

## Chapitre 3

### Section

### 3.03

# Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'Hôpital de Brampton

## Contexte

Le William Osler Health Centre (WOHC), une des plus grandes associations hospitalières de l'Ontario, sert Etobicoke, Brampton et les environs. Vers la fin des années 1990, la Commission de restructuration des services de santé a reconnu que la région avait besoin d'un nouvel hôpital. En septembre 2000, une société de conseil externe a estimé qu'un hôpital de 716 lits et de 1,275 million de pieds carrés coûterait environ 357 millions de dollars (plus le coût du matériel), si le WOHC était responsable des travaux de conception et de construction.

En mai 2001, le ministre des Finances de l'époque a annoncé que les partenariats entre les secteurs public et privé (P3) devraient être pris sérieusement en considération avant que le gouvernement de l'Ontario affecte des fonds à de nouveaux hôpitaux. Les P3 sont généralement des ententes contractuelles entre le gouvernement et le secteur privé aux termes desquelles des entreprises du secteur privé fournissent des biens et des services, et les différents partenaires partagent les responsabilités et les risques. Dans le cas d'une entente portant sur un hôpital, les partenaires du secteur

privé seraient généralement responsables des coûts de conception et de construction et du financement (et peut-être aussi des coûts d'entretien des installations). L'hôpital rembourserait alors les partenaires en faisant une série de paiements à long terme. Les gouvernements concluent des ententes P3 parce qu'elles leur permettent de transférer les risques au secteur privé, qu'elles permettent aux deux secteurs de miser sur leurs points forts, qu'elles accélèrent les investissements et qu'elles aident à combler l'écart entre les besoins en infrastructure publique et la capacité financière du gouvernement.

En novembre 2001, le gouvernement a approuvé le développement de deux nouveaux hôpitaux à Brampton et Ottawa selon l'approche P3. En août 2003, à la suite d'une demande de propositions (DP), le WOHC a conclu une entente avec The Healthcare Infrastructure Company of Canada (THICC), un consortium regroupant deux sociétés du secteur privé, Ellis Don (entrepreneur en construction) et Carillion Canada Inc. (fournisseur de services non cliniques), et le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario (OMERS). Aux termes de l'entente, THICC assurerait la conception, la construction et le financement d'un nouvel hôpital de 608 lits à Brampton. Le consortium fournirait aussi certains services non cliniques (dont les

services de buanderie, d'entretien ménager, d'alimentation et de sécurité, le transport des patients à l'intérieur de l'hôpital, ainsi que l'entretien et la maintenance des installations) sur une période de 25 ans. Dans l'entente de projet, le WOHC s'engageait à verser des paiements mensuels au consortium du secteur privé sur la période de service de 25 ans commençant à la date d'achèvement des travaux de construction. Le WOHC prévoyait aussi de réaménager un des hôpitaux placés sous son administration, l'Hôpital Memorial de Peel, afin de disposer d'une capacité additionnelle de 112 lits. Ensemble, les deux hôpitaux étaient censés répondre aux besoins projetés de la collectivité en matière de soins de santé.

En octobre 2007, le WOHC a ouvert le nouvel hôpital de 608 lits avec 479 lits en service. Il prévoit de porter ce nombre à 527 en 2009-2010, 570 en 2010-2011, puis 608 en 2011-2012. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a expliqué qu'il avait décidé de procéder ainsi parce que la demande initiale de services de santé n'était pas assez forte pour justifier une exploitation à pleine capacité immédiate, d'autant plus que l'hôpital ne disposait pas des effectifs nécessaires à cette fin à la date de son inauguration.

L'Hôpital Memorial de Peel n'offre pas de services cliniques pour l'instant. Au moment de notre vérification, l'hôpital demeurait ouvert, seul le personnel de sécurité et d'ingénierie étant sur place pour assurer la protection et l'entretien de l'immeuble et de l'équipement. L'avenir du projet sera déterminé par le Ministère, de concert avec le WOHC et son Réseau local d'intégration des services de santé.

## Objectif et portée de la vérification

En ce qui concerne l'exécution et le financement du Projet de l'Hôpital de Brampton (le Projet), notre vérification avait pour objectif de déterminer si les

systèmes et processus en place permettaient de s'assurer que :

- la décision d'utiliser le modèle P3 était étayée par une analyse objective des différentes options;
- tous les risques et enjeux importants avaient été dûment pris en compte dans l'entente finale;
- les dépenses publiques avaient été engagées dans le respect des principes d'économie.

Notre vérification mettait l'accent sur l'entente P3 du Projet. Elle ne s'étendait pas à l'évaluation des services cliniques prévus ou fournis par le nouvel hôpital.

Notre vérification était conforme aux normes professionnelles de l'Institut Canadien des Comptables Agréés pour l'évaluation de l'optimisation des ressources et de la conformité. Nous nous sommes fixé des objectifs, puis nous avons établi des critères de vérification applicables aux systèmes, politiques et procédures clés qui devraient être en place et fonctionner de façon efficace. Nous avons discuté de ces critères avec la haute direction du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et du WOHC. Enfin, nous avons conçu et mis en œuvre des sondages et procédés afin de répondre à notre objectif et à nos critères de vérification.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons interviewé des membres du personnel et des conseillers techniques et financiers engagés par le Ministère et par le WOHC; examiné et analysé les données pertinentes; étudié les rapports et les pratiques des partenariats entre les secteurs public et privé conclus dans d'autres provinces canadiennes, au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Nous avons retenu les services d'un expert indépendant en finances pour qu'il nous aide à aborder certains aspects de notre examen. Nous avons également tenu compte des renseignements qui nous ont été fournis par certains groupes d'intervenants. La plus grande partie de notre travail de vérification a été effectuée à l'administration centrale du WOHC à Brampton.

Vers la fin de nos travaux sur le terrain, nous avons visité et interviewé des employés, des entrepreneurs et des conseillers du nouveau Centre régional de santé de Peterborough. Cet hôpital, construit à peu près en même temps que l'Hôpital de Brampton, suivait le modèle d'approvisionnement traditionnel plutôt que le modèle P3. Nous avons également engagé des discussions avec la direction d'Infrastructure Ontario, un organisme de la Couronne établi en novembre 2005 qui a pour mandat de surveiller l'exécution des projets DMFA de l'Ontario. L'objectif de nos visites à ces deux organismes était de comparer les approches et les pratiques de prestation.

Nous avons coordonné nos travaux avec ceux de deux équipes de la Division de vérification interne de l'Ontario, qui examinaient les processus actuels de gestion des projets DMFA au Ministère et par l'entremise d'Infrastructure Ontario. Ces équipes ont formulé des observations qui, dans certains cas, corroboraient nos conclusions.

## Résumé

Nous avons constaté que le WOHC avait investi beaucoup de temps et d'efforts dans la planification et la mise en œuvre du projet du nouvel hôpital. Le WOHC ne pouvait toutefois pas choisir l'approche d'approvisionnement à adopter. C'est plutôt le gouvernement au pouvoir qui a opté pour le partenariat entre les secteurs public et privé (P3). Nous avons remarqué que les options de rechange, dont l'approvisionnement traditionnel, n'avaient pas fait l'objet d'une analyse coûts-avantages appropriée avant que la décision soit prise. Cette lacune, conjuguée à d'autres préoccupations concernant le premier projet P3 au WOHC, nous a amenés à conclure que le coût global aurait pu être moins élevé si l'hôpital et les services non cliniques connexes avaient été acquis selon l'approche traditionnelle plutôt que l'approche P3 adoptée en l'occurrence.

Cependant, comme dans toute expérience nouvelle, il y a inévitablement des leçons à apprendre. En réponse à nos recommandations relatives aux futurs projets P3 (voir l'Annexe), Infrastructure Ontario, l'organisme de la Couronne aujourd'hui chargé de gérer la majorité des projets d'infrastructure du gouvernement, et les ministères partenaires ont indiqué qu'ils avaient modifié leur façon d'aborder la plupart des points soulevés afin d'accroître le rapport coût-efficacité des projets P3 en cours.

Après avoir donné pour directive au WOHC d'adopter l'approche P3 pour le Projet de l'Hôpital de Brampton, le Ministère lui a demandé de comparer le coût estimatif du Projet si le WOHC – c'est-à-dire le secteur public – l'avait entrepris lui-même au coût des soumissions reçues du secteur privé. Autrement dit, le WOHC devait comparer les coûts estimatifs de l'approvisionnement traditionnel et de l'approche P3. Nous avons toutefois noté que l'évaluation n'était pas basée sur une analyse exhaustive des facteurs pertinents et qu'elle avait été faite trop tard pour pouvoir apporter des modifications ou des améliorations importantes au processus d'approvisionnement. Nos principales préoccupations à cet égard étaient les suivantes :

- En septembre 2000, une société d'experts-conseils engagée par le WOHC a estimé que la conception et la construction d'un nouvel hôpital coûteraient environ 357 millions de dollars au gouvernement (l'estimation a été révisée à 381 millions en octobre 2001). En janvier 2003, une deuxième société d'experts-conseils a estimé le coût à 507 millions de dollars en utilisant une approche semblable (l'estimation a été révisée à 525 millions en novembre 2004). Bien que les coûts de la main-d'œuvre et du matériel aient effectivement augmenté durant cette période, cette augmentation et l'inflation ne suffisaient pas à elles seules à expliquer l'écart substantiel entre les deux estimations. Or, le WOHC n'a pas cherché à déterminer pourquoi l'écart entre les deux estimations indépendantes était si important.

- Le WOHC a ajouté au coût estimatif, pour le gouvernement, de la conception et de la construction d'un nouvel hôpital 67 millions de dollars en risques transférés au secteur privé. Ce montant équivalait à un dépassement de coûts de 13 % selon la méthode de construction traditionnelle. Par ailleurs, étant donné le nombre limité de sociétés ontariennes désireuses ou capables d'entreprendre un projet de cette envergure, les travaux seraient soumissionnés et exécutés par les mêmes sociétés quel que soit le mode d'approvisionnement choisi. Nous nous sommes demandé pourquoi on avait jugé que l'approche de conception et de construction par le gouvernement présentait des risques de dépassement beaucoup plus élevés et pourquoi il faudrait procéder différemment que pour l'approche P3. Le WOHC aurait dû évaluer avec plus de soin dans quelle mesure un contrat bien structuré aux termes d'une entente d'approvisionnement traditionnelle aurait pu atténuer le risque de dépassement des coûts.
  - Nous avons conclu que les coûts d'exécution du projet par le gouvernement avaient été surestimés d'un montant net de 634 millions de dollars (289 millions en dollars de 2003). Certains coûts de conception et de construction avaient notamment été surestimés, et les coûts de certains services non cliniques n'auraient pas dû être inclus dans la comparaison avec les coûts selon la formule P3. Par exemple, des frais d'amortissement avaient été inclus, à tort, parmi les coûts des services non cliniques dans l'estimation du gouvernement. Par ailleurs, le coût des services publics et de l'assurance biens que le WOHC devrait payer, quel que soit le fournisseur de services non cliniques, avait été pris en compte dans l'estimation des coûts de prestation par le gouvernement, mais non dans la soumission selon la formule P3. Le WOHC avait aussi supposé qu'il pourrait transférer les risques de fluctuation des prix au secteur privé. Or, l'entente de projet contenait des dispositions permettant de réviser le prix de ces services après les quatre premières années.
  - Les coûts d'emprunt de la province, qui étaient de 5,45 % au moment de la conclusion de l'entente, étaient inférieurs au coût moyen pondéré du capital facturé par le consortium du secteur privé. Si la province avait financé les travaux de conception et de construction à ce taux plus faible, elle aurait économisé environ 200 millions de dollars (107 millions en dollars de 2004). Cependant, le WOHC n'avait pas pris en compte l'impact de ces économies dans sa comparaison des coûts de l'approche traditionnelle et de ceux du projet P3.
  - Le WOHC et le Ministère ont engagé une soixantaine de consultants juridiques, techniques, financiers et autres à un coût total d'environ 34 millions de dollars, dont 28 millions étaient liés aux travaux associés à l'approche P3 mais sans être inclus dans les coûts de l'entente P3. Nous reconnaissons qu'il sera nécessaire d'obtenir d'autres services professionnels étant donné la nouveauté du processus P3, mais nous restons d'avis qu'une partie substantielle des coûts professionnels liés à l'entente P3 aurait dû être incluse dans la comparaison des coûts.
- Par ailleurs, il nous semblait évident que le personnel et la direction du WOHC avaient fait des recherches approfondies et investi beaucoup de temps et d'efforts tout au long du développement du Projet de l'Hôpital de Brampton. En ce qui concerne la sélection du partenaire du secteur privé, le WOHC a suivi un processus de sélection concurrentiel et pris des mesures appropriées pour s'assurer que le processus était conçu et mis en œuvre de façon équitable envers tous les répondants potentiels, que leur soumission soit retenue ou non. Il n'a toutefois pas appliqué un processus de sélection concurrentiel pour choisir ses conseillers. En effet, plus de 40 % des marchés de conseils échantillonnés étaient à fournisseur unique. De plus, de nombreuses missions de consultation

n'avaient pas de durée déterminée, de budget préétabli ou de prix plafond. Nous reconnaissons que cela était dû en partie au fait qu'il s'agissait d'un projet pilote et à l'incertitude entourant les exigences exactes associées à ses différents aspects.

Le coût total sur la période de construction d'environ trois ans s'élevait à 614 millions de dollars, dont 467 millions pour la conception et la construction à échelle réduite de l'hôpital, 63 millions principalement pour les modifications à apporter aux bâtiments afin de pouvoir installer l'équipement, et 84 millions en frais de financement. Nous avons remarqué qu'une meilleure planification aurait permis d'économiser une partie des 63 millions de dollars affectés aux modifications requises pour installer l'équipement.

Nous avons préparé un ensemble de recommandations (voir l'Annexe) à prendre en compte dans les futurs projets d'infrastructure. Ces recommandations ont été adressées à la direction du WOHC, d'Infrastructure Ontario, du ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure, et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Comme l'indiquent les réponses figurant dans l'Annexe, la direction de ces organismes est d'avis que les processus P3 en vigueur répondent à la plupart de nos préoccupations concernant le premier projet P3 au WOHC.

## RÉPONSE GLOBALE DU WOHC

Le WOHC a pour mission et mandat de fournir des établissements et des services hospitaliers aux collectivités qu'il sert. Comme l'a fait remarquer le vérificateur général, la nécessité d'une plus grande capacité hospitalière dans la région de Brampton est bien documentée. Les installations existantes avaient entre 30 et 80 ans et connaissaient certains problèmes d'infrastructure liés à leur âge.

En concluant une entente avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le WOHC a reconnu que ce projet « pilote » servirait à tester et à améliorer le modèle P3 pour l'avenir du capital hospitalier en Ontario. L'en-

tente était fondée sur les avantages potentiels du modèle P3. Comme le vérificateur général l'indique dans son rapport : « Les gouvernements concluent des ententes P3 ou DMFA parce qu'elles leur permettent de transférer les risques au secteur privé, qu'elles permettent aux deux secteurs de miser sur leurs points forts, qu'elles accélèrent les investissements... »

Étant donné l'envergure du projet du nouvel hôpital, l'entente P3 a permis à l'hôpital et au gouvernement de tirer parti du capital et des investissements du secteur privé dans les nouvelles installations hospitalières et d'améliorer ainsi la qualité des soins de santé fournis à la collectivité plus tôt qu'il aurait été possible avec les capitaux alloués chaque année aux hôpitaux.

Un autre avantage clé de l'approche P3 est que les coûts d'entretien et de remplacement sur le cycle de vie des installations sont intégrés à la transaction. Selon l'approche traditionnelle, les décisions relatives au financement des immobilisations et des opérations sont prises indépendamment les unes des autres. L'approche P3, quant à elle, exige une analyse du financement combiné des immobilisations et des opérations et introduit une rigueur qui n'existait pas toujours auparavant dans l'analyse des coûts du cycle de vie. Il importe de ne pas perdre de vue le fait que les pressions de fonctionnement risquent de limiter les dépenses d'entretien sur le cycle de vie et de faire augmenter les coûts à long terme.

L'inclusion des services non cliniques dans l'entente P3 permettra probablement d'obtenir un meilleur niveau de services non cliniques qu'il aurait été possible autrement. Cette façon de payer l'hôpital et d'obtenir des services représente un avantage important pour la collectivité (inversement, l'incapacité d'adopter cette approche représenterait un coût important, quoique difficile à quantifier).

Le WOHC reconnaît que l'évaluation de l'optimisation des ressources préparée par le WOHC

et ses conseillers professionnels était basée sur l'information disponible à ce moment-là. Des données détaillées sur les anciens projets en immobilisations des hôpitaux de l'Ontario auraient permis de mieux estimer les risques liés aux coûts de conception et de construction, mais cette information n'était pas disponible et les données anecdotiques ne sont pas nécessairement fiables. Nous recommanderions à la province d'établir un cadre et de commencer à recueillir cette information afin d'éclairer les futurs projets.

De plus, l'envergure même du projet signifiait que les cadres stratégiques et décisionnels existants devaient faire face à de nouveaux défis, particulièrement en ce qui concerne :

- la détermination et l'approbation des budgets et des achats de matériel et de TI;
- la détermination et la communication des exigences définitives concernant la part locale;
- la détermination et la cession des installations remplacées.

En fin de compte, le WOHC croit qu'il a su relever ces défis en travaillant en partenariat avec, d'un côté, le Ministère et le gouvernement provincial et, d'un autre côté, le consortium du secteur privé. Une des plus importantes leçons tirées du projet, vu son envergure, est sans doute la nécessité d'une évaluation détaillée de l'état de préparation qui indiquerait les risques liés à l'exécution et les stratégies d'atténuation appropriées. Il faudrait notamment prévoir une équipe de projet expérimentée, une structure détaillée de gouvernance incluant les processus décisionnels du gouvernement, ainsi qu'un plan intégré de mise en service et de transition visant à atténuer les risques et à transférer les services aux nouvelles installations en temps opportun et en toute sécurité.

Le WOHC est d'avis que l'existence d'Infrastructure Ontario et de ses ressources expérimentées chargées d'optimiser le processus P3 actuel

et d'aider le secteur hospitalier à tirer parti de cette approche constitue un précieux avantage, tout comme l'établissement d'une structure standard de gouvernance pour gérer l'approbation des étapes clés des projets et la prise des décisions connexes.

Dans l'ensemble, le WOHC croit avoir généralement atteint son objectif d'améliorer la prestation des services de santé à la population cliente et avoir tiré des leçons de l'expérience.

## Observations détaillées

### APERÇU

Quoique les ententes P3 soient devenues plus courantes ces dernières années, le marché P3 canadien en était encore aux premières étapes de son développement lorsque le gouvernement a donné pour instruction au WOHC de suivre le modèle P3 pour acquérir et financer un nouvel hôpital. Selon le WOHC, l'Hôpital de Brampton était censé être un projet pilote, car il a été l'un des premiers en Ontario à adopter l'approche P3. Le WOHC nous a dit qu'il avait fait des recherches poussées et qu'il avait été guidé par les pratiques P3 privilégiées au Royaume-Uni.

La province a depuis diffusé *Pour un avenir meilleur*, un cadre de développement de l'infrastructure publique qui comporte des lignes directrices régissant la participation du secteur privé à cet égard — connu en Ontario sous le sigle DMFA (diversification des modes de financement et d'approvisionnement). Ce cadre, établi en 2004, repose sur cinq principes fondamentaux : la protection de l'intérêt public; l'optimisation des ressources; le maintien de la propriété et d'un contrôle publics appropriés; la responsabilisation; des processus équitables, transparents et efficaces. Le cadre établit également les principes qui doivent guider l'acquisition :

- Le processus d'acquisition doit être équitable, ouvert et transparent.
- Les possibilités relatives à l'acquisition de l'infrastructure doivent être offertes publiquement, par voie concurrentielle.
- Le processus d'acquisition doit soutenir la participation efficace et rentable des soumissionnaires.
- Les décisions en matière d'acquisition doivent être fondées sur des évaluations de l'optimisation des ressources, la protection de l'intérêt public étant primordiale.
- Les risques doivent être attribués à la partie qui est le mieux en mesure de les gérer.

En novembre 2005, un organisme de la Couronne – Infrastructure Ontario – a été établi et chargé de surveiller l'exécution de tous les projets DMFA de la province. La création d'Infrastructure Ontario faisait suite à *ReNouveau Ontario*, un plan quinquennal annoncé par la province en mai 2005 qui prévoyait l'investissement de plus de 30 milliards de dollars dans l'infrastructure publique d'ici 2010. Ce montant comprenait environ 5 milliards pour les projets liés aux soins de santé, dont beaucoup sont financés aux termes d'ententes DMFA. Tous les projets DMFA doivent faire l'objet d'une analyse d'optimisation des ressources par des consultants indépendants, qui doivent s'assurer que les projets en question représentent des économies potentielles par rapport à l'approvisionnement traditionnel. Au moment de notre vérification, Infrastructure Ontario gérait environ 35 projets DMFA liés aux soins de santé qui en étaient à différentes étapes de mise en œuvre.

Nous reconnaissons que la province a introduit son cadre d'acquisition de l'infrastructure après la finalisation de l'entente P3 sur l'Hôpital de Brampton. En examinant ce projet, nous l'avons comparé aux pratiques exemplaires d'autres administrations et aux principes énoncés dans le cadre de planification *Pour un avenir meilleur*.

## BESOIN D'UN NOUVEL HÔPITAL À BRAMPTON ET DÉCISION D'ADOPTER LE MODÈLE P3

Le besoin d'une capacité hospitalière additionnelle à Brampton a d'abord été reconnu vers la fin des années 1990 par la Commission de restructuration des services de santé, un organisme indépendant établi par le gouvernement de l'Ontario en 1996 pour prendre des décisions concernant la restructuration des hôpitaux publics de l'Ontario et conseiller le ministre de la Santé sur d'autres aspects du régime de soins de santé de l'Ontario. En particulier, le WOHC avait prévu que la population de la région de Brampton augmenterait de 15 000 à 20 000 habitants par année entre 2000 et 2008. En fait, selon les données de Statistique Canada, la population de cette région aurait grossi d'environ 22 000 habitants par année entre 2001 et 2006.

Nous avons constaté que le besoin d'une capacité hospitalière additionnelle dans la région de Brampton avait été clairement démontré et que le WOHC avait investi beaucoup de temps et d'efforts dans la planification et la mise en œuvre du projet du nouvel hôpital. Le WOHC ne pouvait toutefois pas choisir l'approche d'approvisionnement à adopter. Dans une lettre au WOHC datée de février 2002, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée stipulait que le WOHC devait utiliser le modèle P3 dans l'acquisition du nouvel hôpital et qu'il ne pouvait pas envisager d'autres options ni s'écarter du modèle. À ce moment-là, le WOHC avait déjà payé environ 6 millions de dollars pour des conseils techniques surtout liés aux coûts et à la conception architecturale, en préparation pour la conception et la construction du nouvel hôpital selon l'approche traditionnelle suivie pour les marchés de conception-construction.

Étant donné la taille du contrat, les pratiques exemplaires prévoient une analyse de rentabilisation afin d'évaluer les coûts et les avantages respectifs de différents modèles d'approvisionnement et de choisir l'option qui offre la meilleure valeur pour l'argent investi. Une des stratégies proposées est

une évaluation de l'optimisation des ressources qui compare le coût estimatif total de l'exécution traditionnelle d'un projet d'infrastructure par le secteur public selon une approche de conception-construction au coût estimatif du même projet selon le modèle P3. Cette évaluation devrait être effectuée au début du processus, comme il est recommandé, par exemple, dans un guide publié en 2004 par le Trésor du Royaume-Uni selon lequel [traduction] « les évaluations de l'optimisation des ressources doivent être faites le plus tôt possible dans le processus décisionnel, et les ministères doivent conserver la souplesse voulue pour appliquer d'autres formules d'approvisionnement si l'approche P3 n'offre pas la meilleure valeur en contrepartie de l'argent dépensé et ce, à n'importe quelle étape du processus ».

Dans le cas du Projet de l'Hôpital de Brampton, nous avons constaté que le Ministère avait demandé au WOHC de soumettre l'entente P3 à une évaluation de l'optimisation des ressources, mais seulement après avoir pris la décision d'adopter l'approche P3. En fait, l'évaluation a été faite seulement au moment du lancement de la DP initiale en novembre 2002. Il aurait été difficile d'apporter des améliorations significatives à l'entente au moment où le WOHC a commandé l'évaluation, et les soumissionnaires éventuels auraient déjà investi des sommes importantes dans la préparation de leurs offres.

L'évaluation du WOHC ne faisait que fournir un point de référence sur lequel le WOHC et le Ministère pouvaient se fonder pour déterminer si les soumissions reçues étaient raisonnables. Il n'y a pas eu d'évaluation formelle fondée sur une analyse de rentabilisation des critères afin d'aider à déterminer l'option d'approvisionnement offrant la meilleure valeur pour l'argent investi. En particulier :

- Aucune analyse formelle n'a été faite pour déterminer si le marché possédait la capacité voulue et était suffisamment concurrentiel pour que le projet puisse faire l'objet d'une entente P3. Notre examen de l'information disponible donnait à penser que le nombre

d'entrepreneurs en construction de l'Ontario capables ou désireux d'entreprendre un projet d'une telle envergure était limité. Les mêmes sociétés de construction répondraient à la DP et participeraient aux travaux, quelle que soit l'approche d'approvisionnement adoptée par le WOHC.

Le Ministère a demandé au WOHC de faire appel au secteur privé non seulement pour concevoir et construire le nouvel hôpital, mais aussi pour en assurer l'entretien et pour fournir les services non cliniques connexes. Comme la plupart des sociétés du secteur privé se spécialisent dans la construction d'immobilisations ou dans la prestation des services de soutien opérationnel, le mélange des deux limitait encore plus le nombre d'entreprises aptes à exécuter l'entente P3.

- Il n'y a pas eu d'analyse formelle des risques probables de l'approvisionnement traditionnel – par exemple, les risques de dépassement des coûts – et de leur valeur potentielle. Lorsque ces risques sont importants, leur transfert au secteur privé est un avantage clé de l'approche P3. Une analyse de rentabilisation en bonne et due forme aurait nécessité des preuves beaucoup plus claires de la probabilité de dépassements de coûts importants si le WOHC avait adopté une approche traditionnelle de conception-construction. C'est seulement dans de telles circonstances qu'une entente P3 aurait été justifiée pour aider à atténuer les risques.
- Les coûts de l'entente P3 n'ont pas fait l'objet d'une évaluation antérieure. Nous avons appris que le financement du nouvel hôpital était conditionnel à l'adoption du modèle P3 par le WOHC. Quel que soit le modèle choisi, un élément important des coûts est le financement des travaux de construction. À cet égard, le gouvernement aurait pu obtenir un taux de financement plus avantageux en raison de sa cote de crédit. Or, nous avons constaté que le Ministère n'avait pas cherché à



calculer l'écart entre les coûts de financement du secteur public et ceux du secteur privé, ni à déterminer si les coûts additionnels associés à la deuxième option seraient compensés par les risques transférables au secteur privé.

- Les frais de transaction, dont les honoraires des conseillers techniques, juridiques et financiers, constituent un autre élément important des coûts qui a tendance à être plus élevé dans le cadre d'une entente P3 ou DMFA. Nous avons remarqué que l'impact potentiel de ces coûts n'avait pas été évalué.

Comme il est expliqué plus en détail dans les sections qui suivent, nous avons repéré d'autres problèmes qui démontrent l'importance d'une évaluation approfondie des coûts et avantages des différentes formules d'approvisionnement, ainsi que d'une meilleure planification des futurs projets de développement de l'infrastructure.

## COMPARAISON DES COÛTS DE L'APPROVISIONNEMENT TRADITIONNEL ET DE CEUX DU MODÈLE P3

### Aperçu

Comme il est indiqué plus haut, la planification du nouvel hôpital de Brampton a commencé au début de l'an 2000. Comme peu d'hôpitaux avaient été construits au cours des dernières années, il y avait peu d'information disponible sur les coûts de construction. En 2000, afin d'estimer ce qu'il en coûterait au gouvernement pour construire le nouvel hôpital selon le système d'« approvisionnement traditionnel », le WOHC a retenu les services d'un cabinet d'experts-conseils (mètres). Le processus d'estimation est assez standardisé. Il prévoit l'élaboration d'un programme fonctionnel permettant d'obtenir une estimation préliminaire de la superficie requise pour chaque service et multiplie le résultat par le coût estimatif par pied carré. Les frais accessoires et d'autres coûts tels que ceux liés à l'enveloppe de bâtiment, aux aires communes et à l'aménagement du terrain, les dépenses imprévues

et les allocations sont ensuite pris en compte pour arriver à une estimation du coût total. Selon cette méthode, le WOHC a estimé en septembre 2000 qu'un nouvel hôpital de 716 lits et de 1,275 million de pieds carrés coûterait environ 357 millions de dollars au gouvernement. En octobre 2001, ce montant a été révisé à 381 millions de dollars pour refléter les hausses de coût.

En 2002, le Ministère a ordonné au WOHC de fournir une deuxième estimation de ce qu'il en coûterait au gouvernement pour construire l'hôpital en régime d'approvisionnement traditionnel – autrement dit, le coût du projet s'il était pris en charge par le WOHC – afin de permettre une comparaison avec les coûts aux termes d'une entente P3. Le WOHC a demandé à un deuxième consultant d'estimer les coûts en employant une méthode semblable à celle utilisée pour la première estimation.

En janvier 2003, ce deuxième consultant a estimé que la conception et la construction d'un nouvel hôpital de 608 lits et de 1,2 million de pieds carrés coûteraient 507 millions de dollars au gouvernement en régime d'approvisionnement traditionnel. En 2001, le WOHC a étalonné le coût de la prestation des services non cliniques – dont les services de buanderie, d'entretien ménager et d'alimentation – par le Centre lui-même et par dix autres hôpitaux afin d'arriver à une estimation. Ces estimations des coûts selon le système d'approvisionnement traditionnel servaient de base à l'évaluation d'optimisation de l'entente P3 par le WOHC, que le WOHC a commandée par l'entremise d'un consultant financier. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a embauché ses propres consultants pour examiner l'évaluation du WOHC.

En avril 2003, en plus des estimations susmentionnées selon l'approvisionnement traditionnel, le WOHC avait reçu des soumissions du secteur privé aux termes d'une entente P3. Les soumissions, échelonnées sur la durée proposée de l'entente (28 ans, soit 30 mois pour la conception et la construction de l'hôpital suivis d'une période d'entretien de 25 ans), comportaient trois principaux éléments de coût : la conception et la construction;

les services non cliniques; les coûts de financement avec intérêts et dividendes. La Figure 1 compare l'estimation de janvier 2003 selon le système d'approvisionnement traditionnel et la soumission retenue en avril 2003. La soumission et l'estimation ont été mises à jour en novembre 2004, lorsque l'entente P3 a été finalisée.

En novembre 2004, l'estimation mise à jour des coûts de conception et de construction s'élevait à 525 millions de dollars. Le WOHC a quantifié à 67 millions de dollars les risques associés à la conception et la construction qu'il estimait pouvoir transférer au secteur privé aux termes d'une entente P3 et il a ajouté ce montant aux 525 millions de dollars. Le WOHC croyait qu'il s'agissait là d'un « coût » raisonnable à inclure pour tenir compte du risque plus élevé de dépassement des coûts si le gouvernement était responsable des travaux de conception et de construction. Le WOHC a identifié 43 risques, dont le risque que les coûts augmentent en raison d'erreurs de conception ou d'omissions, de l'état du site, de retards dans l'approbation des plans ou l'obtention des permis de construction, des hausses de salaire ou des conflits de travail. Le WOHC a estimé que la construction du nouvel hôpital coûterait au gouvernement un total de 592 millions de dollars (550 millions en dollars de 2004).

Par contraste, le coût en capital du nouvel hôpital dans l'entente P3 que le WOHC a fini par

conclure avec le consortium du secteur privé en novembre 2004 était d'environ 467 millions de dollars (431 millions en dollars de 2004).

La Figure 2 compare les coûts de conception et de construction de l'hôpital par le gouvernement, tels qu'estimés par le WOHC en septembre 2000 et novembre 2004, au montant convenu dans l'entente P3 conclue en 2004 avec le secteur privé. Par rapport à l'estimation de novembre 2004, l'approche P3 semblait beaucoup moins coûteuse à première vue.

Cependant, comme il est expliqué ci-après, nous avons jugé bon d'apporter certains ajustements à l'estimation de novembre 2004. Nous nous sommes également demandé si le WOHC avait bien tenu compte de tous les coûts importants associés à l'entente P3.

Le coût des services non cliniques semblait lui aussi beaucoup plus faible aux termes de l'entente P3 que selon le modèle d'approvisionnement traditionnel, comme le montre la Figure 3. Notre examen indiquait toutefois que le coût de la prestation des services non cliniques par l'hôpital plutôt que par l'entrepreneur P3 avait été surestimé de 582 millions de dollars (245 millions en dollars de 2003).

Étant donné cette constatation et les autres enjeux cernés (exposés en détail dans les sous-sections qui suivent), nous nous sommes demandé si ce premier projet pilote P3 avait effectivement

**Figure 1 : Comparaison par le WOHC des coûts de l'approvisionnement traditionnel et du modèle P3 (en millions de dollars)**

Source des données : WOHC

	Estimation de janvier 2003 selon le modèle d'approvisionnement traditionnel		Soumission P3 choisie en avril 2003	
	Nominal	Dollars de 2003	Nominal	Dollars de 2003
conception et construction <sup>1</sup>	507	465	1 151 <sup>2</sup>	513 <sup>2</sup>
services non cliniques	1 745	687	1 440	612
risque transféré <sup>3</sup>	172	96	s.o.	s.o.
<b>Total</b>	<b>2 424</b>	<b>1 248</b>	<b>2 591</b>	<b>1 125</b>

1. pour un hôpital de 608 lits et de 1,2 million de pieds carrés

2. y compris le financement

3. pour les travaux de conception et de construction (67 millions de dollars), le cycle de vie (2 millions de dollars) et les services non cliniques (103 millions de dollars)

**Figure 2 : Comparaison par le WOHC des coûts de conception et de construction (en millions de dollars)**

Source des données : WOHC

	Coût de conception et de construction par le gouvernement, tel qu'estimé par le WOHC en septembre 2000	Coût de conception et de construction par le gouvernement, tel qu'estimé par le WOHC en novembre 2004		Coût de conception et de construction par le P3, tel que calculé par le WOHC en novembre 2004	
		Nominal	Dollars de 2004	Nominal	Dollars de 2004
conception et construction	357	525	492	467	431
risque transféré	s.o.	67	58	s.o.	s.o.
<b>Total avant les coûts de financement</b>	<b>357</b>	<b>592</b>	<b>550</b>	<b>467</b>	<b>431</b>

Note : L'estimation de septembre 2000 portait sur un hôpital de 716 lits et de 1,274 million de pieds carrés. Celles de novembre 2004 portaient sur un hôpital de 608 lits et de 1,2 million de pieds carrés.

**Figure 3 : Comparaison par le WOHC des coûts des services non cliniques (en millions de dollars)**

Source des données : WOHC

	Coût de la prestation des services par le gouvernement, tel qu'estimé par le WOHC en novembre 2004		Coût de la prestation des services par le P3, tel que calculé par le WOHC en novembre 2004	
	Nominal	Dollars de 2004	Nominal	Dollars de 2004
services non cliniques*	1 997	791	1 536	647
risque transféré	108	43	s.o.	s.o.
<b>Total</b>	<b>2 105</b>	<b>834</b>	<b>1 536</b>	<b>647</b>

\* comprend des coûts du cycle de vie de 107 millions de dollars pour l'approvisionnement traditionnel et de 99 millions de dollars selon le modèle P3

permis de réduire le coût de l'Hôpital de Brampton par rapport à l'approche traditionnelle.

### Estimation des coûts de conception et de construction

Comme le montre la Figure 2, l'estimation de novembre 2004, qui établissait les coûts de conception et de construction à 525 millions de dollars (risque transféré non compris) dépasse de 168 millions de dollars l'estimation initiale de septembre 2000 (357 millions de dollars). Bien que les coûts de la main-d'œuvre et du matériel (dont les prix de l'acier) aient augmenté durant cette période, ces hausses et l'inflation ne suffisaient pas à elles seules à expliquer l'écart entre les deux estimations.

Nous avons comparé les programmes fonctionnels préparés par les deux consultants en matière de coûts et constaté qu'ils étaient généralement comparables. Il y avait toutefois deux secteurs dans lesquels nous avons émis des doutes concernant la grande différence entre les deux estimations :

- *Coût des aires non attribuées telles que les aires communes, les installations fixes et l'enveloppe de bâtiment* – Les représentants de différentes sociétés d'experts-conseils et d'architectes que nous avons interviewés ont indiqué qu'ils avaient l'habitude d'estimer la superficie et le coût des aires non attribuées en multipliant la superficie totale en pieds carrés de tous les services par 26,5 %. Ce pourcentage a été appliqué aux estimations de novembre 2004 et à celle de septembre 2000. Dans les estimations de novembre 2004, cependant,

112 millions de dollars ont été ajoutés pour l'enveloppe de bâtiment, qui est normalement déjà incluse dans la majoration de 26,5 % pour les aires non attribuées. En conséquence de ce montant séparé pour l'enveloppe de bâtiment, le coût des aires non attribuées dans les estimations de novembre 2004 s'élevait à 530 \$ par pied carré, par rapport à 200 \$ par pied carré dans l'estimation de septembre 2000, pour une différence totale d'environ 79 millions de dollars.

- *Réserves pour éventualités* – Les réserves pour éventualités visent à compenser les hausses de coûts en cours de construction de même que les imprévus liés à la conception, à la construction et aux prix. Le consultant engagé par le Ministère avait souligné que le tiers des coûts de conception et de construction par le gouvernement, estimés à 525 millions de dollars en novembre 2004, se composait de réserves pour éventualités. Il a calculé en particulier que les coûts de conception et de construction par le gouvernement pouvaient avoir été surestimés d'un montant net d'environ 40 millions de dollars, mais le Ministère n'a pas assuré de suivi sur ce point auprès du WOHC. Nous étions également d'avis qu'une provision pour éventualités d'un tiers était excessivement élevée, d'autant plus que des réserves distinctes totalisant 67 millions de dollars avaient déjà été constituées pour les risques transférés associés à différentes éventualités.

Une autre préoccupation concernait les 67 millions de dollars en risques transférés ajoutés à l'estimation, faite en novembre 2004, des coûts de conception et de construction par le gouvernement. On a calculé ce montant en se fondant sur le jugement et l'expérience de la direction et des consultants. Étant donné la nature subjective de ces estimations, il est pratiquement impossible de vérifier la validité et l'exactitude des montants calculés. Nous étions préoccupés par le fait que les risques transférés pour ce projet s'élevaient à près de 13 %

des coûts de conception et de construction par le gouvernement, estimés à 525 millions de dollars en novembre 2004. Par comparaison, les dépassements de coûts réels (une importante composante du transfert des risques) liés à la conception et la construction du Centre régional de santé de Peterborough – un hôpital construit selon l'approche de l'approvisionnement traditionnel durant la même période – équivalaient à environ 5 % de la valeur totale du contrat.

Un autre point à noter à cet égard est le nombre limité d'entrepreneurs en construction sur le marché ontarien qui sont en mesure de fournir des services aux grands projets d'immobilisations tels que le nouvel hôpital de Brampton. Les travaux seraient soumissionnés et exécutés par les mêmes architectes et sociétés de construction, quelle que soit l'approche d'approvisionnement choisie. Nous nous sommes donc demandé pourquoi les risques de dépassement étaient censés justifier l'ajout de 13 %, ou 67 millions de dollars, au coût estimatif selon l'approche traditionnelle. Lors de la quantification et de l'attribution des risques transférables, le WOHC aurait dû faire preuve d'une plus grande prudence dans l'évaluation et la documentation de l'effet modérateur d'un contrat d'approvisionnement traditionnel bien structuré sur les risques de dépassement des coûts.

Le consultant engagé par le Ministère pour examiner l'estimation du WOHC a indiqué que les coûts de conception et de construction par le gouvernement pouvaient avoir été surestimés d'un montant total net de près de 44 millions (en dollars de 2003). En nous fondant sur l'analyse qui précède, nous croyons que la surévaluation pourrait être encore plus élevée.

### Estimation du coût des services non cliniques

Selon l'entente P3 du Projet, le consortium du secteur privé est chargé de fournir les services non cliniques, dont les services de buanderie et d'entretien ménager, le transport des patients à l'intérieur

de l'hôpital, la préparation des aliments pour les patients et d'autres parties, la gestion du matériel, la sécurité, le fonctionnement et l'entretien des installations. Comme dans la comparaison des coûts de conception et de construction, le coût de ces services non cliniques semblait lui aussi beaucoup moins élevé aux termes d'une entente P3 qu'en régime d'approvisionnement traditionnel, comme le montre la Figure 3. Notre examen indiquait toutefois que le coût de la prestation de ces services par l'hôpital même plutôt que dans le cadre d'un contrat P3 avait été surestimé de 582 millions de dollars (245 millions en dollars de 2003). Nous avons revu nos calculs avec un expert en évaluation d'entreprise, qui s'est dit d'accord avec notre évaluation.

Nous avons relevé quatre postes qui auraient dû être exclus de l'analyse par le WOHC du coût estimatif de la prestation des services par le gouvernement et deux autres qui auraient dû s'y ajouter. Le consultant du Ministère a lui aussi signalé plusieurs de ces postes; le WOHC n'a toutefois pas donné suite à ses préoccupations.

Les postes suivants n'auraient pas dû être inclus dans le coût estimatif de la prestation des services par le gouvernement :

- *308 millions de dollars (134 millions en dollars de 2003) pour l'amortissement des éléments mécaniques et électriques* – Ce poste est déjà inclus dans le coût estimatif des travaux de conception et de construction et de la gestion du cycle de vie des principaux sous-systèmes d'immeuble.
- *203 millions de dollars (88 millions en dollars de 2003) pour les services publics et l'assurance sur les biens* – Sur la durée de l'entente, ces coûts doivent être payés directement par le WOHC, que le fonctionnement de l'hôpital relève du WOHC ou du secteur privé. Ces coûts ne doivent donc pas être inclus dans le coût estimatif de la prestation des services par le gouvernement.
- *83 millions de dollars (36 millions en dollars de 2003) pour le taux d'inflation annuel de 3,6 %*

*entre 2001 et 2007* – Le WOHC a utilisé un taux d'inflation annuel de 3,6 % pour établir des données repères sur les dépenses des autres hôpitaux, qui ont servi à calculer le coût estimatif de la prestation des services par le gouvernement. Comme ces dépenses étaient surtout salariales, nous avons examiné les ententes conclues entre l'hôpital et ses syndicats et noté qu'un taux d'inflation de 2 % pour la période aurait été plus approprié. Le WOHC n'a pas été capable de justifier le taux plus élevé utilisé.

- *95 millions de dollars (34 millions en dollars de 2003) pour les risques de fluctuation des prix découlant d'une erreur d'estimation et/ou de l'inflation* – Pour calculer le coût de la prestation des services non cliniques par le gouvernement, le WOHC a évalué le risque de fluctuation des prix découlant d'une erreur d'estimation et/ou de l'inflation à 108 millions de dollars (43 millions en dollars de 2003) sur la durée de 25 ans de l'entente sur le projet. Cette entente prévoyait toutefois des analyses comparatives et des tests de marché permettant de réviser le prix des services de soutien après les quatre premières années. Ainsi, le risque est transféré seulement pour la période initiale visée par l'entente. Sur la valeur totale de 108 millions de dollars en risques transférés, 95 millions de dollars (34 millions en dollars de 2003) se rapportait aux années suivant l'entrée en vigueur des dispositions sur la révision des prix et aurait dû être exclu du coût estimatif de la prestation des services par le gouvernement.

Par ailleurs, nous avons noté deux éléments de coût qui auraient dû être inclus dans le coût estimatif de la prestation des services par le gouvernement :

- Les volumes utilisés pour estimer les coûts de la prestation par le gouvernement des services de buanderie, d'alimentation et de transport des patients à l'intérieur de l'hôpital étaient inférieurs aux volumes prévus dans

l'entente signée à la fin de l'exercice. Si les volumes réellement prévus dans l'entente signée avaient été utilisés, le coût estimatif de la prestation des services par le gouvernement aurait augmenté de 89 millions de dollars (39 millions en dollars de 2003).

- Les 18 millions de dollars (8 millions en dollars de 2003) en coûts associés à la prestation des services d'alimentation et de gestion du matériel à l'autre hôpital du WOHC, l'Hôpital général d'Etobicoke, ont été soustraits du coût estimatif de la prestation des services par le gouvernement. Ce montant devrait être rajouté parce que, dans cet hôpital, les services en question sont encore fournis par le consortium du secteur privé aux termes de l'entente signée.

Nous croyons que le coût total estimatif de la prestation des services non cliniques par l'hôpital même (plutôt que leur impartition dans le cadre du contrat P3) a été surestimé d'au moins 245 millions (en dollars de 2003).

Outre la surestimation nette susmentionnée, le coût estimatif de la prestation des services non cliniques par le WOHC même (plutôt que dans le cadre du contrat P3) était plus élevé que le coût moyen de ces services dans les dix autres hôpitaux de l'analyse comparative. Le WOHC a attribué cette hausse au fait que les nouveaux hôpitaux coûtent plus cher à administrer. Le consultant du Ministère a toutefois été incapable de justifier cette explication et a indiqué que la prestation des services non cliniques par le WOHC même aurait coûté 126 millions de dollars (42 millions en dollars de 2003) de moins si le calcul avait été basé sur la moyenne des coûts dans les dix hôpitaux.

### Coûts de transaction non pris en compte dans l'évaluation du WOHC

Dans le cadre de l'entente P3, le WOHC et le Ministère ont engagé une soixantaine de consultants juridiques, techniques, financiers et autres à un coût total d'environ 34 millions de dollars, dont

le WOHC avait déjà dépensé à peu près 6 millions lorsque le gouvernement a imposé l'approche P3. La différence de 28 millions de dollars n'était pas incluse dans le calcul des coûts de l'approche P3.

### Coûts estimatifs ajustés après vérification

Comme le montre la Figure 1, la comparaison des coûts du WOHC indiquait clairement que l'approche P3 coûterait beaucoup moins cher que l'approche traditionnelle. Cependant, si l'on apporte les ajustements mentionnés plus haut pour obtenir un coût estimatif qui nous semble plus représentatif – comme nous l'avons fait dans la Figure 4 – il est évident que le système d'approvisionnement traditionnel aurait pu coûter moins cher.

### Quand et comment comparer les coûts

#### Quand comparer les coûts

Le WOHC a estimé les coûts et le Ministère a examiné ses estimations seulement après les étapes critiques du processus d'approvisionnement P3 du Projet. Leurs efforts n'ont donc pas été très utiles pour suggérer des améliorations possibles au processus. De plus, comme la décision d'adopter l'approche P3 avait déjà été prise, les estimations et les examens risquaient de favoriser l'approche P3 par rapport à l'approvisionnement traditionnel.

**Figure 4 : Notre comparaison du total des coûts après les redressements de vérification (en millions de dollars de 2003)**

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

	Coût estimatif selon l'approvisionnement traditionnel	Coût P3
évaluation du WOHC	1 248	1 125
redressements fondés sur notre travail de vérification <sup>1</sup>	(289)	28
<b>Total ajusté</b>	<b>959</b>	<b>1 153</b>

1. Nos redressements à l'estimation selon l'approvisionnement traditionnel comprennent 44 millions de dollars estimés en trop par le consultant du Ministère pour la conception et la construction et 245 millions de dollars estimés en trop pour les services non cliniques.

La première estimation des coûts en régime d'approvisionnement traditionnel sous la direction du WOHC a été produite en janvier 2003, à un moment où l'évaluation des soumissions présentées en réponse à la DP initiale était bien avancée. En conséquence des retards dans la finalisation des modalités du projet, le WOHC a révisé son estimation en novembre 2004, après le choix du soumissionnaire et la conclusion des négociations. Les estimations initiale et révisée indiquaient toutes deux que l'entente P3 était plus avantageuse que l'approvisionnement traditionnel.

Lorsque le Ministère a finalisé son examen initial de l'analyse comparative du WOHC en mars 2003, les soumissions présentées en réponse à la DP initiale avaient déjà été évaluées. Le Ministère a mis à jour son examen initial en janvier 2005, deux mois après la signature de l'entente entre le WOHC et le soumissionnaire retenu. En fait, la direction du WOHC ne savait pas que le Ministère avait produit un rapport mis à jour au moment où nous avons porté ce fait à son attention.

### Comment comparer les coûts

Lorsqu'il a comparé les coûts de conception et de construction des deux options, le WOHC a supposé qu'il n'y aurait pas de financement si le gouvernement prenait le projet en charge, mais que l'entente P3 serait financée sur une période de 25 ans. Il justifiait cette hypothèse en faisant remarquer que, dans le passé, les hôpitaux devaient disposer de leur part des coûts avant que le Ministère approuve le projet.

Les gouvernements ont la capacité et la possibilité de financer des projets et ils obtiennent généralement un taux d'intérêt plus avantageux que les emprunteurs du secteur privé. Le coût d'emprunt de la province, qui s'élevait à 5,45 % au moment de la signature de l'entente, était inférieur au coût du capital moyen pondéré demandé par le consortium du secteur privé. Si la province avait financé les coûts de conception et de construction selon les mêmes modalités que le partenaire du secteur privé

mais en tirant parti de son taux d'intérêt plus faible, elle aurait pu économiser environ 200 millions de dollars (107 millions en dollars de 2004) sur la durée de l'entente. Lorsque le WOHC et le gouvernement ont conclu l'entente de projet P3, ils ont reconnu que les coûts de financement de l'entente étaient plus élevés que ceux de l'approvisionnement traditionnel, mais en supposant que les risques transférés au consortium du secteur privé, à eux seuls ou avec d'autres avantages, compenseraient la différence de coût. Cependant, comme il est expliqué plus haut, nous avons mis en doute l'envergure des avantages perçus découlant du transfert du risque de dépassement des coûts et d'autres risques parce qu'un processus contractuel concurrentiel pourrait atténuer beaucoup de ces risques.

En réponse aux commentaires figurant dans cette section, le WOHC nous a dit qu'il avait fondé sa comparaison sur l'information disponible et qu'il n'existait aucun cadre ou modèle au moment de son analyse. Il croit que le processus actuel s'est beaucoup amélioré, mais qu'il faut encore des méthodes plus formelles et des données comparables pour évaluer les risques et mesurer la valeur relative de chaque mode d'approvisionnement.

## HAUSSES DE COÛTS FAISANT SUITE AU CHOIX DU SOUMISSIONNAIRE

En avril 2003, lorsque le WOHC a choisi le soumissionnaire gagnant, le montant attribué à la conception et la construction du nouvel hôpital s'élevait à 427 millions de dollars. Il a été convenu par la suite d'apporter des modifications mineures totalisant 8 millions de dollars à la portée du projet. Le WOHC a convenu d'assumer les coûts de construction de la structure de stationnement (32 millions de dollars), que le consortium avait accepté de construire, en échange des revenus de stationnement connexes que le consortium aurait reçus. Les revenus de stationnement nets sur la durée de l'entente étaient censés compenser les coûts de construction additionnels. En conséquence de ces modifications, les coûts de conception et de

construction ont augmenté de 40 millions de dollars, pour atteindre 467 millions de dollars.

Étant donné le changement de gouvernement, les mesures prises par les syndicats et par une coalition d'organismes communautaires, et les complications associées à la finalisation des dispositions financières, il s'est écoulé près de 20 mois entre la sélection du soumissionnaire gagnant et la signature de l'entente en novembre 2004. Ce retard a amené le consortium à réclamer des fonds additionnels au WOHC pour compenser la hausse des coûts de construction. Le WOHC a retenu les services d'une société d'experts-conseils pour qu'elle examine la demande du consortium, et les deux parties ont convenu d'économiser 16 millions de dollars en réduisant la portée originale du projet. Les modifications importantes comprenaient l'élimination du centre de soins ambulatoires (et le transfert des services à une autre partie de l'hôpital), d'un immeuble administratif de 32 000 pieds carrés et de 130 places de stationnement. Le consortium a aussi demandé des fonds additionnels pour les services non cliniques étant donné les rajustements en fonction de l'inflation, les primes d'assurance supplémentaires et d'autres facteurs. Nous avons examiné les demandes et nous les avons jugées généralement raisonnables.

Nous avons toutefois noté que la planification de l'installation de l'équipement médical et informatique n'était pas intégrée au processus de construction. Résultat : en sus des coûts de conception et de construction, le WOHC a payé 63 millions de dollars pour apporter des modifications de nature surtout mécanique et électrique au nouvel immeuble afin de permettre l'installation de l'équipement médical. Bien que de telles modifications ne soient pas rares dans la construction des hôpitaux, la proportion des coûts qu'elles représentent est généralement beaucoup plus faible, comme nous l'avons constaté lors de notre visite au Centre régional de santé de Peterborough. Le WOHC a reconnu qu'une meilleure planification lui aurait permis d'éviter une partie de ces coûts.

Le nouvel hôpital a ouvert ses portes en juillet 2007. Sur la période de construction d'environ trois ans, le total des coûts s'élevait à 614 millions de dollars, dont 467 millions de dollars en coûts de conception et de construction à échelle réduite pour l'hôpital, 63 millions de dollars surtout pour les modifications à apporter aux immeubles afin de permettre l'installation de l'équipement, et 84 millions de dollars en frais de financement durant la période de construction.

## LE PROCESSUS D'APPEL D'OFFRES

### Sélection de l'entrepreneur P3

Le WOHC a suivi un processus de sélection concurrentiel en quatre étapes :

- *Demande d'expression d'intérêt (DEI)* – La DEI sondait le degré d'intérêt des sociétés ou consortiums pour la transaction P3. Vingt-trois (23) sociétés ou consortiums ont répondu à la DEI.
- *Demande de qualifications (DQ)* – La DQ demandait aux sociétés ou consortiums intéressés de fournir des énoncés de leurs qualifications afin de pouvoir passer à l'étape suivante. Les quatre parties qui ont répondu à la DQ sont toutes passées à l'étape suivante du processus.
- *Demande de propositions – étape 1 (DP 1)* – On a demandé aux quatre parties jugées admissibles à l'étape de la DQ de présenter des soumissions détaillées avec le prix demandé. Les quatre parties en question ont répondu, le WOHC a évalué leurs soumissions, et les soumissionnaires ayant obtenu les deux meilleures notes sont passés à l'étape suivante.
- *Demande de propositions – étape 2 (DP 2)* – On a demandé aux deux soumissionnaires retenus de présenter de nouveau leurs propositions en tenant compte des suggestions formulées à l'étape 1. Les deux soumissionnaires ont répondu et, après avoir évalué leurs



soumissions, le WOHC a choisi l'un d'eux et gardé l'autre en réserve.

Comme il est indiqué plus haut, 23 sociétés ou consortiums ont présenté une soumission initiale en réponse à la DEI, mais seulement quatre consortiums ont pu soumettre une proposition. Le WOHC a expliqué que le processus P3 était alors nouveau en Ontario et que le manque de préparation du marché limitait le nombre de sociétés capables de présenter une soumission. À cet égard, nous croyons que le regroupement des travaux de conception et de construction et des services non cliniques dans l'entente P3 aurait pu limiter encore plus le nombre de sociétés capables de soumissionner le contrat P3 dans son entièreté.

Le WOHC a retenu les services d'un cabinet comptable pour surveiller le processus de sélection de l'entrepreneur P3 et déterminer s'il avait été conçu et mis en œuvre de manière équitable envers tous les répondants potentiels, que leur soumission ait été retenue ou non. Le cabinet a conclu que, malgré certains écarts, le processus était généralement équitable envers tous les répondants.

### Engagement de conseillers

Entre 2000 et 2007, le WOHC et le Ministère ont engagé près de 60 conseillers juridiques, techniques, financiers et autres à un coût d'environ 34 millions de dollars dans le cadre du Projet de l'Hôpital de Brampton. La valeur des missions confiées variait entre quelques centaines de dollars et près de 10 millions de dollars. La vaste majorité des conseillers ont été engagés par le WOHC pour aider à rédiger l'entente de projet, donner des conseils financiers, ou contribuer à la préparation des spécifications applicables aux bâtiments et aux services du nouvel hôpital. La Figure 5 montre la ventilation du montant payé à ces conseillers par type de conseiller.

Selon la politique d'approvisionnement du WOHC, un processus concurrentiel doit être suivi lorsque la valeur annuelle prévue d'un produit ou service dépasse 50 000 dollars. Nous avons constaté

**Figure 5 : Conseillers engagés par le WOHC et le Ministère**

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Type de conseiller	Nombre de conseillers	Total payé (en millions de dollars)
juridique	9	12,8
technique	12	12,7
financier	9	4,9
autre	28	3,5
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>33,9*</b>

\* Sur ce total, 6 millions de dollars ont été payés à deux conseillers techniques avant qu'il soit décidé d'adopter le modèle P3.

que, pour beaucoup de conseillers engagés dans le cadre de l'entente de projet P3 pour l'Hôpital de Brampton, le WOHC n'avait pas suivi un processus d'approvisionnement concurrentiel, alors que la valeur de la mission dépassait ce seuil. Dans d'autres cas, le WOHC semblait avoir suivi un processus concurrentiel, mais il n'a pas été capable de fournir des documents justificatifs à l'appui.

Nous avons prélevé un échantillon de conseillers et constaté que plus de 40 % d'entre eux étaient des fournisseurs uniques. Des 60 % qui restent, il ne semblait pas y avoir eu d'appel d'offres dans la plupart des cas. Le WOHC nous a dit qu'il avait suivi un processus concurrentiel dans certains cas mais qu'il était incapable de trouver la documentation à l'appui.

Beaucoup de missions de consultation n'avaient pas de durée déterminée, de budget préétabli ou de prix plafond. Le WOHC nous a informés que les missions n'avaient pas de durée déterminée parce que le projet P3 pour l'Hôpital de Brampton était un projet pilote et que l'hôpital était incertain des exigences exactes liées aux différents aspects du projet. Néanmoins, il est extrêmement difficile de surveiller le travail des conseillers et de déterminer si les factures sont raisonnables lorsque les produits livrables et les coûts estimatifs des missions ne sont pas clairement définis.

## GESTION DES CONTRATS DE SERVICES NON CLINIQUES

### Entente de projet et surveillance du rendement

Dans l'ensemble, nous avons remarqué que l'entente de projet entre le WOHC et le partenaire du secteur privé contenait des dispositions visant à protéger l'hôpital contre les risques tels que les retards dans la construction de l'hôpital et les perturbations majeures dans la prestation des services non cliniques au cours de la période visée par l'entente, découlant d'une faute majeure ou de l'insolvabilité du partenaire du secteur privé.

En ce qui concerne la prestation des services non cliniques, l'entente de projet spécifiait que le partenaire du secteur privé devait maintenir des normes de service détaillées. Pour surveiller ces normes de service, le partenaire du secteur privé doit établir une ligne directe pour le personnel, les visiteurs et les patients du WOHC; mener des sondages périodiques sur la satisfaction des utilisateurs; et assurer une surveillance à l'interne en déclarant les interruptions de service au WOHC sur une base mensuelle. Les interruptions de service sont les événements qui ont un effet nuisible important sur la capacité du WOHC à offrir des services cliniques au nouvel hôpital ou qui causent le décès d'une personne ou une blessure grave; elles comprennent généralement le défaut de fournir des services conformément aux spécifications. Aux termes de l'entente, le WOHC peut réduire les paiements mensuels en cas d'interruption de service.

L'entente de projet permet au WOHC de vérifier environ tous les trois mois les systèmes d'assurance de la qualité et de gestion du partenaire du secteur privé, y compris les plans de service pertinents ainsi que les manuels et procédures utilisés par l'entrepreneur. Le WOHC peut aussi effectuer d'autres vérifications périodiques ou ponctuelles s'il le juge approprié, et il peut examiner le rendement du partenaire du secteur privé.

Au moment de notre vérification, le partenaire du secteur privé avait établi la ligne directe et

présentait des rapports mensuels de surveillance du rendement. L'entrepreneur a également mené le premier sondage sur la satisfaction des utilisateurs en février 2008. Le WOHC a indiqué qu'il était en train d'établir des procédures pour la surveillance formelle du rendement du partenaire du secteur privé.

### Volumes de service

L'entente de projet établissait des volumes de service repères pour certains services non cliniques (linge de maison et buanderie, alimentation des patients et gestion du matériel). L'entrepreneur doit présenter des factures mensuelles fondées sur ces volumes repères. Pour chaque mois durant lequel les volumes réels sont inférieurs à 95 % ou supérieurs à 105 % des volumes repères, un taux unitaire doit être appliqué à la différence, afin de calculer les ajustements à apporter aux paiements. Nous avons remarqué qu'aucun ajustement n'avait été apporté au cours du premier trimestre suivant l'ouverture de l'hôpital. Le WOHC nous a informés qu'il prévoyait d'apporter ces ajustements le 31 mars 2008, qui correspond à la fin de l'exercice financier de l'hôpital. Selon l'entente de projet, le WOHC peut vérifier les volumes déclarés par l'entrepreneur; l'hôpital n'avait toutefois pas établi de procédures de vérification précises.

À l'heure actuelle, le transport des patients à l'intérieur de l'hôpital n'est pas assujéti à ces ajustements trimestriels. Le prix que le partenaire du secteur privé peut demander pour ce service est fixé dans l'entente, et aucun ajustement n'est permis, sauf si le contrat est modifié. Le prix demandé par l'entrepreneur, fondé sur le volume d'environ 56 000 tâches de transport par année d'abord estimé par le WOHC dans la DP, s'établissait à environ 9,3 millions de dollars pour les quatre premières années, après quoi le prix des services de soutien non cliniques pourra être modifié (voir la section Estimation des coûts des services non cliniques). Au moment de notre vérification, le WOHC et l'entrepreneur envisageaient de modi-

fier l'entente de projet afin de tenir compte des grandes différences entre le nombre réel de tâches de transport et le nombre estimé dans la DP. L'entrepreneur proposait d'établir des volumes repères pour le transport qui variaient entre les 194 000 déplacements projetés – ce qui correspond à une hausse d'environ 250 % – pour 2007-2008 et les 246 000 déplacements projetés pour 2011-2012. Si les volumes réels dépassaient les volumes repères, il aurait droit à un paiement additionnel. À la fin de nos travaux sur le terrain, le WOHC et le partenaire du secteur privé poursuivaient les négociations sur ce point.

## PART LOCALE DES COÛTS D'IMMOBILISATIONS

Lorsque l'hôpital a ouvert ses portes en octobre 2007, certains se demandaient si le WOHC serait en mesure de payer la part locale des coûts d'immobilisations. En fait, il manquait des fonds, et le WOHC a demandé au Ministère de réviser la part locale. Dans l'annexe, nous recommandons notamment au Ministère de s'assurer que les hôpitaux ont mis en place un plan réaliste pour relever la part locale convenue avant d'approuver les projets.

Selon l'entente de financement conclue en 2004 avec la province, la part locale des coûts d'immobilisations de 1,3 milliard de dollars sur 25 ans que le WOHC devait payer s'élevait à 452 millions de dollars, ou environ 30 %. Le Ministère a octroyé au WOHC un crédit d'ajustement de la valeur égal à la différence entre le coût estimatif des travaux de conception et de construction par le gouvernement et le prix demandé par le soumissionnaire P3 choisi, qui tournait autour de 164 millions de dollars, ainsi que d'autres crédits totalisant près de 40 millions de dollars, réduisant la part locale à 248 millions de dollars. Au moment de notre vérification en 2008, le WOHC demandait au Ministère de retrancher 119 millions de dollars additionnels de la part locale des coûts d'immobilisations pour la construction du nouvel hôpital, qui passerait ainsi de 248 à 129 millions de dollars.

Outre les coûts d'immobilisations en construction, le WOHC avait engagé plus de 240 millions de dollars en coûts d'équipement et d'installation pour l'hôpital. Le Ministère avait auparavant accepté de payer plus de 175 millions de dollars au titre des coûts d'équipement et d'installation, laissant à WOHC le soin de fournir les 65 millions de dollars restants.

Vers la fin de notre vérification, le WOHC nous a informés qu'il avait assemblé des fonds d'environ 175 millions de dollars auprès des sources suivantes, ce qui laisse un manque à gagner – en supposant que sa demande est approuvée par le Ministère – d'environ 19 millions de dollars (129 millions de dollars + 65 millions de dollars = 175 millions de dollars) :

- Région de Peel – 37 millions de dollars
- revenus auxiliaires (provenant surtout des droits de stationnement) – 70 millions de dollars
- intérêts – 34 millions de dollars
- dons – 35 millions de dollars

Aux termes de la plus récente proposition du WOHC, et conformément au processus d'examen et d'ajustement des contributions prévu dans l'entente de financement, le Ministère financerait maintenant environ 90 % (1,3 milliard de dollars moins 129 millions de dollars sur les 25 années du contrat) des coûts d'immobilisations de l'hôpital. En outre, en vertu d'une entente existante, le Ministère financera environ 70 % (175 sur 240 millions de dollars) du coût de l'équipement.

## TRANSPARENCE ET RESPONSABILISATION

Dans les transactions P3 telles que celle conclue par le WOHC et la province pour l'Hôpital de Brampton, il faut concilier le droit des contribuables à connaître le coût et d'autres détails de la transaction avec le désir du partenaire du secteur privé de protéger les renseignements de nature exclusive. Au moment où le WOHC a conclu la transaction P3, il n'y avait pas de politique standard sur les pratiques de

divulgarion spécifiques aux ententes P3. Certains intervenants se sont dits préoccupés par le secret commercial entourant l'entente P3, bien que le WOHC ait révélé certains détails de la transaction dans ses états financiers publiés. Ces détails incluaient l'obligation totale envers le partenaire du secteur privé aux termes de l'entente P3, les coûts de conception et de construction, le taux d'intérêt sur le financement et le coût total des services non cliniques que le partenaire du secteur privé doit fournir sur la durée de l'entente. Le WOHC a également affiché un résumé de l'entente de projet sur son site Web.

D'autres renseignements et documents financiers, dont certains aspects des appels d'offres et des évaluations de l'optimisation des ressources, pourraient toutefois être mis à la disposition du public sans que soient révélés les renseignements commerciaux de nature exclusive. L'établissement d'une politique standard sur les pratiques en matière de divulgation est d'autant plus important que le gouvernement a conclu d'autres ententes P3 ou DMFA. Une approche uniforme à cet égard aidera non seulement à assurer la transparence mais aussi à rassurer les partenaires du secteur

privé sur ce qui peut être divulgué et ce qui doit rester confidentiel. Nous notons d'ailleurs que Partnerships BC, l'organisme chargé de gérer les partenariats entre les secteurs public et privé au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique, a affiché des lignes directrices en matière de divulgation sur son site Web. Ces lignes directrices, fondées sur les principes de la concurrence et de la transparence, recommandent les informations à divulguer à chaque étape du processus d'approvisionnement P3. Infrastructure Ontario a indiqué qu'elle avait élaboré une politique interne en matière de divulgation et que cette politique dictait les documents clés à afficher sur son site Web aux étapes importantes du projet, comme la demande de propositions, l'entente de projet et le rapport d'optimisation des ressources. Pour améliorer les pratiques de divulgation, l'organisme devrait envisager d'afficher également sur son site Web les normes et les critères de divulgation énoncés dans sa politique, ainsi que d'autres renseignements pertinents sur chaque projet, comme les rapports d'étape de même que l'estimation provisoire et l'état final des coûts.

## Annexe – Recommandations concernant les futurs projets de développement de l'infrastructure P3

Enjeux cernés dans l'examen du Bureau du vérificateur général	Leçons apprises et recommandations	Réponse et pratiques en vigueur Infrastructure Ontario/MEI <sup>1</sup> /MSSLD <sup>2</sup> /WOHC
<b>Décision d'adopter le modèle P3</b>		
1. Il n'y a pas eu d'évaluation formelle des coûts et avantages respectifs des différentes options d'approvisionnement.	Les coûts et avantages respectifs des différentes options d'approvisionnement doivent être évalués. Il faut envisager d'étendre la participation et l'expertise d'Infrastructure Ontario à tous les projets d'infrastructure.	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure recommande d'investir dans des projets particuliers par le biais du processus de planification de l'infrastructure, qui fait partie du processus annuel de planification budgétaire. Chaque projet est évalué par rapport aux priorités stratégiques afin d'en assurer la conformité à ReNouveau Ontario, le plan gouvernemental prévoyant l'investissement de 30 milliards de dollars sur cinq ans dans l'infrastructure. Les décisions en matière d'investissement sont prises indépendamment de l'évaluation des options d'approvisionnement. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure procède aussi à une évaluation préliminaire des projets afin de déterminer s'ils peuvent se prêter à la diversification des modes de financement et d'approvisionnement (DMFA) et s'ils devraient être attribués à Infrastructure Ontario.</p> <p>Lorsqu'un projet lui est confié, Infrastructure Ontario effectue une évaluation de l'optimisation des ressources pour comparer les coûts et avantages de l'approvisionnement traditionnel et de l'approche DMFA. Une évaluation de l'optimisation des ressources précède le lancement d'une demande de propositions. Certains projets DMFA sont redevenus des projets traditionnels à la suite de l'évaluation de l'optimisation des ressources.</p>
2. Le nombre d'entrepreneurs ontariens qui sont en mesure d'entreprendre de grands projets institutionnels est limité. Le regroupement des services d'immobilisations et de soutien opérationnel pourrait avoir sapé davantage la concurrence et nuï à l'optimisation des ressources.	Il faut procéder à une évaluation globale du marché avant d'opter pour une entente DMFA.	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>Depuis sa création, Infrastructure Ontario procède systématiquement à des évaluations de marché et des consultations pour s'assurer qu'il existe une capacité appropriée sur le marché. Le plan de gestion du portefeuille est examiné et ajusté à intervalles fréquents pour tenir compte de la capacité des entrepreneurs, des sous-traitants, des prêteurs, des investisseurs, des services d'entretien, etc.</p>

1. Ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure

2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Enjeux cernés dans l'examen du Bureau du vérificateur général	Leçons apprises et recommandations	Réponse et pratiques en vigueur Infrastructure Ontario/MEI <sup>1</sup> /MSSLD <sup>2</sup> /WOHC
<b>Évaluation de l'optimisation des ressources</b>		
3. L'évaluation de l'optimisation des ressources (EOR) n'était pas fondée sur une analyse de tous les facteurs et critères pertinents et a été faite trop tard pour apporter des améliorations au processus d'approvisionnement.	L'EOR doit se fonder sur des critères clairs et pertinents et être faite au tout début du processus d'approvisionnement.	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>En 2007, Infrastructure Ontario a publié sa méthodologie d'EOR. Cette méthodologie indique tous les coûts et risques à prendre en compte dans l'EOR.</p> <p>Tous les coûts et risques prévus sont documentés et examinés par des tiers conseillers pour assurer le maintien d'un niveau de transparence approprié tout au long du processus.</p> <p>Infrastructure Ontario effectue une EOR à trois étapes du processus d'approvisionnement :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) avant le lancement de la DP;</li> <li>2) avant l'attribution du contrat (sélection du soumissionnaire préféré);</li> <li>3) à la fin de l'exercice financier.</li> </ol>
4. L'EOR pourrait être perçue comme subjective, car seule l'approche P3 permettait au WOHC d'obtenir des fonds pour un nouvel hôpital.	La comparaison des coûts selon l'approvisionnement traditionnel et selon la formule DMFA doit suivre un processus objectif.	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>Infrastructure Ontario a produit un guide d'EOR accessible au public qui uniformise la méthodologie à employer pour analyser les projets DMFA et réduire les risques de subjectivité. La méthodologie comprend une évaluation des coûts DMFA. La méthodologie a récemment été examinée par la Division de vérification interne de l'Ontario du ministère des Finances, qui l'a jugée appropriée.</p>
5. Le Ministère a établi un processus approprié de contrôle préalable pour examiner le travail des consultants du WOHC, mais il n'a pas donné suite aux conclusions des examinateurs.	Des mesures appropriées doivent être prises en temps opportun pour régler les problèmes relevés lors du processus de contrôle préalable.	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>Infrastructure Ontario a établi un processus de contrôle préalable robuste incluant une structure de gouvernance qui gère et surveille l'approbation des étapes clés du projet et le processus décisionnel connexe.</p> <p>Des procédures sont en place pour examiner et documenter les leçons tirées de chaque projet et y donner suite.</p> <p>En outre, la direction surveille de près les problèmes liés aux projets en passant par différents groupes de travail et en lisant les rapports sur les projets afin de régler les problèmes en temps opportun.</p>

1. Ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure

2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Enjeux cernés dans l'examen du Bureau du vérificateur général	Leçons apprises et recommandations	Réponse et pratiques en vigueur Infrastructure Ontario/MEI <sup>1</sup> /MSSLD <sup>2</sup> /WOHC
<p>6. En comparant les coûts de conception et de construction selon l'approvisionnement traditionnel et selon le modèle P3, l'hôpital a supposé qu'il n'y aurait pas de financement selon l'approche traditionnelle, mais que les coûts de conception et de construction seraient financés selon la formule P3.</p>	<p>Pour que toutes les options soient dûment prises en compte, la décision de construire et la décision de financer doivent être prises séparément.</p>	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure évalue chaque projet pour s'assurer qu'il est conforme aux priorités stratégiques et à ReNouveau Ontario, le plan gouvernemental prévoyant l'investissement de 30 milliards de dollars sur cinq ans dans l'infrastructure. Les décisions d'investissement sont prises indépendamment de l'évaluation des options d'approvisionnement.</p> <p>Infrastructure Ontario a élaboré et publié une méthodologie d'EOR standard qui tient compte des coûts de financement selon les deux modèles d'approvisionnement – DMFA et traditionnel.</p>
<p>7. Transfert des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● L'effet modérateur d'un contrat d'approvisionnement traditionnel bien structuré sur les risques de dépassement des coûts aurait dû faire l'objet d'un examen plus attentif, étant donné que les entrepreneurs étaient les mêmes quel que soit le modèle d'approvisionnement.</li> <li>● 95 millions de dollars en risques transférables au secteur privé n'étaient pas réalisables, car l'entente de projet pour les services non cliniques prévoit une révision des prix.</li> </ul>	<p>Tous les facteurs pertinents, dont ceux qui atténuent les risques, doivent être pris en compte dans l'attribution des risques transférables. L'expérience acquise dans le cadre des projets DMFA antérieurs doit aussi être mise à profit dans la mesure du possible.</p> <p>Le transfert des risques doit être appuyé par les modalités de l'entente de projet.</p>	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>Le modèle DMFA utilisé par Infrastructure Ontario quantifie les risques que le secteur public continuerait de courir selon le modèle d'approvisionnement traditionnel à l'aide d'une matrice de répartition des risques fondée sur des données empiriques.</p> <p>Infrastructure Ontario veille à ce que les ententes de projet soient structurées de façon à ce que les risques soient assumés par la partie la mieux placée pour les gérer. Les ententes de projet d'Infrastructure Ontario ont été uniformisées pour tenir compte des leçons tirées des projets antérieurs aux fins de l'amélioration continue.</p>
<p>8. Les coûts additionnels associés à l'approche P3, y compris les différences dans les taux d'intérêt et autres coûts de transaction du secteur privé et du gouvernement, auraient dû être pris en compte dans le processus décisionnel.</p>	<p>Tous les coûts importants associés à l'approche DMFA doivent être pris en compte dans le processus décisionnel.</p>	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>Tous les coûts associés à l'approche DMFA, dont les coûts de transaction, les coûts de financement et les réserves pour éventualités, sont pris en compte dans l'évaluation des options d'approvisionnement.</p> <p>Les coûts typiques associés à l'approche DMFA comprennent notamment les coûts de financement par le secteur privé, les réserves pour éventualités du secteur privé, les coûts de préparation des soumissions, les frais associés aux véhicules spécialisés et les frais de consultation.</p>

1. Ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure

2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Enjeux cernés dans l'examen du Bureau du vérificateur général	Leçons apprises et recommandations	Réponse et pratiques en vigueur Infrastructure Ontario/MEI <sup>1</sup> /MSSLD <sup>2</sup> /WOHC
<b>Conseillers</b>		
9. De nombreux conseillers engagés par le WOHC étaient des fournisseurs uniques, et les contrats n'avaient ni durée déterminée ni prix plafond.	Pour engager les conseillers au meilleur prix possible, il faut suivre un processus de sélection concurrentiel. Il faut définir les missions et préparer des contrats précisant les produits à livrer. Il faut surveiller le travail des conseillers et mettre en place un processus de transfert des connaissances.	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario : Infrastructure Ontario s'est donné une rigoureuse politique d'approvisionnement interne. Tous les contrats sont à prix fixe. En général, les contrats à fournisseur unique sont réservés aux cas dans lesquels les efforts déployés pour effectuer un achat concurrentiel n'ont pas porté fruit – par exemple, les services consultatifs d'assurance – et représentent moins de 3 % des contrats attribués au cours des deux dernières années.</p> <p>La structure de gouvernance des projets mise en place par Infrastructure Ontario comprend des procédures pour examiner et documenter les leçons tirées de chaque projet et y donner suite. En outre, la direction surveille de près les problèmes liés aux projets en passant par différents groupes de travail et en lisant les rapports sur les projets afin de régler les problèmes en temps opportun.</p> <p>En conséquence de l'engagement d'Infrastructure Ontario à améliorer et normaliser continuellement ses processus, les coûts par projet des services consultatifs ont tendance à diminuer.</p>
<b>Gestion des contrats</b>		
10. Le WOHC n'a pas encore établi de procédures pour surveiller le rendement de son partenaire du secteur privé.	Les hôpitaux doivent mettre en place des procédures qui leur permettent de vérifier le rendement des entrepreneurs. Les ajustements résultants au paiement unitaire doivent être apportés en temps opportun.	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario/WOHC : Infrastructure Ontario est en train d'élaborer un guide détaillé à l'intention des hôpitaux sur la bonne façon d'administrer l'entente de projet. Infrastructure Ontario s'emploie également à coordonner l'établissement d'un service de dépannage qui permettra aux hôpitaux de poser des questions et de recevoir en temps opportun des conseils pertinents sur les recours disponibles.</p> <p>En ce qui concerne la surveillance du rendement de l'entrepreneur responsable de l'Hôpital de Brampton, le WOHC a établi des processus formels pour la gestion des questions opérationnelles quotidiennes, l'examen du rendement et les discussions stratégiques.</p> <p>Le WOHC s'emploie également à établir un programme pour la vérification du rendement du partenaire du secteur privé et de son programme de surveillance et d'assurance de la qualité, en plus d'élaborer un guide à l'intention des administrateurs de l'entente de projet.</p>

1. Ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure

2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée



Enjeux cernés dans l'examen du Bureau du vérificateur général	Leçons apprises et recommandations	Réponse et pratiques en vigueur Infrastructure Ontario/MEI <sup>1</sup> /MSSLD <sup>2</sup> /WOHC
<b>Part locale des coûts d'immobilisations</b>		
11. Au début, il manquait beaucoup de fonds au WOHC pour payer sa part des coûts de conception et de construction et de l'équipement. Le gouvernement devra fournir la différence.	Avant d'approuver la construction d'un nouvel hôpital, le gouvernement doit procéder à une évaluation plus complète afin de déterminer si le plan de l'hôpital pour payer la part locale du financement est réaliste.	<p>Réponse du MSSLD :</p> <p>Lorsqu'il évalue le plan de financement de la part locale, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit concilier un certain nombre de facteurs, dont la nécessité du projet, l'indexation des coûts et le processus d'approvisionnement, avec le temps requis pour rassembler la part locale du financement, la probabilité de réalisation des revenus projetés et les risques associés à l'indexation des coûts dans la période intermédiaire.</p> <p>Selon la politique provinciale mise à jour sur la part locale, dans la plupart des cas, les hôpitaux paient essentiellement 10 % des coûts de construction et de conception et 100 % des coûts de l'équipement.</p>
<b>Responsabilisation et transparence</b>		
12. Il n'y avait pas de politique standard sur les pratiques en matière de divulgation spécifiques aux ententes P3.	Afin d'assurer la transparence, Infrastructure Ontario doit établir et communiquer une politique en matière de divulgation des renseignements sur les projets DMFA.	<p>Réponse du MEI/Infrastructure Ontario :</p> <p>L'engagement d'Infrastructure Ontario à faire preuve de transparence repose sur les principes énoncés dans le cadre <i>Pour un avenir meilleur</i> du gouvernement. Infrastructure Ontario a mis en place une politique en matière de divulgation qu'elle respecte pour tous les projets. Conformément à cette politique, les demandes de qualifications sont affichées sur MERX, tandis que les demandes de propositions, les ententes de projet et les rapports d'optimisation des ressources sont accessibles au public sur le site Web d'Infrastructure Ontario.</p>

1. Ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure

2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée