à un processus concurrentiel. Il leur a accordé un régime de rémunération similaire à ceux qu'il offre au personnel de direction salarié de l'établissement. Ils ont eu droit à des primes, à un règlement de cessation d'emploi, à des vacances et au remboursement des dépenses engagées pour assister à des conférences. Lorsqu'ils ont cessé de travailler pour l'hôpital, les deux vices-présidents ont reçu des indemnités de départ de 170 000 \$ et de 105 000 \$ respectivement. À titre de comparaison, nous savons par expérience que dans les contrats types de services de consultation, les clauses concernant la cessation d'emploi prévoient souvent un avis de 30 jours, sans versement d'une indemnité. En outre, les consultants ont signé d'importants contrats concernant des projets d'immobilisations et des fournisseurs au nom de l'hôpital, même si, aux termes de leurs contrats, ils étaient réputés ne pas être des employés ou des agents de l'établissement. Nous avons été informés que l'hôpital a cessé de faire appel à des consultants pour pourvoir des postes de haute direction.
- À l'un des hôpitaux, un consultant travaillait pour l'établissement depuis 1999 en tant que chef de la direction chargé d'administrer une initiative financée par la province et englobant

de nombreux autres hôpitaux et fournisseurs de soins de santé. À l'origine, l'hôpital a confié ce poste à ce consultant, un ancien employé ministériel, sans recourir à un processus concurrentiel. Au cours des trois exercices visés par notre examen, le consultant a reçu une rémunération annuelle d'environ 275 000 \$, taxes en sus. Cette rémunération est fondée sur un taux journalier de 1 100 \$, pour des journées de travail de huit heures. Nous avons constaté que le consultant a facturé à l'hôpital 250 jours de travail tous les ans, ce qui signifie que tous les jours de semaine ont été facturés au cours des trois dernières années, à l'exception de jours fériés. L'hôpital nous a informés que le consultant n'a pris aucune vacance pendant cette période, durant laquelle il a délaissé toutes ses autres activités professionnelles. Le consultant a également eu droit au remboursement de ses frais de déplacement et des frais engagés pour assister à plusieurs conférences pendant la période visée. En mai 2008, il a obtenu l'approbation de l'hôpital pour un voyage d'une semaine à Hong Kong afin de participer en tant que conférencier à une conférence liée à ses activités professionnelles. Il a toutefois ajouté un séjour d'une semaine au Japon dans le cadre de son voyage. Nous avons constaté que l'hôpital a remboursé au consultant des frais de déplacement par avion de 7 800 \$, qui incluaient le prix du billet pour son voyage personnel au Japon, et qu'il lui a payé les honoraires qu'il a facturés pour tous les jours ouvrables durant le mois, lesquels englobaient son voyage de deux semaines à Hong Kong et au Japon. À la suite de notre enquête, l'hôpital nous a informés que le consultant avait remis la moitié du montant qui lui avait été remboursé relativement à ses frais de déplacement par avion. L'hôpital nous a également fait savoir que le contrat avait été mal rédigé et ne rendait pas compte de l'intention exacte des parties; cependant, l'exécution du contrat était

conforme à cette intention. En outre, l'hôpital nous a dit qu'il procédera à une révision importante du contrat afin de mieux tenir compte des ententes professionnelles.

- Un hôpital a engagé un consultant pour qu'il agisse à titre de gestionnaire de projet, et ce, peu de temps après qu'il eut pris sa retraite comme employé de l'établissement, en janvier 2008. Nous avons été informés que l'on n'avait pas eu recours à un appel d'offres pour octroyer le contrat en raison principalement des connaissances qu'avait acquises le consultant, lorsqu'il était un employé de l'établissement, au sujet des grands projets d'immobilisations en cours. Il n'y avait aucune documentation officielle justifiant l'attribution de ce travail suivant une méthode d'approvisionnement auprès d'un fournisseur unique; la rémunération du consultant était fondée sur un taux horaire, et aucun produit livrable précis n'était indiqué dans son contrat. Il a travaillé à temps partiel de janvier 2008 à septembre 2009 et a reçu une rémunération d'environ 179 000 \$ en fonction de factures qui n'énuméraient que les heures travaillées. Au moment de notre vérification, nous avons été informés que l'hôpital se prévalait d'une option prévoyant le recours aux services de ce consultant durant deux années additionnelles.

Pratiques d'acquisition relatives aux contrats récents

Les nouvelles politiques obligatoires en matière de chaîne d'approvisionnement sont entrées en vigueur le 1er avril 2010, soit après la fin de la période de notre examen. Il est ressorti de nos discussions avec des cadres supérieurs des hôpitaux que, en général, ceux-ci savaient qu'un plus grand accent était mis sur les bonnes pratiques en matière d'acquisition depuis le milieu de 2009, moment auquel la Directive révisée a commencé à s'appliquer aux RLISS. Cependant, notre examen

d'un certain nombre de contrats récents de services de consultation n'a pas permis de conclure qu'ils avaient apporté des améliorations importantes et systémiques à leurs pratiques jusqu'ici. Par exemple :

- À l'automne 2009, un hôpital a entrepris un examen interne de 14 contrats en matière de technologie de l'information après qu'il eut appris que ces contrats n'avaient peut-être pas été octroyés conformément aux politiques de l'établissement. L'examen s'est soldé par la résiliation de 12 contrats. Un contrat n'a pas été renouvelé parce que l'hôpital a décidé que le personnel interne exécuterait le travail. Au moment de notre vérification, trois contrats avaient fait l'objet de nouveaux appels d'offres ouverts. Bien que l'un des contrats ait été adjugé au moins-disant, les deux autres ont été accordés aux cabinets d'experts-conseils titulaires, même si le prix de leurs soumissions, de 105 000 \$ et de 88 000 \$ respectivement, était près de deux fois plus élevé que celui des moins-disants. La décision de l'hôpital de retenir les cabinets titulaires était fondée sur leurs connaissances techniques et leur expérience de travail antérieure avec l'hôpital. Nous avons constaté que pour l'une des soumissions retenues, le cabinet a fourni comme référence un directeur de l'hôpital, qui siégeait également au comité de sélection.
- Un hôpital a accordé un contrat à fournisseur unique à un consultant pour qu'il fournisse des ressources relatives au personnel de technologie de l'information à compter de mars 2009, à un taux horaire de 110 \$. Nous avons été informés que le consultant avait été engagé pour remplacer un employé qui était provisoirement en congé de maladie. Le contrat, qui ne prévoyait pas de prix plafond, avait été signé par le consultant, mais pas par l'hôpital. Le contrat portait initialement sur la période allant de mars à octobre 2009, mais l'hôpital a autorisé verbalement sa prolongation jusqu'à la fin de juillet 2010. Jusqu'ici,

l'hôpital a versé au consultant 130 000 \$ pour l'exécution de ce mandat. Le consultant n'a fourni aucun document justificatif concernant des demandes de remboursement de dépenses s'élevant à environ 10 500 \$.

Acquisition de services de consultation à des fins de lobbyisme auprès du gouvernement

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la Loi) prévoit un cadre au sein duquel le Ministère finance les services fournis par les hôpitaux par l'entremise des paiements de transfert versés aux RLISS. En vertu de la Loi, le Ministère conclut une entente de responsabilisation décrivant en détail les ententes de financement passées avec chaque RLISS. De telles ententes ont été conclues pour la première fois en 2007-2008. Le Ministère procure à chaque RLISS des cibles de financement pluriannuelles pour ses budgets de fonctionnement et de paiements de transfert. Les RLISS doivent pour leur part informer les hôpitaux qui font partie de leurs ententes de services des cibles financement pluriannuelles et en discuter avec eux. Le Ministère, les RLISS et les hôpitaux doivent examiner tous les ans les cibles de financement et les affectations de fonds. Aux termes de l'Entente sur la responsabilisation en matière de services entre le RLISS et l'hôpital, ce dernier doit veiller à ce que les fonds gouvernementaux servent à fournir des services cliniques ou à exécuter des activités à l'appui de ces services.

Bien que les cadres et mécanismes de financement s'appliquant aux hôpitaux visent à faire en sorte que chaque hôpital reçoive sa juste part de financement au titre du fonctionnement et des immobilisations, 8 des 16 hôpitaux que nous avons visités avaient engagé des consultants à même leurs fonds, dont une partie provenait du Ministère, pour qu'ils effectuent du lobbyisme auprès du gouvernement provincial et, dans certains cas, du gouvernement fédéral. On désigne souvent ces activités comme des « services de défense des

intérêts, de représentation et de relation ou de communication avec le gouvernement » qui sont fournis aux hôpitaux. Les modalités de paiement variaient, allant du versement d'honoraires mensuels fixes au paiement de frais ponctuels. Il est ressorti de nos discussions avec la haute direction des hôpitaux que ces services aidaient souvent ceux-ci à obtenir du financement aux fins des immobilisations ou à attirer davantage l'attention sur leurs besoins en matière de financement.

Durant la période de trois ans visée par notre examen, les huit hôpitaux ont versé plus de 1,1 million de dollars à des cabinets de lobbyistes, les montants payés annuellement allant d'environ 11 000 \$ à presque 100 000 \$. Certains de ces hôpitaux disposaient d'ententes en matière de lobbyisme datant de plusieurs années; nous avons appris qu'un montant additionnel de 550 000 \$ avait été payé par ces hôpitaux depuis 2002. Trois de ces huit hôpitaux avaient mis fin aux contrats les liant à des lobbyistes lors des deux années précédentes, mais cinq d'entre eux avaient des ententes en cours au moment où nous avons achevé notre vérification. Par exemple :

- En 2002, un hôpital a accordé un contrat à fournisseur unique de six mois et d'une valeur d'environ 51 000 \$ à un cabinet de lobbyistes. Le cabinet a continué de recevoir des honoraires mensuels durant sept ans, jusqu'à ce que le nouveau directeur général de l'hôpital mette fin à l'entente, en septembre 2009. Au total, le cabinet a perçu des honoraires de 675 000 \$. On nous a informés que ce cabinet avait été engagé en raison principalement de son expérience et de ses relations politiques. En général, ses factures ne comportaient pas de relevé détaillé des services fournis et n'indiquaient pas le personnel ayant assuré la prestation des services ou le nombre d'heures de services de consultation effectués.
- Un autre hôpital a engagé un cabinet de lobbyistes à un coût total de 130 000 \$ au cours des trois derniers exercices. En outre, l'hôpital a retenu les services d'un second cabinet

pour qu'il effectue du lobbying auprès du gouvernement en vue de l'obtention de fonds relatifs à une initiative financée par la province. Au cours des trois derniers exercices, le deuxième cabinet a facturé des honoraires mensuels de 4 000 \$, pour un coût total de 159 000 \$.

- Un hôpital et un cabinet de lobbyistes ont signé en 2006 une lettre de proposition relative à un contrat d'un an, dont le coût était de 72 000 \$. Nous avons été informés que trois cabinets avaient passé une entrevue, mais aucune documentation à l'appui n'était disponible. L'entente initiale a été renouvelée tous les ans de façon non officielle et était toujours en vigueur au moment où nous avons achevé notre vérification. Entre 2006 et le 31 mars 2010, l'hôpital a versé au cabinet des paiements totaux de 275 000 \$. Les factures ne comportaient pas de renseignements détaillés sur les résultats des services qui ont été fournis à l'hôpital.
- En 2009, un hôpital a engagé un cabinet de lobbyistes à un coût de 50 000 \$. L'hôpital n'a pas été en mesure de présenter de documentation concernant le mandat, à l'exception des factures provenant du cabinet, et il a mentionné que le cabinet lui avait fourni des « services généraux de lobbying ». La haute direction de l'hôpital a plus tard précisé que les activités de lobbying visaient à obtenir du financement du gouvernement fédéral. Cette affirmation n'a pu être confirmée que pour environ la moitié des factures que nous avons examinées, car les autres factures ne comportaient pas suffisamment de détails sur les activités de lobbying effectuées.
- Un autre hôpital a conclu un contrat avec un cabinet dans le cadre duquel celui-ci a effectué, de 2005 à août 2009, du lobbying auprès du gouvernement en vue de l'obtention de financement et d'approbations concernant des projets d'immobilisations. L'hôpital a versé 3 000 \$ par mois au cabinet,

soit environ 157 000 \$ pour toute la durée de l'entente. En août 2009, l'hôpital a engagé un autre cabinet de lobbyistes sur une base permanente à un coût de 7 000 \$ par mois.

Bien que les montants versés à des consultants pour qu'ils exécutent des activités de lobbying soient relativement peu élevés par rapport aux budgets globaux des hôpitaux, le fait de payer des cabinets à même les fonds gouvernementaux pour que ceux-ci fassent pression auprès des gouvernements provincial et fédéral en vue de l'obtention d'un financement additionnel constitue une utilisation douteuse des fonds que reçoivent les hôpitaux aux fins d'activités cliniques ou administratives. En outre, les hôpitaux qui ont recours à des activités de lobbying pourraient être avantagés par rapport aux hôpitaux qui n'engagent pas de cabinets chargés de faire pression auprès du Ministère et des RLISS relativement au processus d'affectation des fonds.

Hôpitaux agissant à titre de responsables de la paye pour le compte du Ministère et des RLISS

Comme nous l'avons mentionné plus haut dans notre rapport, le Ministère a porté à l'attention de la Division de la vérification interne de l'Ontario deux contrats à fournisseur unique totalisant environ 950 000 \$ dans le cadre desquels, pour obtenir des services de consultation, il a payé les consultants à partir des fonds d'un paiement de transfert versé à un organisme sans but lucratif. Nous avons également relevé plusieurs situations similaires durant nos visites aux hôpitaux. Dans les cas observés, les consultants ont été sélectionnés, embauchés et gérés par le Ministère ou le RLISS, mais les hôpitaux ont payé les factures des consultants à même des fonds versés par le Ministère ou le RLISS. Les montants versés aux consultants étaient comptabilisés comme des paiements de transfert versés à l'hôpital au lieu de paiements au titre des services de consultation et, par conséquent, ni l'hôpital, ni le Ministère, ni le RLISS n'étaient responsables des ententes contractuelles relatives

aux services de consultation et du respect de la Directive. Par exemple :

- En 2008, le Ministère a signé une entente avec une université pour qu'elle entreprenne, d'avril 2008 à mars 2012, à un coût de 300 000 \$, une étude sur le personnel infirmier affecté aux soins intensifs. L'hôpital avait pour rôle de payer les factures de l'université une fois qu'elles avaient été approuvées par le Ministère, à partir de fonds particuliers fournis par le Ministère. Dans les faits, l'hôpital ne payait pas l'université nommée dans le contrat, mais une personne travaillant pour l'université; or, l'hôpital n'était pas au fait de cette situation. L'hôpital nous a informés qu'il a par la suite communiqué avec l'université en avril 2010 et appris que, depuis 2008, la personne recevant ses paiements endossait les chèques et les faisait parvenir à l'université.
- Un hôpital a reçu un montant de 150 000 \$ en novembre 2008 de la part du RLISS dont il relevait. Le RLISS a ensuite accordé un contrat à fournisseur unique à un cabinet d'experts-conseils pour qu'il effectue, à un coût de 84 000 \$, un examen du service des urgences. Toutes les factures ont été transmises à l'hôpital aux fins de paiement, après avoir été approuvées par le RLISS. Le RLISS a alors demandé à l'hôpital de payer les autres consultants engagés par le RLISS à même le solde de 66 000 \$.

RECOMMANDATION 3

Pour s'assurer que les hôpitaux mettent en oeuvre les politiques, procédures et processus nécessaires à la planification, l'acquisition et la gestion rentables des services de consultation :

- les conseils d'administration des hôpitaux doivent veiller à ce que les récentes politiques obligatoires concernant la chaîne d'approvisionnement pour l'acquisition de biens et de services soient mises en oeuvre

et appliquées, et à ce que des processus d'acquisition concurrentiels soient en place;

- les hôpitaux doivent faire un suivi de leur recours à des consultants et présenter régulièrement aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) des rapports à ce sujet qui montrent leur conformité aux politiques qui s'appliquent et aux saines pratiques opérationnelles du secteur public.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit mettre fin à l'utilisation de fonds relevant des paiements de transfert pour l'acquisition de services de consultation qui lui sont destinés ou qui sont destinés aux RLISS, et il doit évaluer le caractère approprié de l'utilisation de fonds gouvernementaux par les hôpitaux pour engager des consultants afin que ceux-ci exercent des activités de lobbying auprès du Ministère et des RLISS en vue de l'obtention d'un financement accru au titre du fonctionnement et des immobilisations.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux ont souscrit aux questions que nous avons soulevées concernant la nécessité d'améliorer la planification, l'acquisition et la gestion des services de consultation. Ils ont accueilli favorablement nos recommandations, à l'exception peut-être de l'une d'elles; en effet, certains hôpitaux ont remis en question le besoin de soumettre à leur RLISS respectif des rapports détaillés sur leur recours à des consultants. Plusieurs hôpitaux ont suggéré, comme solution de rechange, d'inclure dans l'Entente sur la responsabilisation en matière de services entre le RLISS et l'hôpital une exigence selon laquelle les hôpitaux doivent se conformer entièrement aux nouvelles Lignes directrices en matière de chaîne d'approvisionnement du secteur parapublic, qui englobent les exigences obligatoires en matière d'acquisition et le code d'éthique, ce qui fournirait aux RLISS l'assurance que les hôpitaux respectent les nouvelles politiques.

Nous sommes heureux de constater que presque tous les hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient entrepris de soumettre régulièrement à leur conseil d'administration des rapports sur leur recours à des consultants. Certains hôpitaux ont aussi mentionné qu'ils avaient apporté des améliorations à leurs pratiques depuis la fin de notre vérification.

Plusieurs hôpitaux ont formulé des commentaires relatifs à l'utilisation, par le Ministère et les RLSS, de fonds relevant des paiements de transfert pour acquérir des services de consultation, et ils ont convenu que cette pratique devait cesser. Un hôpital a dit que les pratiques antérieures manquaient de transparence et faisaient souvent intervenir des organismes sur lesquels il avait peu de contrôle relativement aux services fournis et à la façon dont les fonds étaient utilisés.

En ce qui concerne le recours à des lobbyistes, nous avons reçu des réponses variées. La plupart des hôpitaux qui ont formulé des commentaires à ce sujet convenaient qu'il s'agissait d'une utilisation inappropriée des fonds ou, à tout le moins, d'une pratique qui devrait être examinée par le Ministère. Deux hôpitaux nous ont indiqué que leurs activités de lobbyisme visaient à obtenir des fonds du gouvernement fédéral, et un hôpital nous a dit qu'à la suite de notre vérification, il a cessé de recourir à des consultants à des fins de lobbyisme. Un hôpital nous a fait savoir qu'il engageait des consultants spécialisés dans les « relations avec les gouvernements », en fonction des besoins, pour qu'ils fournissent des conseils stratégiques et une orientation uniquement en ce qui a trait aux processus complexes et aux questions de politique, et qu'il n'embauchait pas de consultants ayant pour fonction de faire du lobbyisme

auprès du gouvernement en vue de l'obtention d'un financement accru. Un autre hôpital a mentionné ce qui suit : [traduction] « Nous sommes fermement convaincus que le fait de recourir de façon sélective à des lobbyistes constitue pour nous un excellent investissement, car cela permet d'accéder de façon appropriée et en temps opportun à des décideurs qui peuvent aider notre établissement à atteindre ses objectifs en matière de soins de santé au sein du système de soins de santé provincial. Dans le cas de notre hôpital, le recours à des lobbyistes a concerné uniquement la réalisation de nos projets d'immobilisations. »

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée souscrit à cette recommandation et confirme que les hôpitaux doivent disposer de codes d'éthique relatifs à la chaîne d'approvisionnement, de politiques en matière d'acquisition et de procédures qui soient conformes aux Lignes directrices obligatoires en matière de chaîne d'approvisionnement qui s'appliquent au secteur parapublic. Le Ministère collaborera avec les RLSS et les hôpitaux pour que cette recommandation soit mise en oeuvre.

Le Ministère convient du fait qu'il doit cesser d'utiliser des fonds relevant des paiements de transfert pour acquérir des services, et qu'il doit fournir le financement directement aux bénéficiaires concernés. Le Ministère a renforcé ses processus et ses mesures de contrôle en vue de mettre fin à cette pratique.

Le Ministère convient également du fait que les fonds ministériels ne doivent pas servir à l'exécution d'activités de lobbyisme, et il discutera avec les hôpitaux en vue de régler cette question.