

Historique du projet

En février 2004, le projet de réaménagement du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay (ou l'hôpital) parvenait à son terme et la collectivité de Thunder Bay ouvrait sur Oliver Road un nouvel établissement hospitalier; celui-ci, longtemps attendu, était l'aboutissement d'un processus de conceptualisation, de planification et de construction qui avait duré sept ans. Le nouveau Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay est un hôpital de soins actifs abritant 375 lits et d'une superficie de 686 000 pieds carrés, le tout situé sur un nouveau site de 70 acres.

Ce projet a vu le jour à la suite de directives émanant de la Commission de restructuration des services de santé pour la réorganisation du réseau hospitalier de Thunder Bay, en octobre 1996. La Commission demandait alors le regroupement de tous les services hospitaliers de soins actifs de Thunder Bay à l'emplacement Port Arthur et la fermeture de l'emplacement McKellar au plus tard le 31 mars 1999. En décembre 1996, le conseil d'administration de l'hôpital a rejeté ces directives, privilégiant plutôt la vision d'un nouvel hôpital sur un nouveau site. Le 28 octobre 1998, le premier ministre et le ministre de la Santé et des Soins de longue durée ont approuvé cette nouvelle orientation.

Les prévisions des coûts qui accompagnaient l'autorisation ministérielle d'aménager un nouvel hôpital étaient de 126 millions de dollars. Cependant, après la présentation du plan directeur et du complément au programme fonctionnel, le ministère a approuvé un budget de 162,61 millions de dollars. Au cours de la période de conception et de construction qui a suivi, les prévisions des coûts ont augmenté, passant à 260,19 millions de dollars, une hausse de 97,58 millions (60 %). Le ministère a approuvé ce budget plus élevé en mai 2003 mais, de nouveau, les prévisions des coûts ont augmenté, cette fois de 21 millions de dollars.

Lorsqu'il a ouvert ses portes, avec un retard d'une année complète, le nouvel établissement hospitalier avait augmenté en taille de 18 % et avait été construit à un coût du pied carré qui était de 85,67 \$ (38,7 %) supérieur à celui d'un projet comparable au cours de la même période. Le coût final du projet a été évalué à 284 millions de dollars.

Mandat de PRISM

En mai 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a nommé conseiller spécial M. Tom Closson, président-directeur général du Réseau universitaire de santé de Toronto.

Celui-ci était chargé d'un double mandat : 1) élaborer un plan d'action permettant au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay de remplir son rôle d'hôpital régional d'enseignement; 2) évaluer le projet de réaménagement du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay achevé récemment.

PRISM est l'entreprise qui a été retenue par M. Tom Closson en consultation avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) pour examiner le projet de réaménagement du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et qui a été mandatée pour fournir :

- une analyse de l'augmentation des coûts après l'approbation du nouveau budget de mai 2003 par le ministère (260,19 millions de dollars);
- une description du coût final du projet et un aperçu de l'accord de partage des coûts recommandé entre l'hôpital et le ministère;
- une évaluation des méthodes et procédés de gestion relatifs à la portée du projet et au contrôle des coûts;
- des stratégies de réduction des coûts du projet ou de recouvrement des coûts;
- le calendrier des décisions clés et du processus mis en place par l'hôpital pour obtenir du MSSLD qu'il approuve les modifications touchant la portée du projet autorisée au départ;
- une étude et une évaluation approfondies du processus d'approvisionnement établi pour l'ensemble du projet, avec une attention particulière au processus d'appel d'offres, de gestion du projet et de contrôle des modifications adopté par l'hôpital, comparativement à la norme en vigueur dans l'industrie pour la gestion de projets de construction;
- une évaluation des pratiques de gouvernance du conseil d'administration et des rôles ou actions de la haute direction par rapport aux stratégies de reddition de comptes du ministère;
- une évaluation du processus de conception et des résultats, particulièrement à l'égard de la portée élargie du projet et de l'augmentation des coûts;
- une évaluation des plans de désaffectation ou de disposition des deux anciens emplacements.

Résultats clés

Planification et conception

1. Il n'y a aucune indication suggérant que des options pour le plan directeur du projet et la conception architecturale ou l'enveloppe du bâtiment avaient été élaborées et soumises à l'étude du MSSLD.
2. L'état de la conception architecturale globale n'a pas été présenté de manière suffisamment détaillée au début du processus d'appel d'offres. Les documents d'appel d'offres distribués

contenaient des dessins incomplets et laissaient des marges insuffisantes pour les questions de conception à résoudre.

3. La portée du projet n'a jamais été arrêtée et a évolué pendant toute la durée des travaux.

Gestion et surveillance du projet

1. Le contrat du consultant/architecte principal concernant les services professionnels, un contrat de taille, n'a fait l'objet ni d'un appel d'offres ni d'un appel à la concurrence.
2. Le MSSLD a approuvé un modèle d'approvisionnement en services de gestion des travaux de construction qui transférait à l'hôpital la majorité des risques du projet. Il a fallu plus de deux ans pour négocier les conditions du contrat de gestion des travaux de construction; l'appel d'offres et l'adjudication de contrats de sous-traitance ont été réalisés dans l'intervalle. Vu la portée en évolution constante du projet et l'absence d'un contrat de gestion des travaux de construction dûment signé, il n'y avait aucune garantie de coût maximum et le contrat n'était exécutable par aucune des parties.
3. En vertu de l'appel d'offres concernant la gestion des travaux de construction, les honoraires du directeur des travaux de construction allaient être fixes. Cependant, étant donné la portée sans cesse croissante du projet et la non-exécution du contrat de gestion des travaux de construction, ces frais de gestion ont continué à augmenter et fini par dépasser le montant fixé initialement.
4. Les procédures régissant les changements, définies dans les documents faisant partie du contrat, n'ont pas été suivies. Tous les changements devaient être effectués et approuvés officiellement par l'architecte, un processus qui avait pour but de protéger à la fois les intérêts du propriétaire et ceux de l'entrepreneur et de justifier les modifications apportées au contrat ainsi que les coûts en découlant. Selon l'étude des ordres de modifications menée par PRISM, les ordres ou directives de modifications étaient parfois donnés directement par le directeur des travaux de construction sans être examinés par l'architecte. Il y a également eu des cas où des demandes de modifications ont été communiquées directement aux métiers par l'hôpital, que les travaux ont été effectués et que par la suite une directive officielle de modification ait été donnée.
5. Des ressources inadéquates ont été affectées à la gestion du projet, ce qui a entraîné de nombreuses failles tout au long du processus, un nombre excessif d'ordres de modifications (plus de 2 800) et un retard considérable par rapport à l'échéancier. L'envergure et la portée du projet (même telles qu'elles avaient été imaginées au départ) justifiaient que l'hôpital, en tant que propriétaire, y consacre des ressources afin de surveiller les travaux réalisés par les consultants et le directeur des travaux de construction.

6. Il n'y avait pas de plan global d'exécution et de gestion du projet (portée, coût, calendrier, risque, etc.) ni de politiques ou procédures sous-jacentes détaillées.
7. Souvent, les rapports sur les coûts du projet n'étaient pas présentés à temps ou étaient inexacts, ce qui rendait impossible la surveillance efficace du projet, sur tous les plans.
8. Au moment où PRISM a été engagée, les possibilités de réduire les coûts de manière significative étaient peu nombreuses (à l'exception, peut-être, de la possibilité d'intenter une poursuite judiciaire). Presque toutes les sommes avaient été utilisées et l'hôpital achevait le processus de règlement des comptes.
9. Rien n'indiquait la présence de « meilleures pratiques » en guise de contrôles régissant l'utilisation des fonds de prévoyance; il est difficile de déterminer dans quelle mesure le dépassement des coûts du projet aurait pu être minimisé ou même entièrement évité si des contrôles adéquats des fonds de prévoyance avaient été mis en œuvre.

Financement

1. Le coût total du projet s'élevant à 283,9 millions de dollars, l'hôpital devra assumer une part d'environ 75 millions de dollars. PRISM, en collaboration avec le personnel du MSSLD, a calculé cette part en appliquant la méthode de partage des coûts du ministère.
2. La politique selon laquelle le MSSLD prévoit un financement maximum annuel de 65 000 \$ pour chacun des trois postes de gestion de projet (au total, 195 000 \$ par an) a gravement restreint la capacité de l'hôpital à gérer adéquatement les travaux.
3. Le MSSLD a décrété que tous les documents d'appel d'offres liés au projet devaient être examinés et approuvés par la Direction des immobilisations du ministère avant leur diffusion. L'examen réalisé par PRISM indique que, depuis le début, cette politique n'a pas toujours été suivie et qu'au fur et à mesure que le projet avançait, rien ne portait vraiment à croire que la Direction des immobilisations effectuait un examen officiel des documents d'appel d'offres. Le processus a été en grande partie interrompu, des contrats ont été adjugés sans approbation officielle et pourtant le MSSLD a continué à financer le projet.
4. Il y a eu de nombreuses demandes de financement supplémentaire (au moins quatre) pendant le cycle du projet. La demande la plus importante, présentée en novembre 2001, était de 100 millions de dollars, en sus du budget de 162,6 millions qui avait alors été approuvé. Avant même de formuler cette demande, l'hôpital avait déjà engagé ou utilisé une bonne partie des fonds supplémentaires qu'il réclamait. Ainsi, l'« étude » de cette demande par le ministère et la réponse que ce dernier devait donner étaient basées sur un montant qui avait d'ores et déjà été dépensé. Ceci a entraîné des examens et des approbations pour le moins inadéquats, le ministère n'étant pas en mesure d'intervenir de manière proactive. Les motifs cités pour justifier un tel montant sont le matériel (28,2 millions de dollars), les

éventualités (20,3 millions), la flambée des coûts (38 millions) et la portée du projet (12 millions). Rien que l'ampleur de cette demande aurait dû sonner l'alarme. PRISM a été incapable de déterminer avec certitude la portée de l'étude effectuée par le ministère ou les critères utilisés pour approuver cette augmentation excessive. Ce que PRISM a pu déterminer, cependant, c'est que les 100 millions de dollars supplémentaires avaient peu à voir avec les services ou les programmes destinés aux patients.

Gouvernance

1. Le comité des bâtiments et installations du nouvel hôpital a été mal informé quant à la réalité du projet et, par conséquent, a été incapable d'assurer une gouvernance adéquate.
2. Le conseil d'administration a délégué un pouvoir excessif au président-directeur général et au coordonnateur de projet conjointement. Les ordres concernant des modifications d'une valeur de plus d'un million de dollars exigeaient l'approbation du conseil d'administration. Sur les 2 846 ordres de modifications donnés et représentant au total 47,51 millions de dollars, seulement deux concernaient des modifications d'une valeur de plus d'un million de dollars, leurs coûts réunis étant d'environ cinq millions de dollars. Le président-directeur général de l'hôpital et le coordonnateur de projet avaient le pouvoir d'approuver – ce qu'ils ont d'ailleurs fait – des modifications de l'ordre de 42 millions de dollars environ, ce qui a entraîné l'utilisation complète des fonds de prévoyance, ainsi que 21 millions de dollars de plus en coûts de construction de l'immeuble de base non prévus dans le budget, en travaux ultérieurs au projet principal et en réclamations.
3. PRISM n'a pas pu déterminer avec certitude la portée de l'étude menée par le personnel du ministère pendant la durée du projet. Sans aucun doute, les ressources limitées du ministère et les renseignements tardifs et inexacts ont contribué à la dérive du projet d'immobilisations. L'inefficacité des méthodes de présentation des rapports et des contrôles ont continuellement empêché le ministère d'être proactif.

Recommandations

1. La conception est cruciale. Les hôpitaux doivent élaborer la conception architecturale la plus économique, en fonction des normes ou critères prescrits, et les soumettre à l'étude du MSSLD.
2. Un plan d'exécution précis du projet devrait être exigé avant que le MSSLD ne donne son approbation. Ce plan devrait inclure des mesures détaillées de gestion du projet et des risques.
3. Les hôpitaux devraient être tenus de retenir des services indépendants pour chacun des aspects suivants : la gestion du projet, le contrôle et la surveillance des coûts et le calendrier

d'exécution du projet. Chacune de ces fonctions doit être remplie indépendamment l'une de l'autre, et les tâches du propriétaire (l'hôpital) et celles du constructeur adéquatement séparées et clairement définies.

4. Il est obligatoire que tous les contrats importants fassent l'objet d'un appel d'offres et soient exécutés et que la preuve en soit faite au MSSLD avant qu'un financement ne soit accordé.
5. Le projet ne devrait pas être approuvé tant que n'ont pas été achevés et exécutés les contrats clés tels que ceux concernant le consultant principal et le directeur des travaux de construction.
6. Si un modèle d'approvisionnement en services de gestion des travaux de construction est approuvé, ce doit être un modèle en vertu duquel le directeur des travaux de construction se porte garant du rendement des entrepreneurs spécialisés (sous-traitants), la portée du projet est définie dans le contrat et un coût maximum est garanti dans une disposition.
7. Des politiques et procédures de contrôle des coûts du projet incluant les « meilleures pratiques » devraient être élaborées et approuvées par le comité des finances et des vérifications et par le conseil d'administration des hôpitaux. Les éléments clés seraient notamment : la délégation du pouvoir de signature, la gestion des ordres de modifications et l'utilisation des fonds de prévoyance.
8. Les formules de financement du projet devraient être structurées de façon à encourager les hôpitaux à disposer des ressources adéquates pour la gestion du projet.
9. Il conviendrait d'instaurer des certificats trimestriels qui seraient signés par les présidents de conseil d'administration, les présidents-directeurs généraux et les agents en chef des finances et d'établir une « clause d'ordres de modifications » à observer avant de recevoir des avances de fonds du MSSLD.
10. Il conviendrait d'établir des ententes de reddition de comptes et de financement entre les hôpitaux et le MSSLD avant d'entreprendre des projets d'immobilisations importants.

Résumé et conclusion

Depuis la mise sur pied jusqu'au terme du projet concernant le nouveau Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, le coût a augmenté de 157 millions de dollars, au cours d'une période de cinq ans. Il est difficile de mesurer exactement quelle proportion de cette augmentation avait trait aux services ou programmes destinés aux patients. Cependant, l'étude menée par PRISM a permis de fournir une estimation. Sur l'augmentation totale, une valeur approximative de 58 millions de dollars en espace et en matériel peut être attribuée directement « au patient ». De l'avis de PRISM, le nouveau Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay aurait pu être conçu et construit au coût de 180 millions à 200 millions de dollars, une part de près de 100 millions de dollars de la flambée des coûts découlant d'une conception

architecturale coûteuse au départ et de mauvaises pratiques de gestion pendant toute la durée du projet.

Les leçons apprises sont nombreuses et PRISM espère que les renseignements fournis dans le présent rapport seront utiles au ministère et à d'autres hôpitaux pour la mise en œuvre de projets d'infrastructure hospitalière.