

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

PROJET DES PARTENARIATS ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ DE L'HÔPITAL DE BRAMPTON

(Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03)

2^{ème} session, 39^e législature
59 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'Hôpital de Brampton
(Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03) [ressource
électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre : Brampton Civic Hospital public-private partnership
project (Section 3.03, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Monographie électronique en format PDF.

Mode d'accès: World Wide Web.

Également publ. en version imprimée.

ISBN 978-1-4435-0629-8

1. Hôpital de Brampton—Conception et construction—Coût—Audit. 2. Hôpitaux—
Ontario—Brampton—Conception et construction—Coût—Audit. 3. Partenariat public-
privé—Ontario—Brampton—Évaluation. I. Titre. II. Titre: Brampton Civic Hospital public-
private partnership project (Section 3.03, 2008 Annual report of the Auditor General of
Ontario)

RA967 O56 2009

725'.5109713535

C2009-964046-5

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Norm. Sterling".

Norman W. Sterling

Queen's Park
Mai 2010

**COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

2^{ème} session, 39^e législature

NORMAN W. STERLING
Président

PETER SHURMAN
Vice-président

AILEEN CARROLL

LIZ SANDALS

FRANCE GÉLINAS

MARIA VAN BOMMEL

JERRY J. OUELLETTE

DAVID ZIMMER

DAVID RAMSAY

Katch Koch
Greffier du comité

Susan Viets
Recherchiste

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

LAURA ALBANESE a été remplacée par DAVID RAMSAY le 15 septembre 2009.

ERNIE HARDEMAN a été remplacé par TED ARNOTT le 15 septembre 2009.

TED ARNOTT a été remplacé par PETER SHURMAN le 24 Février 2010.

PHIL MCNEELY a été remplacé par AILEEN CARROL le 9 Mars 2010.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
VUE D'ENSEMBLE	2
Relation entre les ministères et Infrastructure Ontario	3
OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION	3
QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ	4
Respect des délais et des budgets : Comparaison de la méthode classique et du modèle DMFA	4
Nombre total de projets de nouveaux hôpitaux en Ontario	4
Processus DMFA	5
Transfert des risques	5
Transfert des risques et envergure du projet	6
Autres risques	6
Processus d'Infrastructure Ontario	6
Évaluation de l'optimisation des ressources	6
Expertise du conseil et d'Infrastructure Ontario	8
Projets dont l'exécution selon le modèle DMFA a été rejetée par Infrastructure Ontario	8
Sélection de l'entrepreneur P3	9
Approche pour les services	9
Cycle de vie	9
Nature du contrat relatif à l'hôpital de Brampton, y compris le bail	10
Coûts de financement	10
Déclaration et coût du financement de projets particuliers	12
Hausse de coûts à la suite du choix du soumissionnaire	12
Coûts de projet définis initialement, y compris les devis relatifs à l'installation d'équipement	12
Devis descriptif générique	13
Part locale des coûts des immobilisations et de l'équipement	14
Crise du crédit	15
Entente de projet et surveillance du rendement	15
Entente contractuelle avec l'hôpital de Brampton pour la prestation de services non cliniques	15
Transparence et responsabilisation	16
Approche future pour les hôpitaux : Déménagement dans de nouvelles installations	17
LISTE DES RECOMMANDATIONS	19

INTRODUCTION

En 2003, le William Osler Health Centre (WOHC) a conclu une entente visant la construction d'un nouvel hôpital municipal à Brampton aux termes d'un partenariat entre les secteurs public et privé (P3), à la suite d'une décision prise en 2001 par le gouvernement selon laquelle ces partenariats devraient être pris sérieusement en considération avant que le gouvernement de l'Ontario affecte des fonds à de nouveaux hôpitaux. * Dans son rapport de vérification du Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur général (ci-après le « vérificateur ») souligne que les options de rechange, dont l'approvisionnement traditionnel – selon lequel le gouvernement se charge de la conception et de la construction –, n'avaient pas fait l'objet d'une analyse coûts-avantages appropriée avant que la décision soit prise. Le vérificateur conclut que le coût global relatif à l'hôpital de Brampton aurait pu être moins élevé si l'hôpital et les services non cliniques connexes avaient été acquis selon l'approche traditionnelle.

Depuis l'entente conclue en 2003 par le WOHC au sujet de la construction de l'hôpital de Brampton en vertu du modèle P3, la situation a évolué comme suit :

- En 2004, l'Ontario a publié un cadre intitulé *Pour un avenir meilleur*, qui stipule les principes fondamentaux régissant la participation du secteur privé au développement de l'infrastructure publique. Le cadre établit également les principes qui doivent guider l'acquisition.
- En novembre 2005, un organisme de la Couronne — Infrastructure Ontario — a été établi. Son mandat est de superviser la prestation de tous les projets en Ontario pouvant se prêter à la diversification des modes de financement et d'approvisionnement (DMFA). (En Ontario, l'approche P3 actuelle est connue sous l'acronyme DMFA.)
- Aux termes du plan d'investissement dans l'infrastructure *ReNouveau Ontario* de 2005, 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.

Le vérificateur a communiqué les principales conclusions et recommandations de son rapport sur le Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton (section 3.03 du *Rapport annuel 2008* du vérificateur) à la direction du William Osler Health Centre, à Infrastructure Ontario, au ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure et au ministère de la Santé et des Soins de

* Les partenariats entre le secteur public et le secteur privé 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. 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.

longue durée (ministère de la Santé). Le vérificateur a souligné que, comme dans toute expérience nouvelle, il y a initialement des leçons à apprendre. Les hauts fonctionnaires de ces organismes ont reconnu cet état de fait et ont mentionné que le processus DMFA actuellement en place tient compte des questions soulevées par le vérificateur.

En mars 2009, le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences publiques sur la section 3.03 du *Rapport annuel 2008* du vérificateur général. À cette occasion, des hauts fonctionnaires des ministères ci-dessus et le William Osler Health Centre ont comparu devant le Comité. (Pour une transcription, voir le *Journal des débats du Comité*, 25 mars 2009.)

Le Comité endosse les conclusions et les recommandations du Comité et souhaite remercier le vérificateur et son équipe d'attirer son attention sur des questions importantes relatives à la participation du secteur privé au développement de l'infrastructure du secteur public.

Dans son rapport, le Comité fait un certain nombre de recommandations et demande aux ministères, à Infrastructure Ontario et au WOHC de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité à l'égard de chacune des recommandations du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du rapport du Comité auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

VUE D'ENSEMBLE

Le William Osler Health Centre, l'une des plus grandes associations hospitalières de l'Ontario, dessert Etobicoke, Brampton et les environs, cette dernière étant parmi les régions de l'Ontario en plus grande croissance. Vers la fin des années 1990, la Commission de restructuration des services de santé a reconnu que la région de Brampton avait besoin d'un nouvel hôpital. En 2003, le WOHC a conclu une entente P3 avec des partenaires en vue de la construction de l'hôpital de Brampton. Les partenaires étaient le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario (OMERS) et The Healthcare Infrastructure Company of Canada (THICC) – consortium regroupant deux sociétés du secteur privé, Ellis Don (entrepreneur en construction) et Carillion Canada Inc. (fournisseur de services non cliniques).

Aux termes de l'entente, le consortium était chargé de la conception, de la construction et du financement d'un nouvel hôpital de 608 lits, de la prestation de certains services non cliniques, ainsi que de l'entretien et de la maintenance des installations pendant une période de 25 ans. Le WOHC s'engageait à verser des paiements mensuels au consortium sur la période de 25 ans commençant à la date d'achèvement des travaux de construction. Le WOHC prévoyait aussi de réaménager l'Hôpital Memorial de Peel afin de disposer d'une capacité additionnelle de 112 lits.

En octobre 2007, le WOHC a ouvert le nouvel hôpital. Le coût total sur la période de construction de trois ans s'élevait à 614 millions de dollars pour la conception et la construction, les modifications et les frais de financement. L'hôpital avait 479 lits en service. Les prévisions quant au nombre de lits en service sont les suivantes :

- 527 lits en 2009-2010;
- 570 lits en 2010-2011;
- 608 lits en 2011-2012.

Au moment de la vérification, l'Hôpital Memorial de Peel n'offrait pas de services cliniques. L'avenir du projet de l'Hôpital Memorial de Peel devait être déterminé par le ministère de la Santé, le WOHC et le Réseau local d'intégration des services de santé.

Relation entre les ministères et Infrastructure Ontario

Le ministère de la Santé veille à l'état de la santé et du bien-être physique et mental de la population de l'Ontario et en améliore les divers aspects. Le mandat du ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure comprend la supervision de la prestation des grands projets d'immobilisations, notamment les hôpitaux, les palais de justice, les routes, les ponts, les aqueducs et d'autres biens publics. Infrastructure Ontario est une société d'État qui a recours à la DMFA pour la reconstruction des infrastructures de la province. Elle donne également aux municipalités, universités et autres organismes admissibles de l'Ontario accès à des prêts abordables pour la construction et le renouvellement des infrastructures publiques locales.

Le ministère de la Santé et le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure élaborent de grands projets d'immobilisations de concert avec les hôpitaux. Le ministère de la Santé travaille avec les hôpitaux et les RLISS pour déterminer la portée des programmes et services, de même que les questions d'espace et de conception, de partage des coûts d'immobilisations, de plan de financement de la part locale et du financement de fonctionnement postérieur à la construction. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure et Infrastructure Ontario surveillent la prestation des projets approuvés.

OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION

Le vérificateur avait pour objectif d'évaluer si :

- 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.

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ

Le vérificateur a 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). Le vérificateur a 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, a amené le vérificateur 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 initialement des leçons à apprendre. Les hauts fonctionnaires de ces organismes ont reconnu cet état de fait et ont mentionné que le processus DMFA actuellement en place tient compte des questions soulevées par le vérificateur.

Respect des délais et des budgets : Comparaison de la méthode classique et du modèle DMFA

Selon le ministère de la Santé, la DMFA confirme l'obligation du secteur privé de livrer les hôpitaux dans les délais et les budgets prévus. Le Comité a demandé si le ministère avait mené un examen des projets de nouveaux hôpitaux réalisés selon le mode d'approvisionnement classique (par exemple, depuis les 20 dernières années) pour déterminer combien, parmi ceux-ci, ont été exécutés dans le respect des délais et des budgets. Le ministère a répondu qu'à son avis une telle étude n'existe pas.

Nombre total de projets de nouveaux hôpitaux en Ontario

Selon le ministère de la Santé, environ 117 projets de nouveaux hôpitaux sont en cours en Ontario. De ce nombre, 39 sont des grands projets qui ont été mis en œuvre avant la création du plan d'action ReNouveau Ontario (qui relève d'Infrastructure Ontario), et 78 sont des grands projets ayant été annoncés par le gouvernement et dont l'exécution s'échelonne jusqu'en 2011-2012.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 1. D'ici à ce que les 117 projets de nouveaux hôpitaux en cours en Ontario soient terminés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport annuellement au Comité permanent des comptes publics des projets ayant été terminés au cours de l'exercice, en précisant ceux qui ont – et n'ont pas – été livrés dans les délais et les budgets prévus. Le ministère devra également indiquer la méthode d'acquisition utilisée pour chaque projet de nouvel hôpital mentionné dans son rapport.**

Processus DMFA

Dans le cadre de la vérification du Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur a conclu qu'il n'y a pas eu d'évaluation formelle des coûts et avantages respectifs des différentes options d'approvisionnement. Il a recommandé que toutes les possibilités soient évaluées, ainsi que d'envisager d'étendre la participation et l'expertise d'Infrastructure Ontario à tous les projets d'infrastructure. Le ministère de la Santé a indiqué que le processus DMFA actuel tient compte de la préoccupation du vérificateur selon laquelle chaque projet est évalué par rapport aux priorités stratégiques afin d'en assurer la conformité à ces priorités. Les décisions en matière d'investissement sont prises indépendamment de l'évaluation des options d'approvisionnement.

Le ministère a décrit la DMFA comme étant une méthode de prestation de grands et complexes projets d'infrastructure tirant partie des ressources et de l'expertise du secteur privé. Tous les projets entrepris par Infrastructure Ontario d'après la méthode DMFA sont régis par cinq principes clés :

- L'intérêt public doit être primordial.
- L'optimisation des ressources doit être évidente.
- La propriété et le contrôle publics appropriés doivent être maintenus.
- La responsabilisation doit être maintenue.
- Tous les processus doivent être justes, transparents et efficaces.

Le ministère a souligné que tous les hôpitaux qui sont construits selon le modèle DMFA appartiennent au secteur public, sont exploités par le secteur public et rendent des comptes au public.

Transfert des risques

Dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur a affirmé que la mesure dans laquelle un contrat bien structuré aux termes d'une entente d'approvisionnement traditionnelle aurait pu se traduire par un coût global moins élevé aurait dû faire l'objet d'un examen plus attentif avant que l'approche P3 ne soit adoptée. En ce qui concerne la prestation de services non cliniques par l'hôpital, il a noté également que le William Osler Health Centre a estimé 95 millions de dollars en risques transférables aux partenaires du secteur privé en vertu de l'entente P3 pour les risques de fluctuation des prix découlant d'une erreur d'estimation ou de l'inflation. Selon le vérificateur, la plus grande partie de cette somme n'est pas réalisable, car l'entente de projet pour les services non cliniques prévoit une révision des prix. Le vérificateur a recommandé que tous les facteurs pertinents, dont ceux qui atténuent les risques, soient pris en compte dans l'attribution des risques transférables. Il a recommandé également que l'expérience acquise dans le cadre des projets DMFA antérieurs soit aussi mise à profit dans la mesure du possible et a ajouté que le transfert des risques doit être appuyé par les modalités de l'entente de projet.

Selon le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure, l'évaluation du montant prévu au titre du transfert des risques n'est pas scientifique, mais a fait l'objet d'un certain degré de discipline. Le ministère de la Santé est d'avis que la province obtient le meilleur rapport qualité-prix en envisageant des possibilités de transfert des risques associés au projet de construction. Selon lui, selon la méthode DMFA, les risques importants liés à la conception, la construction, le financement, le fonctionnement et l'entretien sont transférés au secteur privé.

Transfert des risques et envergure du projet

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure examine plusieurs critères relatifs aux risques avant de déterminer si un projet devrait être exécuté dans le cadre d'une structure DMFA, notamment : montant des risques pouvant être transférés; possibilités d'innover; envergure du projet. Le ministère détermine si le projet est suffisamment grand pour attirer du financement et susciter l'intérêt d'un consortium.

Autres risques

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a indiqué que d'autres critères sont évalués, notamment les types de risques associés au projet (p. ex., risque environnemental), les types de contraintes législatives et réglementaires en vigueur qui pourraient ne pas permettre l'approche DMFA, ainsi que d'autres conditions. Il a ajouté que la majorité des projets d'infrastructure de l'Ontario ne sont pas exécutés dans le cadre d'une entente DMFA, même si plusieurs sont en cours.

Processus d'Infrastructure Ontario

Le ministère de la Santé a affirmé que depuis que la construction de l'hôpital de Brampton est terminée, la façon dont les grands projets d'infrastructure sont construits et financés en Ontario a fait l'objet de modifications importantes. Il a ajouté que la plupart des problèmes relatifs au processus d'approvisionnement des projets qui ont été soulevés dans le rapport du vérificateur général sont désormais mieux gérés par Infrastructure Ontario.

Évaluation de l'optimisation des ressources

Le vérificateur a noté que l'évaluation de l'optimisation des ressources menée à l'égard du Projet de l'hôpital de Brampton n'était pas fondée sur une analyse complète de tous les facteurs et critères pertinents et a été faite trop tard pour apporter des améliorations au processus d'approvisionnement. Le vérificateur a recommandé que l'évaluation de l'optimisation des ressources se fonde sur des critères clairs et pertinents et soit faite tout au début du processus d'approvisionnement. Il a ajouté que l'évaluation de l'optimisation des ressources pourrait être perçue comme subjective, car seule l'approche P3 permettait au William Osler Health Centre d'obtenir des fonds pour un nouvel hôpital. Il a recommandé que la comparaison des coûts selon l'approvisionnement traditionnel et selon la formule DMFA suive un processus objectif.

Selon le ministère de la Santé, la méthode d'évaluation de l'optimisation des ressources d'Infrastructure Ontario a fait l'objet d'un examen et a été jugée saine par les grands cabinets comptables et par le vérificateur interne de l'Ontario. Les lignes directrices pour la sélection des partenariats entre les secteurs public et privé du gouvernement du Canada mentionnent le guide d'évaluation de l'optimisation des ressources d'Infrastructure Ontario comme étant son outil de prédilection pour déterminer l'optimisation des ressources. Selon le ministère de la Santé, le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure procède à une évaluation préliminaire des projets afin de déterminer s'ils peuvent se prêter à la DMFA et s'ils devraient être attribués à Infrastructure Ontario. Lorsque des projets sont attribués à l'organisme, l'évaluation de l'optimisation des ressources est effectuée à trois étapes différentes, l'analyse étant de plus en plus explicite à chaque nouvelle étape.

La première évaluation est effectuée avant la publication de la demande de propositions (DP). Les conseillers en génie et en architecture de l'hôpital établissent une estimation des coûts, ce qui permet d'obtenir une estimation de l'optimisation des ressources. Si l'optimisation des ressources est satisfaisante, Infrastructure Ontario approuve la publication de la DP. Une fois les soumissions reçues, une évaluation de l'optimisation des ressources est menée à l'égard du soumissionnaire principal. La troisième évaluation de l'optimisation des ressources est effectuée à la clôture financière, lorsque les taux sont déterminés à l'égard des coûts d'immobilisations et des coûts d'emprunt.

Infrastructure Ontario examine le coût d'emprunt pour le consortium (secteur privé) et pour le gouvernement. Il évalue également les coûts de base de la construction, qui sont les mêmes quel que soit le modèle d'approvisionnement retenu (classique ou DMFA). Le montant de la prime de risque retenue par le gouvernement pour le modèle d'exécution classique « conception-soumission-construction », en comparaison avec le modèle DMFA, est également évalué.

Infrastructure Ontario fait appel à des experts de l'industrie, à des conseillers de l'optimisation des ressources et à des données historiques pour évaluer la probabilité que les risques surviennent, ainsi que les répercussions de ces risques sur les coûts. L'évaluation de la prime de risque se fonde sur un registre de risques élaboré pour les hôpitaux en collaboration avec Altus Helyar, firme d'experts-conseils et d'évaluations immobilières qui conseille l'organisme. L'évaluation se fonde sur la probabilité et la gravité des risques, qui sont ensuite comparées aux coûts d'immobilisations, ce qui permet de déterminer la valeur potentielle des risques transférés. L'évaluation est effectuée à l'égard de chaque catégorie de risque de chaque projet, afin de déterminer qui assumera le risque, puis d'examiner la probabilité et la gravité de chacun.

Pour déterminer le coût total, Infrastructure Ontario inclut également les coûts de transaction et les coûts relatifs aux conseillers en lien avec le projet, et compare la méthode classique (« conception-soumission-construction ») à la méthode DMFA. Si les coûts de cette dernière sont inférieurs, on conclut que le processus DMFA permet une meilleure optimisation des ressources.

Expertise du conseil et d'Infrastructure Ontario

Le Comité a demandé comment le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure est en mesure d'uniformiser les règles du jeu dans le cadre de négociations avec, par exemple, d'énormes entrepreneurs multinationaux, nécessitant des financiers de banques d'investissement hautement spécialisés dans la négociation d'ententes et ayant des connaissances approfondies que ne possèdent pas les personnes qui mènent des négociations pour le compte de l'hôpital. Le ministère a demandé de ne pas sous-estimer le savoir-faire des membres du conseil d'administration de l'hôpital. Certains, par exemple, sont des spécialistes des services de banque d'investissement, des spécialistes des services bancaires aux grandes entreprises ou des dirigeants d'entreprise de construction. En outre, Infrastructure Ontario retient les services de spécialistes de domaines tels que l'ingénierie, la gestion de projets de construction, l'architecture, la conception et le financement de projets. Selon le ministère, Infrastructure Ontario a réussi à former une équipe chevronnée.

Des conseillers ayant travaillé avec certains des financiers dans le cadre d'autres transactions sont également embauchés. Ces conseillers sont chargés de prodiguer des conseils juridiques et possèdent une expertise en lois internationales en vigueur au Canada en matière de structuration de transactions, en conseils financiers et transactionnels en ce qui concerne le risque de crédit, ainsi qu'en évaluation financière. Certains bureaucrates ont travaillé dans le domaine du financement de projet et ont de l'expérience des projets d'infrastructure.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a souligné qu'une transaction visant un hôpital constitue un processus d'approvisionnement. La transaction et sa structure sont définies par Infrastructure Ontario en collaboration avec l'hôpital, d'après des directives antérieures du ministère de la Santé. Les négociations en face à face ne constituent pas vraiment un enjeu dans le cadre de ces transactions. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure est d'avis que l'intérêt du public est bien protégé.

Projets dont l'exécution selon le modèle DMFA a été rejetée par Infrastructure Ontario

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a mentionné qu'Infrastructure Ontario a récemment déterminé, à la suite d'évaluations de l'optimisation des ressources, que deux projets, celui visant Quinte Health Care et un projet de reconstruction importante à l'Hôpital d'Ottawa, étaient réputés ne pas entraîner une optimisation des ressources et ne devaient donc pas être menés dans le cadre d'un modèle DMFA.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 2. Comme il est désormais possible d'avoir accès à des spécialistes de la gestion de projet par l'entremise d'Infrastructure Ontario pour les projets acquis selon le modèle de diversification des modes de**

financement et d'approvisionnement (DMFA), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport au Comité permanent des comptes publics sur la façon dont le ministère est en mesure de surveiller si un hôpital entreprenant un projet acquis selon le modèle classique « conception-construction » est en mesure de faire appel à des spécialistes équivalents en matière de gestion de projet pour superviser ces projets.

Sélection de l'entrepreneur P3

Dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne qu'en Ontario, le nombre de sociétés en mesure d'entreprendre des projets institutionnels d'envergure est limité. Il ajoute que le mélange des sociétés spécialisées dans la construction d'immobilisations ou dans la prestation de services de soutien opérationnel dans le cadre du Projet de l'hôpital de Brampton limitait encore plus le nombre d'entreprises aptes à exécuter l'entente, ce qui a nuit à l'optimisation des ressources. Il recommande de procéder à une évaluation globale du marché avant d'opter pour une entente DMFA.

Approche pour les services

Le ministère de la Santé a mentionné que l'approche DMFA pour la prestation de services diffère de l'approche antérieure pour les projets P3. En décembre 2006, le gouvernement a décidé d'exclure les services auxiliaires fournis dans les hôpitaux (p. ex., buanderie, services alimentaires aux patients, literie, conciergerie et entretien ménager) des projets DMFA. Le gouvernement fonde sa décision sur les risques que des difficultés opérationnelles surviennent. Seules les activités visant les installations physiques, par exemple la construction, l'entretien et l'ingénierie, qui seraient gérées par une entité externe, sont incluses dans les projets DMFA. Toutes les activités de gestion quotidienne de l'installation, par exemple les services de sécurité et de stationnement, sont permises à titre de projets DMFA, mais non obligatoires. Le ministère a affirmé que la décision d'exclure les services auxiliaires réaffirme l'engagement du gouvernement selon lequel les projets P3 visant des hôpitaux doivent avoir trait à la conception, la construction et l'entretien d'établissements hospitaliers. Les services ayant trait aux soins directs aux patients ne sont pas visés par les ententes DMFA.

Cycle de vie

Selon le ministère de la Santé, le cycle de vie fait partie intégrante des ententes DMFA à long terme. Aux termes de ces ententes, le partenaire du secteur privé est responsable tant de l'entretien quotidien que de s'assurer du respect des normes de l'installation physique durant toute la période de l'entente. Le Projet de l'hôpital de Brampton comprend les coûts complets du cycle de vie, ainsi que les services auxiliaires.

Selon M. Ken White, superviseur du WOHC, le cycle de vie peut constituer un élément clé pour attirer des investissements. Il souligne qu'en raison de pressions inflationnistes, l'entretien des hôpitaux fait l'objet de compressions et que des lacunes surviennent à mesure que l'infrastructure prend de l'âge.

Nature du contrat relatif à l'hôpital de Brampton, y compris le bail

Selon M. Ian Marshall, vice-président et avocat général du WOHC, une entente de projet principale a été conclue entre l'association de l'hôpital et une société de projet ad hoc. Il s'agit de l'entente générale couvrant les aspects du projet relatifs à la conception, la construction, le financement, l'entretien et la prestation des services auxiliaires. Un certain nombre d'ententes sous-jacentes conclues entre diverses entités facilitent la transaction. Mentionnons notamment le bail conclu entre l'association de l'hôpital et la société de projet, prévoyant une cession-bail à l'association de l'hôpital. En vertu de la cession-bail, l'association a le droit d'occuper les lieux, tant qu'elle respecte les conditions du bail. Selon M. Marshall, l'hôpital étant propriétaire en fief simple, est propriétaire des installations construites sur les lieux. (Il mentionne également qu'il s'agit d'une question d'avis juridique.) La solution du bail a été retenue parce qu'elle accorde à la société de projet (à la satisfaction du prêteur) une participation dans l'installation. Le prêteur ne recevra pas de paiement final avant la fin de la période de paiement de 25 ans. Plutôt que de transférer la propriété de l'hôpital à la société privée puis de la racheter à 1 \$ après 25 ans, il est plus simple d'effectuer un bail et une cession-bail.

Coûts de financement

Dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur indique qu'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. Le vérificateur recommande que, pour que toutes les options soient dûment prises en compte, la décision de construire et la décision de financer soient prises séparément. Le vérificateur mentionne également que dans le cas du Projet de l'hôpital de Brampton, 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. Il recommande donc que tous les coûts importants associés à l'approche DMFA soient pris en compte dans le processus décisionnel.

Selon M. Marshall, la société privée reçoit un montant forfaitaire mensuel appelé « frais unitaires/paiement unitaire », calculé conformément à un modèle financier de 200 pages. De nombreux postes du modèle ventilent les éléments qui entrent dans le calcul des frais unitaires. Ces éléments ont trait à des coûts tels que la construction de l'hôpital, les coûts de financement et les services quotidiens. L'entente prévoit des frais de financement à l'égard du capital. Le taux d'intérêt sur la créance prioritaire aux termes de l'entente – le taux des obligations types utilisé – était de 4,95 %. Le différentiel de taux était de 1,35 %, pour un taux d'intérêt nominal total de 6,3 % sur la créance prioritaire.

Au moment de la soumission des offres par le secteur privé, les soumissionnaires devaient offrir un taux type interpolé sur les obligations du gouvernement du

Canada, ainsi qu'un différentiel de taux fixe de 1,35 %.** Si le soumissionnaire ne pouvait se conformer à ce différentiel de taux, il avait la possibilité de se retirer du processus. Les soumissionnaires du secteur privé étaient tenus de trouver des modes de financement conformément aux promesses initiales, dans le respect des coûts prévus.

Déduction pour amortissement

Le Comité souhaitait savoir si une déduction pour amortissement avait été prise en compte dans le cadre des négociations contractuelles. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a répondu que le débat ne concerne pas les coûts d'immobilisations, mais bien le risque et dans le cas des partenariats entre le secteur public et le secteur privé (durant le processus d'approvisionnement relatif à l'hôpital de Brampton), il est question de transfert des risques. Le ministère a indiqué que la possibilité de prévoir une déduction pour amortissement pour le consortium du secteur privé ou pour un membre du consortium pourrait se traduire par une occasion de partage des gains pour la province.*** Toutefois, il a souligné que ce marché constitue un approvisionnement examinant certains critères précis, notamment l'engagement de financement du consortium et le coût total prévu du projet. Le ministère est d'avis que ces facteurs revêtaient un intérêt plus grand et s'appliquaient davantage à la province que les considérations relatives au traitement fiscal du consortium et à sa domiciliation; la façon dont le consortium avait décidé de se structurer et de tirer profit du traitement fiscal au Delaware n'était pas un facteur sur lequel la province pouvait influencer.

Le Comité a ajouté que la province aurait pu influencer sur ces facteurs en négociant un taux plus avantageux si le consortium avait eu un avantage sur le plan de la déduction pour amortissement. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a affirmé que la question était de déterminer à quel moment mettre un terme aux négociations.

Selon M. Marshall, l'hôpital souhaitait demeurer à l'abri des considérations relatives au traitement fiscal. L'hôpital ne voulait pas être touché si les attentes du consortium en matière de traitement fiscal ne pouvaient se réaliser. La structure des consortiums soumissionnaires était considérée comme de l'information de nature exclusive et confidentielle parce que tous les consortiums ne sont pas structurés de la même façon.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 3. Infrastructure Ontario doit déclarer au Comité si son évaluation de l'optimisation des ressources inclut une estimation des avantages fiscaux éventuels découlant de déductions pour amortissement et d'autres postes inclus dans l'entente de diversification des modes de**

** L'interpolation consiste à calculer un taux à une date ultérieure qui ne tombe pas à une date fixe.

*** Le partage des gains signifie que si le coût réel est inférieur au coût prévu, l'entrepreneur partage le montant de l'écart avec l'acheteur.

financement et d'approvisionnement (DMFA) dont pourraient profiter ses partenaires du secteur privé.

Déclaration et coût du financement de projets particuliers

Le Comité a demandé pourquoi le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure ne révèle pas le coût du financement de certains projets. Le ministère a répondu que le coût du financement est propre à chaque projet et à chaque consortium. Le taux varie d'un consortium à l'autre, selon des facteurs tels que sa cote de crédit, sa structure, sa capacité à financer un projet et la mesure dans laquelle il peut obtenir du financement engagé. Les conditions évoluent dans le temps. Le taux d'emprunt constitue de l'information exclusive appartenant au consortium. La politique de divulgation mentionnée ci-dessus par le ministère de la Santé vise à rendre l'information disponible en vue d'accroître la transparence le plus possible sans que cela ait des répercussions sur les renseignements exclusifs du consortium.

Le Comité a demandé s'il pourrait obtenir le coût moyen du financement des projets P3 et DMFA. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a répondu que ces renseignements constituent des données simples prises hors contextes. Fournir une moyenne pour des projets différents et variant selon des facteurs tels que le modèle « conception-construction-financement » par opposition au modèle « conception-construction-financement-entretien », la taille du projet, les membres du consortium, la capacité d'emprunt et les engagements divergents serait source de désinformation. Le ministère a également mentionné que la politique d'Infrastructure Ontario ne prévoit pas la communication de ces renseignements. Le Comité a indiqué qu'il comprend qu'Infrastructure Ontario ne révèle pas les données relatives au financement de certains projets. Le Comité a demandé que le ministère fournisse le coût du financement moyen, d'après un ensemble de projets qu'il croit représentatif, afin de permettre de déterminer, dans une certaine mesure, combien les Ontariens paient pour le financement des projets. Le ministère a répondu qu'il envisagerait cette possibilité.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 4. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure doit faire rapport au Comité permanent des comptes publics du coût moyen du financement des ententes de projet DMFA qui ont été conclues à ce jour à l'égard d'hôpitaux.**

Hausses de coûts à la suite du choix du soumissionnaire

Coûts de projet définis initialement, y compris les devis relatifs à l'installation d'équipement

Dans son rapport, le vérificateur mentionne que le WOHC a versé 63 millions supplémentaires, principalement pour les modifications à apporter aux bâtiments afin de pouvoir installer l'équipement médical, et est d'avis qu'une meilleure planification initiale aurait permis d'éviter une partie de ces coûts, ce que le

WOHC a reconnu. Selon le ministère de la Santé, le processus DMFA a été amélioré de façon que tous les devis relatifs, par exemple, à l'installation d'équipement, fassent partie de l'analyse initiale.

Le ministère de la Santé et l'hôpital déterminent ces stipulations avant que la demande de propositions soit publiée afin de limiter les modifications de la portée apportées durant la construction, de garder les coûts conformes au budget et de permettre à l'entrepreneur de respecter les échéances. Cela signifie que les décisions importantes touchant l'équipement ont déjà été prises et sont intégrées à l'entente avant la construction de l'immeuble. Selon le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure, le devis que l'hôpital est tenu de définir pour le projet est essentiel dès le début parce qu'il détermine les éléments qui seront exigés du soumissionnaire, et doit être intégré aux documents de la DP. Ainsi, les soumissionnaires comprennent bien la nature du projet auquel ils soumissionnent et les possibilités de modifier la portée du projet par la suite sont très restreintes.

Selon le ministère de la Santé, dans le cas de l'hôpital de Brampton, quelques « dérives » ont été constatées. L'importance de la planification préalable a été l'une des leçons acquises dans le cadre de ce projet. Selon le ministère, comme le devis du projet, les volumes, la taille et la portée sont désormais définis dès le début et intégrés au processus de DP et d'appel d'offres, les décisions sont figées sur le principe d'une compréhension claire de la taille et de la portée du projet. Il est impossible de complètement éviter les augmentations de coûts au fil du temps, attribuables aux coûts monétaires, aux coûts de construction et à la conjoncture économique. Toutefois, il ne s'agit pas d'une situation propre aux projets DMFA, c'est un problème qui touche tous les projets de construction du ministère de la Santé.

La responsabilité d'Infrastructure Ontario en gestion de projet, une fois le consortium choisi, consiste à représenter le client (l'hôpital et le ministère de la Santé) et à protéger ses intérêts. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a cité un exemple de protection des intérêts du client, en lien avec des préoccupations géotechniques dans le cadre d'un projet. Infrastructure Ontario a affirmé que le client avait transféré le risque géotechnique à l'entité responsable de la construction, et cette dernière aurait dû être préparée adéquatement en acquérant une compréhension de questions telles que les conditions du sol. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a ajouté qu'une fois le marché conclu, il est fastidieux de le rouvrir, ce qui impose une certaine discipline pour éviter la modification des clauses convenues. Les financiers contribuent à une discipline accrue à cet égard. Ils veulent s'assurer que les fonds qu'ils ont investis ne seront pas touchés (négativement), étant donné qu'ils ne sont pas payés tant que l'hôpital ne juge pas que le projet est terminé.

Devis descriptif générique

Le ministère de la Santé, conjointement avec des collègues, a formulé un « devis descriptif générique ». Dans le cas d'un nouvel hôpital, ce devis descriptif générique s'applique de façon uniforme et permet de gagner du temps aux étapes

des consultations et de la conception. Ces lignes directrices sont désormais intégrées aux devis de tous les projets semblables.

Recommandation du Comité

- 5. Le Comité permanent des comptes publics est encouragé par le potentiel d'optimisation des ressources qui découle de l'adoption d'un devis descriptif générique et par conséquent, demande que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée déclare si tous les projets d'immobilisations relatifs à des hôpitaux sont tenus de se conformer à ce devis.**

Part locale des coûts des immobilisations et de l'équipement

Dans son rapport, le vérificateur mentionne qu'au début, il manquait beaucoup de fonds au WOHC pour payer sa part des coûts de conception et de construction et de l'équipement, et ajoute que le gouvernement devra assumer le manque à gagner. Il recommande qu'avant d'approuver la construction d'un nouvel hôpital, le gouvernement procède à une évaluation plus complète afin de déterminer si le plan de l'hôpital pour payer la part locale du financement est réaliste.

Selon le ministère de la Santé, à l'heure actuelle, les coûts des immobilisations des projets sont assumés à 90 % par la province et à 10 % par la collectivité locale. Depuis un certain nombre d'années, le ministère a adopté des ratios différents pour les projets d'immobilisations, de même qu'une politique de financement pour l'ameublement et l'équipement. Le ratio a varié de 50-50 à 80-20 et dans certains cas, le ministère a assumé la totalité des coûts, la plupart du temps dans le cas d'établissements de santé mentale ou très spécialisés. L'hôpital, et donc la collectivité locale, a toujours été tenu de mobiliser des ressources financières pour couvrir la petite part du ratio.

Depuis 2006, le ratio est de 90-10. La raison de ce ratio est que les coûts associés à la reconstruction complète des hôpitaux et au remplacement de l'infrastructure totale ont augmenté au rythme de l'accroissement de l'envergure des projets. Les collectivités locales ont de plus en plus de difficulté à mobiliser des montants importants de l'ordre de 20 %, 30 % ou 40 % des coûts. Le gouvernement a donc décidé qu'il était plus important de remplacer l'infrastructure et d'examiner de nouveau le modèle de partage du financement, d'où l'adoption du ratio 90-10. Selon le ministère de la Santé, ce ratio contribue à réduire le fardeau de la mobilisation de financement pour la collectivité.

Les achats d'équipement ont également fait l'objet d'un changement. Auparavant, le ministère de la Santé défrayait une partie importante du coût des nouveaux équipements. Désormais, les hôpitaux assument la totalité de ces coûts.

Le Comité a soulevé la question de la difficulté qu'a la collectivité à évaluer et à réagir à une augmentation de la part locale qui découle de l'augmentation des coûts tout au long de la durée du projet. Selon le ministère de la Santé, le cycle de planification est long et dure non pas des mois, mais des années. La technologie

évolue avec le temps, ce qui entraîne une augmentation des coûts des projets avant la fin du processus de planification. Les coûts peuvent poursuivre leur augmentation durant le processus de DP et la période de construction, dans la foulée de l'augmentation des coûts de construction. Dans les cas où la part locale des coûts en immobilisations était de 50 %, ces augmentations de coûts peuvent avoir des répercussions importantes sur les collectivités locales. C'est la raison pour laquelle le gouvernement a décidé de transférer à la province une part importante des coûts de construction.

Crise du crédit

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a parlé des changements radicaux qui se sont produits dans les marchés du crédit depuis l'automne 2008. Il a mentionné que les fonds de capitaux privés et d'infrastructure ont resserré les conditions de crédit, mais qu'on a pu observer une fuite vers les projets de qualité définis par leur nature et leurs promoteurs. Le ministère a fait référence de façon précise aux promoteurs des projets d'infrastructure gouvernementale, qui attirent du capital et de la participation au capital d'un large éventail de financiers et d'institutions de financement. Trois projets ont été conclus avec succès depuis l'automne avec Infrastructure Ontario.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a souligné qu'en vertu du modèle DMFA, le financement engagé doit être fourni au moment de la conclusion de l'entente. Le passage de la clôture de l'entente à la clôture financière peut prendre des semaines et même parfois des mois, comme c'est le cas depuis le resserrement du marché du crédit. Selon le ministère, ses projets ont tous été conclus en fonction de la capacité des promoteurs en cause à obtenir du financement. Il a ajouté que la responsabilité de la surveillance de la disponibilité du crédit incombe à Infrastructure Ontario. Infrastructure Ontario examine chaque semaine la conjoncture des marchés du crédit et examine sa façon d'évaluer le financement et le financement engagé prévus dans les ententes des projets et les processus de DP.

Entente de projet et surveillance du rendement

Entente contractuelle avec l'hôpital de Brampton pour la prestation de services non cliniques

Dans son rapport sur le Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne que le WOHC n'a pas encore établi de procédures pour surveiller le rendement de son partenaire (en ce qui a trait à la prestation de services non cliniques). Il recommande que les hôpitaux mettent en place des procédures qui leur permettent de vérifier le rendement des entrepreneurs et que les rajustements consécutifs au paiement unitaire soient effectués en temps opportun.

Selon le ministère de la Santé, l'entente de service pour l'hôpital de Brampton est vaste. Chaque aspect de la prestation de services, notamment l'entretien ménager et la buanderie, nécessite des dispositions contractuelles détaillées pour assurer une optimisation continue des ressources. M. White a décrit ces ententes

contractuelles comme étant des documents détaillés difficiles à comprendre, et a ajouté qu'il est difficile de déterminer les mesures à prendre pour fournir les niveaux de service requis. Le ministère de la Santé a mentionné que la décision prise en 2006 d'exclure les services non cliniques des ententes DMFA a contribué à simplifier grandement ces ententes.

M. White a mentionné qu'une simplification est nécessaire pour que la mise en oeuvre des ententes permette d'atteindre des objectifs et ne consiste pas seulement en un travail de gestion de paramètres. À l'hôpital de Brampton, tout écart se situant entre 95 % et 105 % à l'égard, notamment, des volumes de services d'entretien ménager ou de services de conciergerie, est rajusté chaque mois sur la facture. L'hôpital paie uniquement pour les services reçus. Il existe des paramètres additionnels pour régir des éléments tels que les niveaux de satisfaction. Ces paramètres sont complexes, mais le but est que l'hôpital ne paie que pour les services qu'il obtient.

Le Comité a posé une question au sujet d'une remarque faite par le prédécesseur de M. White, selon laquelle il est prévu que l'hôpital de Brampton recevrait davantage de services non cliniques à la suite de l'entente. M. White a répondu qu'on a l'impression que les gens déploient beaucoup d'efforts en vue de conclure une entente complexe, mais très détaillée, comportant des cibles rigoureuses. Il croit que le commentaire de son prédécesseur se fondait sur cet état de fait. Toutefois, il a ajouté qu'il est désormais nécessaire de simplifier le tout et de se concentrer sur ce qui est requis sur le plan du service, plutôt que sur certaines attentes susceptibles, à son avis, de ne pas être raisonnables.

Selon M. White, le budget d'exploitation de l'hôpital comprend le budget global et le plan de fonctionnement postérieur à la construction, qui comprend les éléments relatifs à la prestation des services non cliniques et prévoit des coûts standards en ce qui a trait à l'augmentation des niveaux de services aux patients. Si les niveaux des services non cliniques sont accrus, alors une plus grande part du budget d'exploitation est consacrée aux services non cliniques. Toutefois, M. White a souligné que cette augmentation de coûts est assumée par le ministère de la Santé. Le Comité a demandé quels sont les facteurs incitant à maintenir les coûts bas si le ministère assume les augmentations. M. White a répondu qu'il discute actuellement de cette question avec le ministère. L'objectif est de déterminer comment simplifier l'entente de prestation des services non cliniques et comment instaurer les bonnes mesures incitatives pour réduire les coûts. M. White est heureux de la décision prise en 2006 par le gouvernement d'exclure les services auxiliaires des ententes DMFA.

Transparence et responsabilisation

Dans son rapport sur l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne qu'il n'y avait pas de politique standard sur les pratiques de divulgation propres aux ententes P3. Il recommande que, afin d'assurer la transparence, Infrastructure Ontario établisse et communique une politique en matière de divulgation des renseignements sur les projets DMFA.

Le ministère de la Santé a répondu à cette recommandation en mentionnant qu'Infrastructure Ontario s'est engagé à faire preuve de transparence et se conforme à une politique de divulgation à l'égard de tous les projets. Conformément à cette politique, les demandes de qualifications sont affichées sur MERX (ce qui est un service d'offre de soumission électronique du gouvernement), 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. Les méthodologies relatives à l'optimisation des ressources et au transfert des risques sont également publiques.

Approche future pour les hôpitaux : Déménagement dans de nouvelles installations

Le ministère de la Santé a indiqué que la décision de nommer un superviseur au WOHC dans le cadre du Projet de l'hôpital de Brampton reposait sur la complexité de mener à bien un projet de construction d'une telle envergure et de déménager dans un nouvel immeuble tout en continuant d'offrir des services de qualité aux patients. Le ministère procède actuellement à la formulation d'un processus pour gérer ces enjeux à l'avenir. M. White a indiqué qu'il siège au comité du ministère qui examine les moyens de gérer de telles transitions.

Le ministère a indiqué qu'à l'hôpital de Brampton, des modifications aux méthodes de fonctionnement étaient nécessaires parce que les membres du personnel n'étaient pas familiarisés avec la nouvelle installation, qui diffère de l'ancienne. Déménager au nouvel hôpital, prendre la situation en mains et déterminer de nouveaux modes de fonctionnement pour tenir compte des nouveaux lieux sont des aspects importants qui ont été pris en considération. Le ministère est à formuler une approche plus cohérente pour faciliter le processus de déménagement des hôpitaux dans de nouveaux lieux.

Le Comité a commenté les critiques formulées par les membres de la collectivité locale au sujet de la qualité des services offerts par l'hôpital de Brampton. M. White a répondu que l'hôpital de Brampton est un hôpital d'avant-garde en Ontario, doté de technologies et d'un personnel de pointe. Toutefois, il a constaté que la transition à ce type d'installation a été très difficile et qu'à l'époque, l'hôpital a été confronté à de nombreux problèmes internes. M. White a ajouté qu'il sera nécessaire de prévoir de tels problèmes à l'avenir, car ils peuvent mettre indûment en péril la stabilité et la sécurité des soins aux patients. Il a indiqué que selon lui, la plupart des problèmes relatifs à l'hôpital de Brampton ont été abordés et a précisé que la collectivité avait des attentes divergentes quant à l'emplacement du nouvel hôpital et à ce qu'il adviendrait de l'ancien. L'hôpital a travaillé en très étroite collaboration avec la collectivité et a réalisé quelques gains importants.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité permanent des comptes publics au sujet de toute ligne directrice mise en oeuvre pour faciliter la transition de l'ancien hôpital vers le nouveau. Si le ministère dispose de telles lignes directrices, il doit également préciser dans quelle mesure le Projet de l'hôpital de Brampton a influé sur leur contenu.**

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 1. D'ici à ce que les 117 projets de nouveaux hôpitaux en cours en Ontario soient terminés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport annuellement au Comité permanent des comptes publics des projets ayant été terminés au cours de l'exercice, en précisant ceux qui ont – et n'ont pas – été livrés dans les délais et les budgets prévus. Le ministère devra également indiquer la méthode d'acquisition utilisée pour chaque projet de nouvel hôpital mentionné dans son rapport.**
- 2. Comme il est désormais possible d'avoir accès à des spécialistes de la gestion de projet par l'entremise d'Infrastructure Ontario pour les projets acquis selon le modèle de diversification des modes de financement et d'approvisionnement (DMFA), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport au Comité permanent des comptes publics sur la façon dont le ministère est en mesure de surveiller si un hôpital entreprenant un projet acquis selon le modèle classique « conception-construction » est en mesure de faire appel à des spécialistes équivalents en matière de gestion de projet pour superviser ces projets.**
- 3. Infrastructure Ontario doit déclarer au Comité si son évaluation de l'optimisation des ressources inclut une estimation des avantages fiscaux éventuels découlant de déductions pour amortissement et d'autres postes inclus dans l'entente de diversification des modes de financement et d'approvisionnement (DMFA) dont pourraient profiter ses partenaires du secteur privé.**
- 4. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure doit faire rapport au Comité permanent des comptes publics du coût moyen du financement des ententes de projet DMFA qui ont été conclues à ce jour à l'égard d'hôpitaux.**
- 5. Le Comité permanent des comptes publics est encouragé par le potentiel d'optimisation des ressources qui découle de l'adoption d'un devis descriptif générique et par conséquent, demande que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée déclare si tous les projets d'immobilisations relatifs à des hôpitaux sont tenus de se conformer à ce devis.**
- 6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité permanent des comptes publics au sujet de toute ligne directrice mise en oeuvre pour faciliter la transition de l'ancien hôpital vers le nouveau. Si le ministère dispose de telles lignes**

directrices, il doit également préciser dans quelle mesure le Projet de l'hôpital de Brampton a influé sur leur contenu.