

**MANUEL DE
POLITIQUES ET
DE PLANIFICATION
EN MATIÈRE
D'IMMOBILISATIONS
POUR LES
HÔPITAUX**

LES COLLECTIVITÉS SÉCURITAIRES, LA SÛRETÉ POUR L'ONTARIO

Chapitre 1 : Introduction	6
1.0 Portée et objectifs	6
1.1 Exigences législatives et des politiques	7
1.2 Définir un projet d'immobilisations hospitalières	8
1.3 Présentation du processus de planification des immobilisations	9
1.4 Rôles et responsabilités en matière de planification des immobilisations	11
Ministère de la Santé	11
Santé Ontario	11
Hôpitaux	12
Infrastructure Ontario	13
Chapitre 2 : Planification d'un projet d'immobilisations	15
2.1 Programme directeur et plan directeur	15
2.2 Détermination et analyse des besoins	16
Facteurs qui sous-tendent les besoins en immobilisations	16
Principes de planification	17
Données sur les installations et analytique	18
2.3 Types de projets	18
1. Projets du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	18
2. Petits projets hospitaliers	19
3. Grands projets hospitaliers	19
4. Projets financés par des fonds propres	19
2.4 Subventions d'immobilisations	20
Subvention de planification	20
Subvention de mise en œuvre	21
Subvention complète (planification et mise en œuvre)	21
2.5 Processus de planification et d'approbation	21
Niveaux d'approbation	21
Présentations relatives aux étapes	22
Bulletins de planification des immobilisations	23
Exigences concernant l'examen des présentations relatives aux étapes	23
2.6 Cycle d'examen	26
Réduire les cycles d'examen des présentations	26
Cycle de planification financière du gouvernement pour les projets d'immobilisations	27
2.7 Considérations relatives à la planification d'un projet d'immobilisations hospitalières	29

Équipe de projet (d'immobilisations) intégrée	29
Chef de projet	29
Types de conseillers en planification	30
Mesure du rendement	30
Analyse des risques	31
Guide de partage des coûts d'immobilisations des hôpitaux	32
2.8 Modèles d'approvisionnement	33
Modèle d'approvisionnement traditionnel	33
Modèle de partenariat public-privé	34
Chapitre 3 : Processus de présentation relative aux étapes	37
3.1 Planification anticipée	37
Étape 1.1 : Présentation préalable au projet d'immobilisations	37
Étape 1.2 : Élaboration de la proposition	40
Sélection et acquisition des sites	41
Planification des installations	42
Programme directeur	42
Plan directeur	43
Plan d'aménagement des installations	44
Étape 1.3 : Programme fonctionnel	47
Normes de planification et de conception des espaces	49
Points de référence du ministère en ce qui a trait à l'espace	49
Exigences en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour la planification et l'établissement des coûts des projets d'immobilisations hospitaliers	50
Plan d'exploitation après la construction	50
Plan de la part locale	51
Analyse de la valeur et ingénierie de la valeur dirigée par le ministère	52
3.2 Planification détaillée	56
Présentation de la conception	56
Étape 2.1 : Conception préliminaire 1 (schémas synoptiques)	56
Étape 2.2 : Conception préliminaire 2 (rapport sur les croquis)	58
Étape 2.3 : Documents contractuels	60
Dossier de présentation préalable à l'appel d'offres (facultatif)	60
Dossier de présentation de l'appel d'offres	60
Concepts clés de l'élaboration d'un appel d'offres	61
Formes d'appel d'offres soutenues par le ministère	61
Processus d'appel d'offres : Approvisionnement traditionnel	62

Sélection préalable	62
Instructions aux soumissionnaires	63
Allocations en espèces	67
Allocations en espèces autorisées	67
Ouverture des offres	68
3.3 Construction et règlement	68
Étape 3.1 : Attribution du contra	68
Étape 3.2 : Construction	69
Paiements	69
Modifications à la portée du projet	70
Exécution finale	71
Procédures de transition ou de prise en charge	71
Réclamations	72
Période de garantie	72
Inspection de garantie	72
Évaluation après emménagement	73
Étape 3.3 : Règlement	73
Chapitre 4: Processus de partenariat public-privé	76
4.1 Aperçu	76
Rôles et fonctions d'Infrastructure Ontario	77
4.2 Processus de présentation, d'examen et d'approbation	78
4.3 Conception et élaboration des documents contractuels	78
Construction-financement (CF)	78
Conception-construction-financement (CCF) et conception-construction-financement-entretien (CCFE)	79
4.4 Demande de qualification	80
4.5 Demande de propositions	80
4.6 Étape 3.1a : Clôture commerciale	81
4.7 Étape 3.1b : Clôture financière	81
4.8 Étape 3.2 : Construction	81
4.9 Étape 3.3 : Règlement	82
Liste des annexes	84
Politiques et documents d'orientation	84
Directives du gouvernement	84
Lois et codes	84
Normes de l'industrie et documents de référence.....	85
Associations professionnelles	85

1

Introduction

Chapitre 1 : Introduction

1.0 PORTÉE ET OBJECTIFS

Le gouvernement de l'Ontario, par l'intermédiaire du ministère de la Santé (le ministère), offre une orientation et un soutien aux fournisseurs de services de santé dans l'ensemble de la province pour la construction, la rénovation et l'entretien de leurs établissements de soins de santé, et ce, en vue de permettre la prestation de soins de grande qualité axés sur le patient. Le Manuel de politiques et de planification en matière d'immobilisations pour les hôpitaux (le Manuel) établit le cadre global pour la gestion des immobilisations dans le **secteur hospitalier** et pour l'établissement de politiques régissant les projets et les processus en matière d'immobilisations, y compris le financement des immobilisations approuvé. Le Manuel décrit les exigences en matière de présentation pour les hôpitaux qui proposent d'entreprendre un projet d'immobilisations, ainsi que les processus d'examen et d'approbation ultérieurs menés par le ministère en fonction des conseils stratégiques de l'agence Santé Ontario.

Les **objectifs** précis du Manuel sont les suivants :

1. communiquer aux intervenants les processus, les politiques et les lignes directrices du ministère en matière de planification des immobilisations et d'approbation;
2. assurer la conformité avec les politiques du ministère et du gouvernement afin de maintenir la responsabilisation législative et financière;
3. offrir une orientation sur la façon de suivre efficacement le processus de présentation et d'examen de projets d'immobilisations;
4. faciliter l'élaboration de présentations de projets d'immobilisations qui favorisent la prestation de soins de grande qualité grâce à une conception axée sur le patient.

Le Manuel est rédigé essentiellement à l'intention du secteur hospitalier et est conçu comme une ressource fondamentale visant à orienter l'élaboration et l'exécution de projets d'immobilisations en milieu hospitalier. Les hauts dirigeants de tous les hôpitaux publics ainsi que ceux qui participent à la planification, à la conception et à la construction d'établissements de soins de santé devraient se familiariser avec le contenu du présent document. Des références sont fournies tout au long du Manuel invitant le lecteur à consulter les politiques et les documents d'orientation en matière d'immobilisations qui offrent des précisions concernant :

- la compréhension de l'éventail des exigences législatives, des normes et des pratiques exemplaires qui peuvent s'appliquer à un projet d'immobilisations donné;
- l'élaboration de demandes pour des projets d'immobilisations, avec ou sans le financement des immobilisations du ministère;
- le choix de l'équipe de projet intégrée appropriée pour planifier et mettre en œuvre les projets d'immobilisations;
- la mise en œuvre des étapes d'un projet d'immobilisations;
- la compréhension des processus d'examen et d'approbation des présentations de projets d'immobilisations pour les modèles d'approvisionnement traditionnel et de partenariat public-privé (PPP);
- la compréhension des coûts admissibles et non admissibles au financement des immobilisations du ministère.

Principes directeurs du Manuel

Les projets d'immobilisations hospitalières devraient :

- 1. appuyer la prestation de services hospitaliers et les besoins opérationnels;*
- 2. assurer l'optimisation des ressources au moyen de l'application de pratiques saines de planification des immobilisations et des finances qui sont justes et transparentes;*
- 3. promouvoir et maintenir la sécurité des patients;*
- 4. protéger l'intérêt public.*

Les hôpitaux de l'Ontario peuvent communiquer avec la Direction de l'investissement dans les immobilisations en matière de santé (DIIMS) du ministère pour obtenir une réponse à toute question qui n'est pas abordée dans le Manuel ou pour demander des précisions sur le processus de planification des immobilisations. La DIIMS a désigné des conseillers principaux selon les régions géographiques (Nord et Est, Sud et Ouest, région du grand Toronto) qui peuvent offrir une aide supplémentaire. Toutes les demandes de renseignements d'ordre général doivent être envoyées à l'adresse suivante : HealthCapitalInvestmentBranch@ontario.ca.

1.1 EXIGENCES LÉGISLATIVES ET DES POLITIQUES

Les hôpitaux doivent se conformer aux lois, aux règlements et aux politiques qui suivent dans le cadre du processus de planification des immobilisations.

Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, L.R.O. 1990 (LMSSLD)

- Tel qu'il est indiqué dans la LMSSLD, le ministre de la Santé a pour fonction, entre autres, de veiller à l'état de la santé de la population de l'Ontario et d'en améliorer les divers aspects, ainsi que d'assurer la mise sur pied, la coordination et le fonctionnement d'une gamme complète de services de santé et d'un réseau harmonieux et intégré d'hôpitaux et d'autres établissements de santé en Ontario. La LMSSLD établit également le pouvoir du ministre de la Santé de diriger le ministère et toutes ses fonctions et d'en assumer la responsabilité.

Loi sur les hôpitaux publics, L.R.O. 1990 (LHP)

- Conformément à la LHP, un hôpital est un établissement, bâtiment, local ou lieu destiné au traitement de malades et agréé en tant qu'hôpital public en vertu de la Loi. La LHP confère au ministre de la Santé, ou à son délégué, le pouvoir légal de verser des subventions de fonctionnement et d'immobilisations [paragraphe 5(1); 5(2); 5(3); 5(4)] aux associations hospitalières. La LHP prévoit qu'aucun établissement, bâtiment ou autre local ou lieu ne doit être exploité ou utilisé pour les besoins d'un hôpital sans l'approbation à cette fin par le ministre ou son délégué [paragraphe 4(3)]. En outre, aucun terrain, bâtiment, local ou lieu, ou une partie de ceux-ci, acquis ou utilisé pour les besoins d'un hôpital ne doit être vendu, loué à bail, hypothéqué ni aliéné d'une autre façon sans approbation préalable [paragraphe 4(4)].

Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic et Directive en matière d'approvisionnement dans le secteur parapublic

- La Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic et la Directive en matière d'approvisionnement dans le secteur parapublic énoncent les responsabilités des organismes du secteur parapublic, y compris les hôpitaux, à chaque étape du processus d'approvisionnement afin de garantir un processus ouvert, équitable et transparent.

Autres lois, directives et politiques

- Plusieurs lois supplémentaires s'appliquent à divers programmes et services hospitaliers. À titre d'exemple, lorsqu'un hôpital acquiert certains appareils de diagnostic, comme un tomodensitomètre, il doit respecter la *Loi sur la protection contre les rayons X*. Dans le contexte des projets d'immobilisations, il y aura des lois applicables à la santé et à la sécurité ainsi qu'à la construction de bâtiments (Code de prévention des incendies de l'Ontario, Code du bâtiment de l'Ontario, etc.).

On encourage le personnel hospitalier chargé de la planification d'un projet d'immobilisations à consulter la section des annexes portant sur les lois et les codes comme point de départ pour obtenir des renseignements supplémentaires. Le ministère recommande également de consulter un conseiller juridique au sujet des exigences législatives applicables qui pourraient s'appliquer.

Le ministère peut invoquer des mesures d'urgence temporaires pouvant remplacer le présent document.

Dans certaines circonstances, l'Ontario a l'obligation de consulter les collectivités autochtones qui pourraient être touchées, de même que de donner suite aux préoccupations soulevées par ces dernières. Veuillez envoyer un courriel à l'adresse HealthCapitalInvestmentBranch@ontario.ca, pour obtenir de plus amples renseignements.

1.2 DÉFINIR UN PROJET D'IMMOBILISATIONS HOSPITALIÈRES

Un « projet d'immobilisations » hospitalières peut s'entendre de l'apport d'un ou de plusieurs changements à un établissement hospitalier par la démolition, la construction, la modification ou la rénovation d'un espace physique, ou encore par un ajout à cet espace, lui permettant d'appuyer les fonctions cliniques; ou d'un projet qui fournit ou remplace l'équipement essentiel à l'exécution d'une fonction définie pour les opérations de l'établissement (projet d'infrastructure). Ce projet peut être autofinancé (fonds propres) ou à frais partagés par le ministère.

Les projets d'immobilisations hospitalières suivent un cycle de projet qui consiste à déterminer un besoin, à élaborer un concept, à créer un plan, à mettre en œuvre le plan, à clore le plan et à surveiller les opérations continues. La réussite est généralement évaluée en fonction de la mesure dans laquelle le projet d'immobilisations est achevé dans les délais prescrits, conformément au budget et à une portée prédéfinie et permet de répondre aux exigences prévues en matière de prestation de services de santé.

Il existe deux principaux types de projets d'immobilisations : 1) les projets de rénovation et 2) les projets d'agrandissement.

Les **projets de rénovation** sont entrepris dans le but de rénover, de restaurer ou de remplacer un actif existant de manière à ce qu'il retrouve sa capacité initiale ou sa capacité de rendement. Ces projets sont essentiellement réalisés afin de prolonger la durée de vie utile des biens immobiliers. Les rénovations internes qui rétablissent la fonctionnalité ou l'état d'un espace existant sans accroître l'empreinte physique seraient considérées comme des projets de rénovation, notamment la remise en service du système de chauffage et de ventilation de l'hôpital. Les projets de rénovation ne tiennent pas compte des exigences courantes en matière d'entretien des installations, mais plutôt des travaux qui dépassent la portée des exigences quotidiennes en matière d'entretien des installations puisqu'ils prolongent la durée de vie utile de l'actif et que les dépenses connexes sont amorties.

En revanche, les **projets d'agrandissement** sont conçus pour accroître la capacité d'une organisation d'offrir des services en ajoutant un nouvel actif au système d'une organisation (p. ex. de nouveaux programmes cliniques) ou en renforçant la capacité physique (p. ex. l'empreinte de l'immeuble) d'un actif existant. À titre d'exemple, un projet d'agrandissement pourrait comprendre l'ajout d'un nouvel immeuble ou d'une aile d'un immeuble à un hôpital pour répondre à la croissance démographique, offrir de nouveaux programmes et services qui n'étaient pas déjà offerts à un emplacement donné ou prendre en compte une augmentation de la demande de services cliniques. Il pourrait également s'agir de rénover un espace existant (p. ex. libérer un espace grâce au déplacement d'autres services) afin de l'adapter aux nouveaux modèles de soins cliniques.

Bien qu'il soit difficile et souvent impossible de faire une distinction complète entre les coûts associés à l'atteinte des objectifs de rénovation ou d'agrandissement dans le cadre d'une analyse de rentabilisation donnée, il est utile d'expliquer comment un projet proposé permettra d'atteindre un ou plusieurs de ces objectifs, ainsi que de fournir des preuves à l'appui.

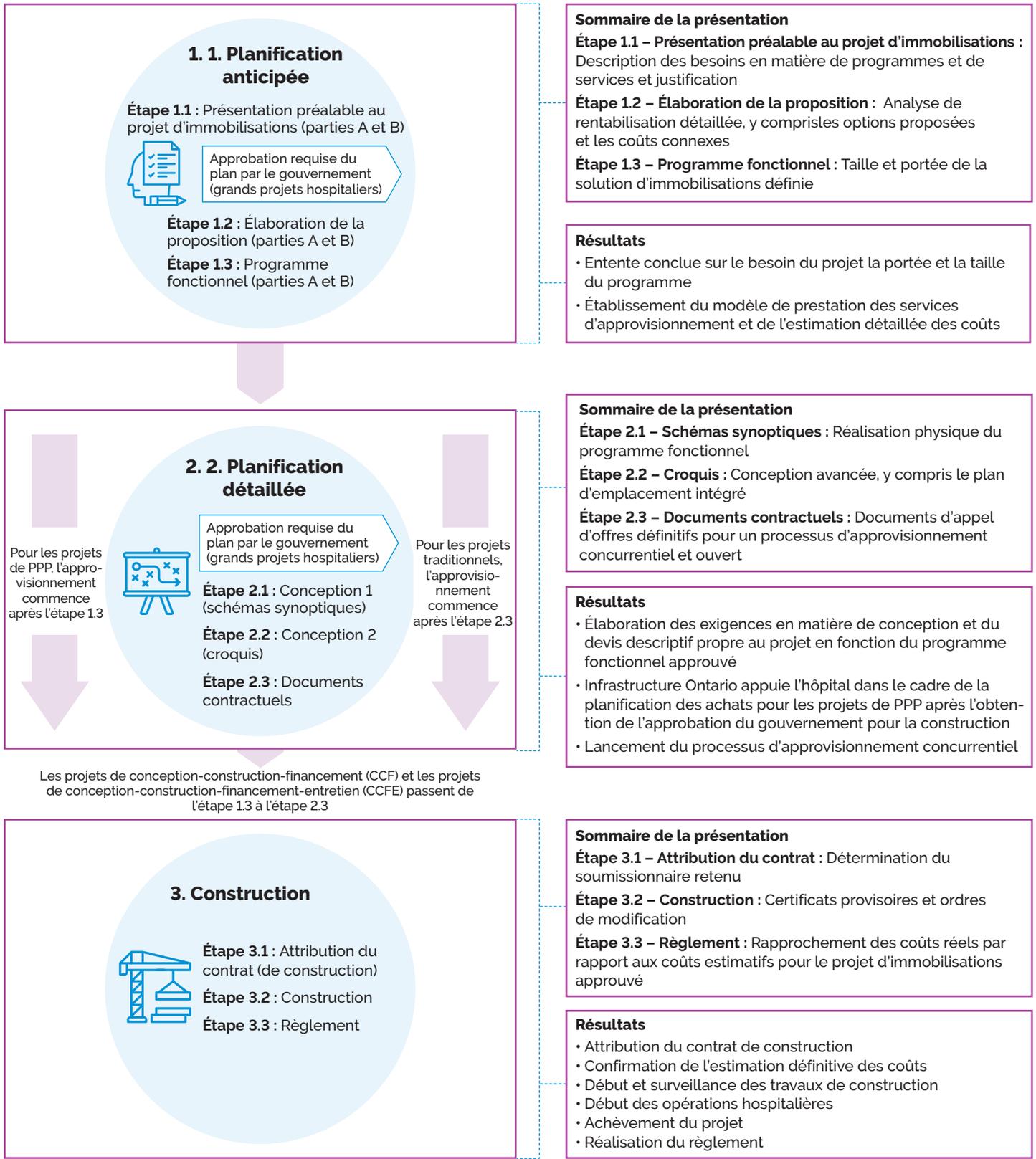
Veillez prendre note qu'en vertu du Manuel, les hôpitaux doivent recevoir l'approbation du ministère pour mettre en œuvre un projet d'immobilisations (rénovation ou agrandissement), à l'exception des projets financés dans le cadre du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé et des projets financés par des fonds propres dont la valeur est inférieure au seuil de coûts applicable. Veuillez consulter la matrice de risques (figure 2a) pour obtenir de plus amples renseignements.

1.3 PRÉSENTATION DU PROCESSUS DE PLANIFICATION DES IMMOBILISATIONS

Toutes les présentations de projets d'immobilisations doivent suivre le processus de planification des immobilisations à étapes multiples (voir la figure 1a). Les « étapes » de projets d'immobilisations ont été élaborées conformément à la méthode employée par l'industrie de la construction et par conséquent, à l'exception de l'étape du concept et de la demande (« présentation préalable au projet d'immobilisations »), reflètent les conventions d'appellation que connaît bien l'industrie.

Le processus d'approbation des projets d'immobilisations est intégré au processus de planification des immobilisations. Pour passer d'une étape à l'autre, il faut obtenir l'approbation du gouvernement ou du ministère. Le niveau décisionnel au sein du gouvernement ou du ministère nécessaire aux approbations à chaque étape peut varier en fonction du *type de projet* et de la *classification du projet*. De plus amples renseignements sur le processus de planification des immobilisations et les approbations connexes, y compris les exigences en matière de présentation, figurent aux chapitres 2 et 3.

Figure 1a. : Aperçu : Résumé de la planification des immobilisations pour les hôpitaux et processus d'approbation



Remarque : Les approbations gouvernementales pour les grands projets hospitaliers sont présentées ci-dessus. D'autres approbations ministérielles seront nécessaires.

1.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DES IMMOBILISATIONS

Ministère de la Santé

Le mandat du ministère consiste à établir le cadre stratégique global et les exigences en matière de production de rapports pour toutes les dépenses en immobilisations dans le domaine de la santé en Ontario, de même qu'à donner des conseils fondés sur des données probantes au ministre de la Santé ainsi qu'au Conseil du Trésor et au Conseil de gestion du gouvernement sur les décisions relatives aux immobilisations dans le domaine de la santé.

La DIIMS, en tant que représentante désignée du ministère, conserve l'obligation prévue par la loi d'examiner les plans d'immobilisations des hôpitaux en vertu de la LHP. Voici les responsabilités particulières de la DIIMS :

- élaborer des programmes et des politiques en matière d'immobilisations, ainsi que des plans pluriannuels exhaustifs pour exercer un leadership et verser un financement des immobilisations dans de multiples secteurs de la santé;
- appliquer les buts et les objectifs provinciaux en matière de planification et de conception garantir l'atteinte d'un niveau de rendement normalisé dans la conception de tous les établissements de soins de santé de la province;
- travailler en collaboration avec d'autres secteurs du ministère qui assurent la surveillance opérationnelle ou la surveillance des programmes pour les secteurs admissibles au financement des immobilisations;
- collaborer avec les hôpitaux pour mener à bien un processus de planification des immobilisations à plusieurs étapes normalisé dans l'industrie et examiner la documentation sur la conception et la planification afin de garantir l'harmonisation avec les buts et les objectifs du ministère;
- verser un financement des immobilisations (le cas échéant) à l'appui du financement de la construction et de l'exploitation des hôpitaux à la suite de la construction dans le cadre du programme du *Plan d'exploitation après la construction*.

Santé Ontario

Au sein du système de santé de l'Ontario, Santé Ontario est l'organisme centralisé unique créé pour superviser les principaux secteurs du système de soins de santé, améliorer les orientations cliniques et soutenir les fournisseurs pour faire en sorte que les patients reçoivent des soins de meilleure qualité. Santé Ontario joue également un rôle important dans les premières étapes de la planification des immobilisations (étape 1.1 – Présentation préalable au projet d'immobilisations; étape 1.2 – Élaboration de la proposition; étape 1.3 – Programme fonctionnel). L'organisme s'emploie à veiller à ce que les programmes et les services décrits dans un projet d'immobilisations proposé répondent aux besoins du système de santé local et provincial.

Santé Ontario envisagera d'approuver les présentations anticipées de planification des immobilisations dans les cas suivants :

- les besoins en matière de programmes et de services sont éclairés par le profil démographique et l'utilisation des services;
- les besoins en matière de programmes et de services s'harmonisent avec les priorités du système de santé à l'échelle locale, régionale et provinciale;

- les besoins en matière de programmes et de services s'harmonisent avec les critères cliniques établis, s'il y a lieu, à l'appui de la prestation en toute sécurité de soins de grande qualité;
- les options en matière de mise en œuvre de programmes et de prestation de services, y compris les possibilités d'intégration, la collaboration et la diversification des modes de prestation des services, la capacité de ressources humaines et les services partagés, ont été examinées;
- les services de santé nouveaux et existants sont efficaces, durables et adaptés aux besoins de la collectivité;
- les répercussions opérationnelles sont clairement définies;
- la planification est assurée conformément au cadre financier et aux priorités établis par le gouvernement.

En plus de ces fonctions, Santé Ontario donne des conseils stratégiques au ministère en ce qui concerne l'élaboration de *paramètres de planification* qui fournissent une orientation aux hôpitaux lorsqu'ils entreprennent des activités de planification anticipée et de conception associées à une solution d'immobilisations proposée. Le Ministère peut faire appel à Santé Ontario en vue d'établir l'ordre de priorité de l'ensemble ou d'un sous-ensemble des propositions de projets d'immobilisations reçues de la part des fournisseurs de services, ou exercer une influence à cet égard. Le Ministère peut également faire appel à Santé Ontario en vue du classement de l'ensemble ou d'un sous-ensemble des propositions de projets d'immobilisations reçues de la part des fournisseurs de services, ou exercer une influence à cet égard.

Hôpitaux

Les hôpitaux publics de l'Ontario ont la responsabilité de maintenir leurs installations en bon état et de répondre aux besoins changeants en matière de soins de santé de leurs collectivités. Dans le cadre de cette responsabilité, l'hôpital agit à titre de principal promoteur et planificateur de projet lorsqu'il s'agit de demander l'approbation de Santé Ontario et du ministère pour entreprendre un projet d'immobilisations. Les principaux représentants des hôpitaux comprennent généralement les membres du conseil d'administration, les administrateurs, le personnel des installations et du réaménagement, les planificateurs cliniques ainsi que le personnel de prévention et de contrôle des infections. Les représentants secondaires des hôpitaux comprennent les chefs de projet, les architectes, les responsables des programmes fonctionnels, les ingénieurs, les planificateurs, les consultants en coûts et d'autres consultants embauchés pour planifier et mettre en œuvre un projet d'immobilisations.

Dans le cadre de la planification des projets d'immobilisations, les hôpitaux exercent les fonctions suivantes :

- tenir à jour un programme directeur et un plan directeur (d'emplacement) à jour pour l'association hospitalière;
- préparer des propositions pour des projets d'immobilisations aux fins d'examen par Santé Ontario et le ministère;
- mettre en œuvre les projets d'immobilisations approuvés au moyen de l'acquisition des services de consultants et d'entrepreneurs en planification; et veiller au respect des exigences contractuelles, législatives et stratégiques gouvernementales applicables.

Infrastructure Ontario

Lorsque le ministre de l'Infrastructure lui en fait la demande par écrit, Infrastructure Ontario a la responsabilité de mettre en œuvre des grands projets d'immobilisations, comme les projets de partenariat public-privé (PPP), en collaboration avec les hôpitaux parrains et le ministère. Les services particuliers offerts par Infrastructure Ontario dans le cadre d'un projet d'immobilisations donné sont convenus avec le ministère et l'hôpital parrain au cours de la planification anticipée des immobilisations et peuvent comprendre ce qui suit :

- faire preuve de diligence raisonnable et élaborer un budget fondé sur une estimation des coûts indépendante tierce;
- diriger le processus d'approvisionnement en collaboration avec l'hôpital parrain;
- gérer la construction des projets de PPP conformément aux documents contractuels;
- tous les autres rôles et responsabilités visés à l'annexe xxii.

Veillez consulter le chapitre 4 pour obtenir de plus amples renseignements.

2

Planification d'un projet d'immobilisations dans le domaine de la santé

Chapitre 2 : Planification d'un projet d'immobilisations

Objet

Le chapitre 2 porte sur les concepts clés de planification associés aux nouveaux projets d'immobilisations, y compris un examen de l'objet et de la fonction du plan directeur et du programme directeur, la détermination des besoins en immobilisations et des facteurs qui les sous-tendent, un aperçu des types de projets et des modèles d'approvisionnement, ainsi qu'un résumé du processus de planification, d'examen et d'approbation des projets d'immobilisations.

2.1 PROGRAMME DIRECTEUR ET PLAN DIRECTEUR

Programme directeur

Le programme directeur est un document de planification fondamental décrivant le type et l'étendue des services de soins de santé qui doivent être offerts dans les installations d'un hôpital ainsi que son rôle au sein de la collectivité en général. Le programme directeur porte généralement sur les besoins prévus en matière de services, de dotation et d'espace organisationnel et précise de façon suffisamment détaillée les besoins éventuels des installations à moyen terme (5 à 10 ans) et à long terme (15, 20 et 25 ans).

Plan directeur

Le plan directeur est utilisé parallèlement au programme directeur pour veiller à ce que le processus d'élaboration se déroule de façon coordonnée. Le plan directeur doit s'harmoniser avec la vision stratégique de l'hôpital, du système de santé local et du gouvernement provincial en démontrant comment les services de soins de santé seront offerts. On s'attend à ce que les hôpitaux tiennent à jour un plan directeur, et ce, qu'ils aient ou non besoin d'un projet d'immobilisations.

Un plan directeur efficace permet d'optimiser le potentiel de mise en valeur d'un emplacement en particulier et doit offrir une souplesse optimale pour s'adapter aux changements touchant les besoins en matière de soins de santé et les modèles de prestation de services. À l'instar de tout outil de planification efficace, le plan directeur doit être examiné et mis à jour régulièrement et doit tenir compte des besoins actuels et du point de vue de la « durée de vie » à long terme de l'installation.

Les professionnels de la santé devraient collaborer avec divers professionnels de la conception au sein d'une équipe de projet intégrée afin de définir les divers volets du plan directeur. Des facteurs tels que l'emplacement de l'installation et les caractéristiques et l'état du ou des bâtiments doivent être pris en compte dans l'élaboration d'un plan directeur solide. En outre, les plans d'emplacement, le programme directeur, la conception civile et environnementale, ainsi que les plans municipaux et de transport doivent être examinés simultanément.

i *Le saviez-vous?*

Chaque hôpital a besoin d'un programme directeur et d'un plan directeur qui s'harmonisent avec l'orientation stratégique de l'hôpital. Le programme directeur et le plan directeur sont tous deux préparés à l'échelle de l'organisation pour tous les établissements hospitaliers au sein d'une même association hospitalière.

2.2 DÉTERMINATION ET ANALYSE DES BESOINS

Pour déterminer s'il faut présenter une demande de financement des immobilisations au ministère, les hôpitaux doivent d'abord examiner leurs besoins en matière de prestation de services et les facteurs qui sous-tendent ces besoins. Pour ce faire, il faudra examiner en détail les programmes et les services, y compris les volumes actuels et futurs de services cliniques à court et à long terme, par rapport à l'ensemble des actifs actuel (espace) et à l'état des actifs. L'examen des actifs existants doit tenir compte du programme directeur de l'hôpital, des exigences actuelles et futures en matière d'entretien ainsi que des coûts du cycle de vie prévus qui seront nécessaires pour maximiser la durée de vie utile prévue de tous les bâtiments neufs ou rénovés. Ces renseignements doivent également figurer dans le plan directeur.

L'objectif principal de l'examen consiste à permettre à l'hôpital d'élaborer une gamme d'options possibles pour remédier à toute absence d'harmonisation ou à toute « lacune » entre a) les exigences actuelles et futures en matière de prestation de services et b) les immobilisations existantes de l'hôpital. Les solutions possibles aux lacunes relevées doivent permettre de répondre à des questions clés telles que les suivantes :

- Y a-t-il un moyen de répondre efficacement à nos besoins en matière de prestation de services sans nouvelles dépenses en immobilisations?
- Existe-t-il un moyen de mieux utiliser ou gérer les actifs existants qui pourrait réduire le besoin de dépenses en immobilisations supplémentaires?
- Quelle option appuiera le mieux les stratégies d'intégration du système de santé, de capacité et de prestation de services à l'échelle provinciale et locale?
- Quelle option offrira la plus grande valeur à long terme à la population ontarienne?

Facteurs qui sous-tendent les besoins en immobilisations

Il peut y avoir une seule raison impérieuse d'entreprendre un projet d'immobilisations ou de nombreuses raisons étroitement liées qui dépendent des circonstances locales. Toutefois, les propositions anticipées de projets d'immobilisations, également appelées présentations préalables au projet d'immobilisations, découlent généralement d'un ou de plusieurs des facteurs suivants :

Facteurs principaux

- La proposition appuie la prestation de modèles de soins actuels, nouveaux ou novateurs.
- La proposition appuie les stratégies d'intégration du système de santé, de capacité et de prestation de services à l'échelle provinciale ou locale.
- La proposition tient compte de la croissance démographique et de la hausse connexe des demandes de services cliniques.
- La proposition répond aux besoins en infrastructure (état physique de l'installation).

Facteurs secondaires

- La proposition comble les lacunes dans les services ou un besoin dans la collectivité relevés à la suite de l'évaluation ou de l'analyse du programme¹.
- La proposition répond au besoin de déménagement des programmes et des services existants².
- La proposition appuie l'adoption des innovations technologiques.
- La proposition tient compte des changements économiques, opérationnels ou sociaux.

Notes :

¹ On suppose que le projet ne s'harmonise pas directement avec les priorités du système de santé à l'échelle provinciale ou locale

² *Ibid.*

- La proposition améliore l'efficacité énergétique de l'immeuble, notamment en réduisant l'intensité des émissions de carbone des actifs hospitaliers^{3,4} nouveaux et existants et améliore ou intègre la résistance climatique.

Étant donné la taille et la complexité des soins hospitaliers en Ontario, les demandes de financement des immobilisations présentées au ministère chaque année dépasseront généralement les ressources financières disponibles. Par conséquent, les présentations (préalables au projet d'immobilisations) sont examinées pour en évaluer le financement au sein du cadre financier actuel du gouvernement. Les présentations qui nécessitent un financement provincial auront une plus grande probabilité de recevoir l'approbation du ministère pour passer à l'étape 1.2 (Élaboration de la proposition) du processus de planification des immobilisations si :

1. elles comprennent des données probantes et une définition claire des besoins en tenant compte d'un ou de plusieurs des facteurs susmentionnés;
2. elles respectent les principes de planification du ministère décrits ci-après.

Principes de planification

- La planification doit être assurée conformément au cadre financier et aux priorités établis par le gouvernement.
- La prestation de soins primaires en milieu communautaire devrait être améliorée en transférant des ressources appropriées des hôpitaux vers le secteur communautaire (p. ex. soins à domicile, soins de longue durée).
- La planification doit être fondée sur le profil et les données démographiques (p. ex. les indicateurs socioéconomiques tels que le niveau de scolarité, le revenu du ménage, les aînés âgés de plus de 75 ans qui vivent seuls et les données sur la morbidité et la mortalité) et mettre l'accent sur l'amélioration des résultats en matière de santé pour la collectivité.
- Les services de santé doivent être efficaces, durables et adaptés aux besoins des collectivités, y compris la croissance démographique actuelle et future.
- Il faut favoriser l'élaboration d'approches souples et novatrices en matière de prestation de services.
- Les méthodes actuelles de pratique et de prestation de services doivent être remises en question et des solutions de rechange doivent être étudiées, y compris la mise en commun du personnel médical et professionnel, de la technologie et des services administratifs et autres.
- L'amélioration ou l'élargissement de la prestation de services doit comprendre un plan de ressources humaines exhaustif et durable.
- Il existe une masse critique pour appuyer et maintenir des services de santé de qualité. Cela peut comprendre la possibilité de regrouper de multiples services à un même endroit afin d'améliorer les résultats pour les patients tout en conservant les services de soins primaires nécessaires à l'échelle locale pour faciliter l'accès des patients (ce qui est tout particulièrement pertinent dans les collectivités rurales ou éloignées).
- La planification physique doit répondre aux besoins cliniques.

Notes :

³ Actifs hospitaliers non producteurs de recettes seulement.

⁴ Les mesures d'efficacité énergétique peuvent également répondre aux besoins en matière d'infrastructure (p. ex. des fenêtres plus efficaces).

Données sur les installations et analytique

Le Programme d'évaluation de l'état des installations (PEEI) fournit des données objectives pour aider le personnel des installations hospitalières à évaluer l'état physique (p. ex. systèmes mécaniques, électriques, structuraux et architecturaux) de leurs installations et à préparer des présentations préalables au projet d'immobilisations fondées sur des données probantes aux fins d'examen par le ministère. Créé en 2007, le PEEI est administré au moyen de l'application d'évaluations hospitalières sur place effectuées par des ingénieurs agréés embauchés par le ministère. Les évaluations ont généralement lieu dans le cadre d'un cycle de quatre ans et fournissent aux hôpitaux et au gouvernement des renseignements essentiels sur l'inventaire et l'état des immeubles hospitaliers existants. Elles appuient également l'élaboration de projections à long terme des besoins en investissement dans les immobilisations et contribuent à l'évaluation des demandes de financement associées au renouvellement des installations.

Les principaux éléments du PEEI comprennent un examen physique des installations et des emplacements hospitaliers à l'aide d'un logiciel de gestion des actifs qui mesure, consigne et stocke des données sur l'état des actifs matériels hospitaliers. Chacun des actifs reçoit une cote selon l'indice de l'état des installations (IEI) qui détermine la priorité du renouvellement. Les hôpitaux sont tenus de mettre à jour leurs données dans la base de données du PEEI afin de veiller à ce que des renseignements exacts soient disponibles pour déterminer leurs besoins en matière de renouvellement, de même que pour influencer les décisions en matière de politiques et de financement. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter les lignes directrices du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé ou envoyer un courriel à l'adresse HealthCapitalInvestmentBranch@ontario.ca.

2.3 TYPES DE PROJETS

Le ministère classe les projets d'immobilisations des hôpitaux selon quatre types distincts :

1. Projets du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé

Les hôpitaux sont responsables de la planification des activités de réparation et de remise en état des infrastructures afin de veiller à ce que leurs installations demeurent en bon état.

Reconnaissant la nécessité du renouvellement continu des infrastructures, le ministère a créé le Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé (le Fonds) en 1999.

Le Fonds est conçu pour compléter le programme de renouvellement actuel d'un hôpital et pour permettre de répondre aux exigences en matière de réparation et de remplacement de l'infrastructure de façon prioritaire (c.-à-d. la santé et la sécurité; la conformité avec les divers codes; la dégradation imminente).

Chaque année, le ministère verse des fonds aux hôpitaux admissibles (voir les lignes directrices du Fonds) dans l'ensemble du secteur hospitalier; ce versement de fonds reflète les commentaires de Santé Ontario et est influencé par les résultats des évaluations du PEEI.

Les projets d'infrastructure mineurs généralement appuyés dans le cadre du Fonds sont des projets qui :

- a) n'ont aucune incidence sur les programmes et les services ou sur le financement de fonctionnement;
- b) peuvent être amortis;
- c) n'exigent pas la préparation d'un programme fonctionnel.

Ainsi, les projets du Fonds ne suivent pas le processus complet de planification des immobilisations à plusieurs étapes présenté au chapitre 3.

Pour obtenir de plus amples renseignements, y compris les critères d'admissibilité, veuillez consulter la dernière version des lignes directrices du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé.

2. Petits projets hospitaliers

Le ministère verse directement aux hôpitaux des fonds d'immobilisations pour les petites subventions d'immobilisations. La source de financement est tirée des présentations et des affectations annuelles approuvées par le gouvernement.

Le ministère définit actuellement les petits projets d'immobilisations hospitalières comme étant ceux dont le coût total du projet est inférieur à 20 millions de dollars. Le financement est accordé en fonction des besoins, y compris les facteurs principaux et secondaires énoncés à la section 2.2.

3. Grands projets hospitaliers

Le ministère verse directement aux hôpitaux des fonds d'immobilisations pour les grandes subventions d'immobilisations. La source de financement est tirée des affectations annuelles approuvées par le gouvernement.

Selon la définition actuelle du ministère, les grands projets d'immobilisations hospitalières ont un coût total de projet supérieur à 20 millions de dollars. Le financement est accordé en fonction des besoins, y compris les facteurs principaux et secondaires énoncés à la section 2.2.

4. Projets financés par des fonds propres

Le terme « projets d'immobilisations financés par des fonds propres » signifie les projets d'immobilisations financés par un hôpital public sans contribution financière pour les immobilisations du ministère.

Souvent, ces projets sont financés directement par un hôpital dans le cadre d'initiatives communautaires de collecte de fonds et d'activités génératrices de recettes sur place. D'autres sources de financement pourraient comprendre, entre autres, le soutien d'autres ordres de gouvernement (municipal, fédéral) ou de partenariats externes. Les projets financés par des fonds propres peuvent être de n'importe quelle valeur et tenir compte de divers facteurs principaux et secondaires. Leur caractéristique unique est qu'ils sont entièrement financés par l'hôpital. Les hôpitaux peuvent souhaiter compléter un projet du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé, un petit projet hospitalier ou un grand projet hospitalier au moyen de leurs propres fonds.

2.4 SUBVENTIONS D'IMMOBILISATIONS

Le processus de planification des immobilisations du ministère vise à favoriser l'excellence des soins aux patients grâce à la planification des infrastructures matérielles, tout en maintenant la responsabilisation à l'égard des fonds publics.

En raison de l'incidence que l'environnement bâti peut avoir sur le bien-être des patients, il existe une exigence législative selon laquelle les hôpitaux doivent obtenir l'approbation écrite du ministre avant d'entreprendre des projets d'amélioration des immobilisations. Cette exigence est indépendante de la participation du gouvernement au partage des coûts du projet.

Le ministère utilise diverses subventions pour permettre aux projets d'immobilisations approuvés de franchir les étapes de la planification, de la conception et de la construction. Le type de subvention et le stade du processus d'immobilisations où elle peut être octroyée dépendent de la nature du projet et de la politique ministérielle en vigueur.

Les subventions d'immobilisations représentent toujours un montant « jusqu'à concurrence de » calculé selon les meilleures estimations de coûts disponibles, telles qu'elles sont établies au stade du processus d'immobilisations où elles sont fournies. À titre d'exemple, le ministère peut accorder une subvention « jusqu'à concurrence de » 100 \$ pour réaliser un projet d'immobilisations, mais l'on s'attend à ce que l'hôpital applique des pratiques d'approvisionnement concurrentielles et assure une planification et une surveillance diligentes pour mener le projet à bien à un coût inférieur à ce montant.

La section qui suit décrit les trois principaux types de subventions d'immobilisations utilisées par le ministère :

Subvention de planification

Au fur et à mesure que le système de soins de santé de l'Ontario se transforme en réponse aux changements apportés à la demande de services de santé, les subventions de planification des immobilisations fournissent du financement à l'appui de la planification anticipée d'éventuels investissements futurs dans l'infrastructure.

✓ **Financement de fonctionnement**

Pour les projets d'immobilisations qui ont une incidence sur la mise en œuvre des programmes et la prestation des services, toutes les répercussions sur le financement de fonctionnement doivent être prises en compte avant que l'approvisionnement et la construction ne puissent commencer.

i **Ententes de financement**

Toutes les subventions d'immobilisations sont régies par le droit contractuel. Avant que le financement approuvé par le gouvernement ne puisse être fourni, le ministère et l'association hospitalière doivent conclure une entente de financement énonçant les modalités auxquelles les deux parties doivent se conformer. Les paramètres de planification sont des exigences contractuelles qui doivent être respectées.

L'utilisation de subventions de planification des immobilisations assorties des paramètres de planification établis par le ministère constitue le mécanisme qui permet de veiller à ce que les solutions d'immobilisations d'envergure et de portée appropriées soient mises en œuvre conformément à l'orientation stratégique du gouvernement.

L'approbation d'une subvention de planification ne représente pas une approbation pour commencer l'approvisionnement ou la construction, maintenant ou dans l'avenir. Il est possible qu'une proposition de (grand) projet d'immobilisations (d'un hôpital) ne procède pas à l'étape de la construction, en attendant les résultats d'une planification fondée sur des données probantes et d'autres approbations. Les subventions de planification sont accordées uniquement pour les grands projets hospitaliers et peuvent être octroyées à quelques jalons, y compris à l'étape 1 ou 2.

Subvention de mise en œuvre

Lorsque des subventions de planification ont été accordées et que l'approbation ultérieure du gouvernement est reçue pour continuer, une subvention de mise en œuvre est utilisée pour financer soit la conception et la construction, soit la construction.

Subvention complète (planification et mise en œuvre)

La subvention de planification complète prévoit un montant « jusqu'à concurrence de » pour financer à la fois la planification et la mise en œuvre du projet d'immobilisations approuvé. Elle est généralement offerte pour des projets moins complexes tels que des projets d'infrastructure mineurs et non complexes ou de petits projets de rénovation d'hôpitaux.

2.5 PROCESSUS DE PLANIFICATION ET D'APPROBATION

Niveaux d'approbation

Pour qu'un projet d'immobilisations proposé devienne un projet d'immobilisations approuvé, puis qu'il franchisse les étapes du processus de planification des immobilisations, des approbations du gouvernement ou du ministère sont nécessaires. Il existe trois catégories générales d'approbation :

1. Approbation du gouvernement

L'approbation du gouvernement est requise pour la catégorie des grands projets d'immobilisations hospitalières (plus de 20 millions de dollars). Le pouvoir d'approbation de ces types de projets relève du Conseil du Trésor et du Conseil de gestion du gouvernement et est habituellement divisé en deux phases distinctes : **1) approbation de la planification**, et **2) approbation de la construction**. Un grand projet d'immobilisations hospitalières doit recevoir l'approbation du gouvernement pour la planification avant qu'une approbation de financement ministérielle (p. ex. pour une subvention de planification) ne puisse être donnée. À moins d'indication expresse, l'approbation de la planification ne suppose pas un soutien de la mise en œuvre du projet. Pour que la proposition d'un hôpital aille au-delà de la planification anticipée des immobilisations, l'approbation du gouvernement pour la construction sera nécessaire.

L'approbation du gouvernement n'est pas requise pour les petits projets hospitaliers individuels ou les projets du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé. Pour ces types de projets, l'approbation est donnée directement par le ministre (ou son délégué au nom du ministre).

2. Approbation ministérielle du financement

L'approbation du ministre (ou de son fondé de pouvoir) est requise pour l'ensemble du nouveau financement associé aux projets d'immobilisations de tous les types de projets; cela comprend à la fois les subventions initiales et toute augmentation ultérieure des subventions.

3. Approbation ministérielle des étapes

Les approbations administratives du ministre sont nécessaires pour faire passer un projet d'immobilisations d'une étape à l'autre. Ces approbations sont données par les titulaires de postes ministériels désignés à divers stades du processus.

Bien que les approbations ministérielles des étapes et du financement puissent avoir lieu en même temps à des stades précis du processus de planification des immobilisations, elles sont différentes et distinctes. Les approbations des étapes sont essentiellement des approbations de processus et ne sont pas assorties d'autorisations de financement.

Présentations relatives aux étapes

À chaque étape du processus de planification des immobilisations, l'approbation du ministre repose sur un examen de documents clés appelés « présentations relatives aux étapes ». Les présentations relatives aux étapes consistent en des documents liés à la planification (y compris la confirmation du besoin, le modèle de soins et d'exploitation), à l'appel d'offres, à la construction ou au règlement que l'hôpital est tenu d'élaborer et de présenter au ministre.

Chaque étape du processus de planification des immobilisations est éclairée par une *liste de vérification pour les présentations relatives aux étapes* qui comprend tous les types éventuels de renseignements et de présentations qui pourraient devoir être produits par l'hôpital et transmis à *l'organisme d'approbation* (p. ex. Santé Ontario) ou au ministre.

Le ministre fournit à l'hôpital les listes de vérification pour les présentations relatives aux étapes et les bulletins de planification des immobilisations appropriés afin de favoriser une planification efficace. Le cas échéant, le ministre peut également faire appel au personnel hospitalier avant le début de chaque étape pour examiner les éléments de la liste potentielle de documents pour l'étape donnée ainsi que pour déterminer les éléments requis. Une fois ce processus terminé, l'hôpital comprendra les exigences en matière de documentation pour cette étape, le format souhaité et la façon de soumettre le tout au ministre aux fins d'examen et d'approbation. Le ministre communiquera à Santé Ontario les progrès réalisés à l'égard des présentations relatives aux étapes. Selon la matrice axée sur les risques (figure 2a), le ministre peut accélérer et rationaliser un projet. Ces renseignements seront communiqués à l'hôpital.

i *Le saviez-vous?*

Le respect du processus de planification des immobilisations du ministre facilitera la progression d'un projet au fil des différentes étapes et accélérera la planification d'un projet jusqu'au début de la construction.

Bulletins de planification des immobilisations

Les bulletins de planification des immobilisations (les bulletins) offrent des renseignements, des conseils et une orientation utiles aux hôpitaux ainsi qu'à ceux qui procèdent à la planification, à la conception et à la construction d'installations hospitalières.

Les bulletins appuient le processus de planification des immobilisations en offrant des renseignements détaillés sur les éléments fondamentaux de la conception et les exigences en matière de présentation technique. Ils constituent également l'un des principaux moyens par lesquels le ministère préconise et appuie l'excellence de la planification et de la conception pour les établissements de soins de santé de l'Ontario.

Les dernières copies électroniques des bulletins figurent à la section « Politiques et documents d'orientation » des annexes.

Exigences concernant l'examen des présentations relatives aux étapes

Le niveau d'examen requis par le ministère pour chaque présentation relative aux étapes dépend grandement de la taille, de la portée, de la complexité et des risques relatifs associés à chaque projet.

Dans certains cas, les attestations hospitalières peuvent être utilisées au lieu d'un examen ministériel direct afin de permettre une progression plus simplifiée dans le cadre du processus de planification des immobilisations.

Toutefois, à moins d'indication contraire, l'approbation du gouvernement ou du ministère est nécessaire pour passer d'une étape du processus de planification des immobilisations à l'autre.

La figure 2a présente de plus amples renseignements sur les catégories de projets qui sont admissibles à des attestations au lieu d'un examen ministériel direct. La figure 2a contient également de l'information sur les exigences du ministère en matière de présentation relative aux étapes et d'approbation par catégorie de projet. Veuillez prendre note que pour les projets d'imagerie diagnostique, les protocoles concernant l'imagerie par résonance magnétique et la tomodensitométrie remplacent cette exigence. Veuillez prendre note que l'équipement de rayonnement et de tomographie par émission de positons de remplacement suit un processus distinct appuyé par la DIIMS et Santé Ontario. Veuillez communiquer avec la DIIMS ou Santé Ontario pour obtenir de plus amples renseignements. Veuillez consulter les annexes pour obtenir de plus amples renseignements.

Lorsqu'un changement d'état d'un projet se produit – par exemple, d'un projet financé par des fonds propres vers un projet financé ou l'agrandissement d'un espace non clinique pour en faire un espace clinique –, des examens complets des présentations relatives aux étapes sont nécessaires pour déterminer la voie à suivre.

L'objectif du ministère en matière de planification et de conception de projets d'immobilisations est de favoriser un environnement qui permet la prestation des services de santé de la manière la plus efficace, productive, accessible et sécuritaire possible tout en tenant compte des besoins des patients et du personnel. Pour atteindre cet objectif, le ministère utilise les objectifs de planification et de conception EASPD dans le cadre de son examen des présentations relatives aux étapes pour tous les projets d'immobilisations hospitalières, quelle que soit la source de financement. À cette fin, le ministère appliquera les objectifs de planification et de conception (EASPD) suivants dans le cadre de son examen :

Tableau 2b : Principes EASPD

Objectifs de planification et de conception	Définition
Efficacité opérationnelle	La planification et la conception des installations hospitalières doivent mettre l'accent sur la création d'un environnement opérationnel productif et efficace dans le cadre de la prestation des services de soins de santé. Cela comprend l'élaboration de solutions physiques qui favorisent et améliorent les résultats pour les patients (p. ex. éclairage, contrôle du bruit, vue sur la nature), tout en créant un environnement de travail habitant pour le personnel et les autres fournisseurs de soins de santé. Le ministère appuie les modèles de soins axés sur le patient.
Accessibilité	L'accessibilité peut être prise en compte en relevant les obstacles à l'accès et en éliminant ces obstacles. La conception sans obstacle offre un niveau d'accessibilité aux personnes handicapées; tandis que la conception universelle vise à être une solution polyvalente qui aide tout le monde et non seulement les personnes handicapées. Le ministère appuie les principes de la conception universelle et sans obstacle ainsi que de la conception ergonomique du milieu de travail.
Sécurité	Cet objectif est important pour le personnel et les utilisateurs de toute installation. Le fait de se sentir en sécurité et d'être en sécurité dans n'importe quel environnement augmente les résultats pour les patients et le personnel. La protection des renseignements personnels et la confidentialité sont deux concepts importants pour favoriser un environnement sécuritaire. À titre d'exemple, cet objectif peut comprendre des lignes de visibilité claires entre le patient et le personnel et la capacité du personnel d'exercer une supervision visuelle et un contrôle à l'égard d'un programme.
Prévention et contrôle des infections	Le respect des lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections comprend la compréhension et la mise en œuvre de lignes directrices sur le contrôle des infections à l'intention du personnel et des patients. Pour ce faire, un/e professionnel/le agréé de la prévention et du contrôle des infections doit procéder à un examen des processus et des caractéristiques de conception du projet proposé. Cet examen doit permettre de déterminer si le ou les processus et les caractéristiques de conception architecturale proposés, ainsi que l'orientation recommandée sont acceptables, partiellement acceptables ou inacceptables. Si la proposition est partiellement acceptable ou inacceptable, une liste des modifications recommandées pour les processus et les caractéristiques de conception non appuyés doit être dressée. De plus, le/la professionnel/le agréé/e de la prévention et du contrôle des infections doit être présent tout au long de la construction pour surveiller les problèmes potentiels, conformément à la norme <i>CSA Z317.13-12 Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé</i> .
Durabilité	Cet objectif peut être mesuré au moyen de l'analyse de la valeur, de la conservation de l'énergie et de la planification en vue d'une plus grande souplesse afin de tenir compte des changements dans la prestation de soins ou l'élargissement de la portée des programmes. Cet objectif s'inscrit dans le cadre de l'objectif général visant à promouvoir la durabilité du système de soins de santé de l'Ontario. La durabilité tient compte non seulement des projets d'immobilisations directs dans le milieu bâti, mais également des services offerts dans ces établissements (c. à d. le coût de fonctionnement total). Dans le contexte de la durabilité, il faut également prendre en considération une conception hospitalière souple et efficace. Cela peut nécessiter la création d'espaces souples (modules) pouvant être réaffectés en fonction des besoins actuels en matière de programmes et de prestation de services ¹ .

Veillez consulter les annexes pour obtenir le bulletin complet de planification des immobilisations selon les principes EASPD.

¹ Veillez consulter les annexes pour obtenir de l'information sur la façon dont le plan de conservation de l'énergie et de gestion de la demande d'un hôpital élaboré en vertu du règlement Secteur parapublic : Rapports sur l'énergie et plans de conservation de l'énergie et de gestion de la demande du ministère de l'Énergie peut favoriser la durabilité en aidant les hôpitaux à déterminer et à mettre en œuvre des projets d'économie d'énergie.

Une fois l'évaluation terminée, il y a deux possibilités :

1. Le ministère conclut que la documentation fournit tous les renseignements nécessaires pour réaliser l'examen pour cette étape du processus. Si tel est le cas, le ministère informera l'hôpital qu'il n'est pas nécessaire d'entreprendre d'autres travaux à cette étape et que l'hôpital peut passer à l'étape suivante du processus de planification des immobilisations si l'approbation est obtenue.
OU
2. Le ministère conclut qu'il y a des lacunes dans la documentation fournie, ou que certains aspects nécessitent des éclaircissements ou des renseignements supplémentaires. Dans ce cas, le ministère informera l'hôpital qu'il faut apporter des modifications à la documentation pour combler les lacunes relevées sur le plan de l'information ou des pratiques exemplaires actuelles.

2.6 CYCLE D'EXAMEN

Les exigences concernant l'apport de modifications ou de précisions aux documents de présentation relative aux étapes sont envoyées à l'hôpital par correspondance écrite. Cette correspondance concernant les présentations relatives aux étapes est appelée « commentaires » du ministère. L'hôpital sera ensuite tenu de réviser et de soumettre de nouveau la présentation relative aux étapes pour répondre aux commentaires du ministère ainsi qu'à tous les autres commentaires dans un **formulaire de questions et commentaires** utilisé par le ministère. Chacune de ces mesures, qui consiste à soumettre des documents relatifs aux étapes aux fins d'examen du ministère et à recevoir par la suite une réponse du ministère, est connue sous le nom de « cycle d'examen ». En fonction de la complexité de chaque proposition, le ministère envisagera de combiner des étapes afin d'accélérer l'examen.

Réduire les cycles d'examen des présentations

Le nombre de cycles d'examen requis à chaque étape du processus de planification des immobilisations aura une incidence directe sur les échéanciers du projet tel qu'il est établi dans le calendrier du projet.

Lorsque les commentaires du ministère comprennent des questions, des demandes de renseignements supplémentaires ou des directives pour apporter des changements, l'hôpital devra prévoir suffisamment de temps pour y répondre et présenter de nouveau l'information au ministère aux fins d'examen. Par conséquent, chaque cycle d'examen (c.-à-d. examen par le ministère de la présentation et des commentaires, ainsi que des changements apportés par l'hôpital et sa réponse) peut prendre plusieurs mois.

Les mesures suivantes peuvent limiter la nécessité de cycles supplémentaires :

1. *Les exigences en matière de documentation sont clairement définies par le ministère et entièrement comprises par l'hôpital, à l'aide des listes de vérification pour les présentations relatives aux étapes lors de la réunion initiale de planification du projet et lors des réunions ultérieures avant chaque étape du processus de planification des immobilisations.*
2. *L'hôpital et son équipe de projet intégrée veillent à ce que chaque dossier de présentation soit complet (c.-à-d. qu'il contienne tous les documents jugés nécessaires pour l'examen à l'étape en question).*

Réduire les cycles d'examen des présentations (suite)

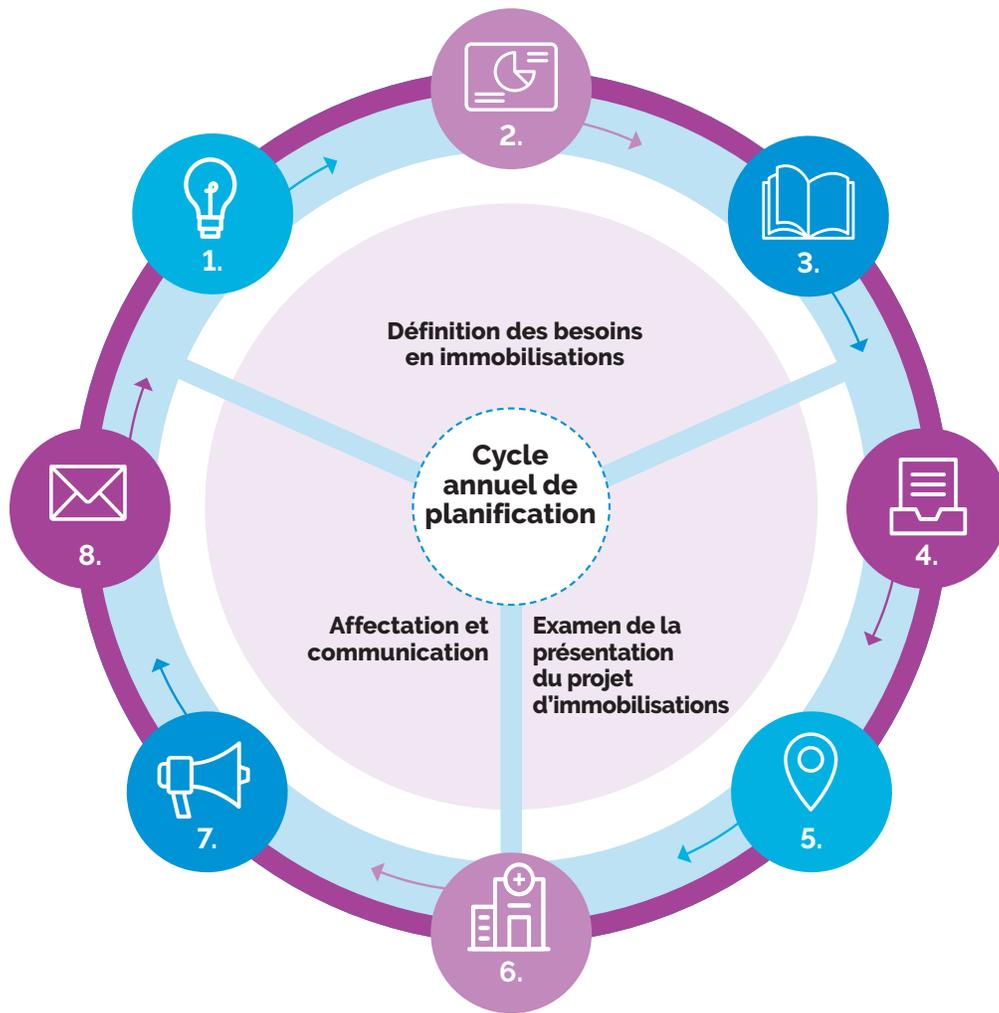
3. *L'hôpital et son équipe de projet intégrée se conforment pleinement à l'orientation de planification fournie par le ministère au moyen de la communication de paramètres de planification (s'il y a lieu).*
4. *L'hôpital et son équipe de projet intégrée se conforment aux exigences du ministère concernant le format et le nombre de copies des dossiers de documents se rattachant aux présentations relatives aux étapes.*
5. *L'hôpital veille à ce que la présentation soit conforme à toutes les politiques et lignes directrices du ministère et du gouvernement en matière d'approvisionnement et de partage des coûts.*
6. *L'hôpital et son équipe de projet intégrée répondent pleinement à tous les commentaires, exigences et recommandations du ministère lorsqu'il s'agit de présenter un dossier de documentation révisée relative à l'étape.*

Cycle de planification financière du gouvernement pour les projets d'immobilisations

La figure 2c ci-dessous illustre le cycle habituel de planification financière de tous les projets d'immobilisations, y compris la période de l'année où le ministère présente son plan d'immobilisations annuel au gouvernement et la période où il reçoit ses fonds d'immobilisations.

Bien que la plupart des décisions du gouvernement concernant les projets d'immobilisations s'inscrivent dans le cadre du cycle annuel de planification des immobilisations, les présentations relatives aux étapes des hôpitaux, ainsi que l'examen de ces présentations par le ministère, peuvent avoir lieu à n'importe quel moment de l'année et suivent leur propre échéancier. Il peut également y avoir des cas où des projets tout particulièrement urgents sont examinés et approuvés par le gouvernement en dehors du cycle de planification, y compris des projets financés par des fonds propres.

Figure 2c : Cycle de planification financière des immobilisations du gouvernement



1. Réception des présentations préalables au projet d'immobilisations

Le ministère reçoit de manière continue de la part des hôpitaux des présentations préalables au projet d'immobilisations approuvées par Santé Ontario



2. Évaluation du ministère

Le ministère évalue les nouvelles présentations préalables au projet d'immobilisations en collaboration avec Santé Ontario



3. Automne

Le ministère prépare la présentation du projet d'immobilisations à l'intention du gouvernement dans le cadre du cycle annuel de planification pour l'exercice à venir.



4. Automne/hiver

Achèvement de la présentation du projet d'immobilisations pour l'exercice à venir et intégration au cycle de planification du gouvernement



5. Hiver/printemps

Décisions du gouvernement concernant l'affectation des fonds d'immobilisations au ministère*



6. Printemps

Le ministère achève la détermination des ressources disponibles à l'appui des projets existants et nouveaux



7. Discours du Trône public

Dépôt du budget provincial
Dépôt des budgets des dépenses provinciaux



8. Fin du printemps/début de l'été

Le ministère informe les hôpitaux de l'état du projet ou de la proposition

*Les projets d'immobilisations sont examinés tout au long de l'année et les projets urgents peuvent être approuvés par le gouvernement en dehors de ce cycle.

2.7 CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA PLANIFICATION D'UN PROJET D'IMMOBILISATIONS HOSPITALIÈRES

Équipe de projet (d'immobilisations) intégrée

Les projets d'immobilisations, à l'instar de tout autre projet, nécessitent une équipe de projet possédant les connaissances et les compétences nécessaires pour planifier et exécuter efficacement le projet. La nature très complexe de la conception d'un hôpital exige l'établissement d'un équilibre entre de nombreuses fonctions et exigences afin de répondre aux besoins des occupants et des systèmes qui soutiennent l'établissement. Bien que certains architectes travaillent de façon relativement isolée aux premières étapes de l'élaboration de la conception, et ne reçoivent que plus tard dans le processus de conception les commentaires des consultants et intervenants, le recours de plus en plus répandu aux équipes de projet intégrées s'est avéré une façon plus efficace de créer des établissements de soins de santé efficaces, durables et conviviaux. Le ministère recommande l'adoption d'une approche axée sur l'équipe de projet intégrée pour tous les projets d'immobilisations, et ce, dès les premières étapes de la planification afin de veiller à ce qu'un projet de la plus grande qualité soit mené à bien.

En règle générale, les équipes de projet intégrées sont composées d'experts de divers domaines qui pourraient exercer une influence positive sur la réussite du projet. Ils sont essentiels à la planification d'un projet d'immobilisations efficace qui peut être exécuté dans les délais prescrits, conformément au budget et à la portée approuvée. Tous les membres de l'équipe partagent la responsabilité d'atteindre les objectifs de l'équipe et de maintenir une compréhension claire des objectifs généraux du projet.

Dans le cadre de la planification et de l'exécution d'un projet d'immobilisations, l'hôpital fournira des ressources au sein de son organisation et éventuellement de l'extérieur de celle-ci en tant qu'experts en la matière pour travailler de concert avec un groupe de consultants dont les services ont été retenus à diverses étapes du processus de planification des immobilisations. Ensemble, ils forment une équipe de projet intégrée. Le personnel hospitalier apporte au projet une compréhension approfondie de l'organisation et des besoins de ses patients et de la collectivité. Inversement, les experts en la matière externes embauchés par l'hôpital posséderont des compétences propres aux projets en matière de planification, de conception et d'exécution de projets d'immobilisations en milieu hospitalier. L'éventail des ressources qui peuvent être requises pour un projet donné sera déterminé en fonction de la taille, de la portée et de la complexité du projet.

Pour obtenir de plus amples renseignements, la norme CSA Z8000 Établissements de santé canadiens et les normes CSA connexes donnent un aperçu détaillé des équipes de projet intégrées en ce qui a trait à la planification, à la conception et à la construction d'établissements de soins de santé.

Chef de projet

Le rôle du chef de projet consiste à superviser la planification et l'exécution du projet, notamment la gestion de la portée, des coûts, du calendrier de projet, des ressources, du contrôle de la qualité, de la communication, de l'approvisionnement et des risques associés au projet. La portée des travaux doit être clairement définie et comprise par le chef de projet dès le début de sa participation.

La formation d'un chef de projet peut être variée. Le ministère exige qu'il soit un professionnel possédant une expérience manifeste de la gestion de projet directement liée à des projets d'immobilisations. Le gestionnaire de projet pourrait être un architecte (Ordre des architectes de l'Ontario), un ingénieur (Ordre des ingénieurs de l'Ontario) ou posséder des titres de compétences de professionnel en gestion de projet (PMP).

Il incombe à l'hôpital d'évaluer la capacité de gestion de l'organisation et de déterminer à quel moment le chef de projet doit être embauché ou nommé. Toutefois, selon la pratique actuelle, le chef de projet devrait être recruté avant que l'hôpital ne retienne les services d'autres conseillers principaux.

Types de conseillers en planification

Selon le projet, on peut faire appel à divers conseillers pour planifier, concevoir et mettre en œuvre le projet, de même que pour en établir les coûts. Quelques exemples de conseillers sont présentés ci-après. Veuillez consulter le Guide de partage des coûts des hôpitaux pour obtenir de plus amples renseignements.

1. Responsable du programme fonctionnel : Élaborer conjointement avec l'hôpital les exigences du programme fonctionnel.
2. Conseillers principaux (architecte/ingénieur) : Fournir les principaux services de conception en collaboration avec leurs sous-conseillers.
3. Sous conseillers : Faire partie de l'équipe principale de conseillers.
4. Conseillers en coûts : Préparer des estimations de coûts détaillées lors de la conception préliminaire et de l'élaboration des documents contractuels.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les équipes de projet intégrées, veuillez consulter le bulletin sur le Cadre intégré de gestion de projets, qui se trouve dans la section « Politiques et documents d'orientation » des annexes, ainsi que des sources externes comme la norme CSA Z8000 Établissements de santé canadiens et la documentation accessible auprès du Project Management Institute.

Mesure du rendement

Un élément clé de la planification d'un projet d'immobilisations réussi consiste à déterminer au début du processus la façon dont le rendement sera évalué et les avantages respectifs de la mise en œuvre de la solution proposée. Cela comprend l'élaboration de mesures du rendement tant quantitatives que qualitatives qui permettent d'évaluer la mesure dans laquelle le projet proposé comblera les lacunes relevées en matière de services de la manière la plus avantageuse possible pour l'intérêt public et qui protège le mieux ce dernier. Les avantages précis et tangibles de la solution d'immobilisations proposée doivent être clairement reflétés à l'étape 1.2, soit la présentation de la proposition de l'hôpital à Santé Ontario et au ministère.

Le tableau 2d présente certains des générateurs de valeur communs et des mesures du rendement que comprennent habituellement les projets d'immobilisations dans le domaine de la santé.

Tableau 2d : Projets d'immobilisations en milieu hospitalier – Mesures du rendement

Générateurs de valeur	Mesures du rendement
État physique de l'actif	Mesure dans laquelle l'état de l'installation sera amélioré (p. ex. cote du PEEI) à la suite du projet.
Coûts du projet	Mesure dans laquelle le projet est abordable, y compris la gestion par l'hôpital visé des obligations relatives à la <i>part locale</i> . Mesure dans laquelle les coûts du projet sont gérés conformément au budget défini.
Calendrier du projet	Mesure dans laquelle le projet est réalisé au plus tard à la date d'achèvement prévue.
Efficacité de l'utilisation des actifs	Différence entre les coûts de fonctionnement actuels et les coûts de fonctionnement prévus des nouveaux actifs (p. ex. entretien, cycle de vie, coûts énergétiques). Mesure dans laquelle un nouvel espace peut être réaménagé si les besoins en matière de prestation de services changent dans l'avenir. Mesure dans laquelle le projet permet de réaliser des économies en ce qui a trait aux coûts touchant l'approvisionnement et le temps du personnel.
Utilisation des actifs	Mesure dans laquelle les actifs répondent aux besoins en matière de prestation de services ou aux volumes de services cliniques prévus (p. ex. utilisation en fonction des niveaux de soins). Mesure dans laquelle les gains d'efficacité technologiques améliorent les soins aux patients. Mesure dans laquelle le projet favorise l'innovation et de nouveaux modèles de soins dans la prestation de services cliniques. Mesure dans laquelle le projet améliore l'accès et la sécurité des patients (p. ex. proximité des services, accès à l'immeuble, prévention et contrôle des infections).

L'une des façons dont le ministère évalue le rendement d'un projet d'immobilisations est l'évaluation après emménagement. Veuillez consulter le chapitre 3 pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus d'évaluation après emménagement.

Analyse des risques

Tous les projets d'immobilisations comportent un certain degré d'incertitude ou de risque. C'est pourquoi les hôpitaux doivent adopter de saines pratiques de gestion des risques lorsqu'il s'agit de procéder à la planification, à l'établissement des coûts, à l'approvisionnement et à la construction se rattachant aux projets d'immobilisations.

Le plan de gestion des risques d'un hôpital pour son projet d'immobilisations peut décrire les moyens et les méthodes de quantification des risques (p. ex. à l'aide de l'analyse quantitative des risques liés aux coûts) à l'aide d'évaluations de la probabilité de réalisation et de l'incidence pour chaque élément figurant dans le registre des risques du projet. De telles évaluations doivent orienter l'affectation de fonds de prévoyance appropriés. Les pratiques exemplaires comprennent également un registre des risques – propre à la portée du projet – tout au long du cycle de vie des projets. Des plans d'atténuation devraient être établis pour tous les risques et être examinés, peaufinés et mis en œuvre itérativement tout au long du cycle de vie du projet.

La Directive sur l'obligation de rendre compte en matière de paiements de transfert du gouvernement établit le cadre de responsabilisation d'ordre administratif pour la surveillance des bénéficiaires de paiements de transfert et des activités financées au moyen de paiements de transfert, notamment l'évaluation et la gestion des risques.

Bien que le type de risques individuels inhérents aux projets d'immobilisations en milieu hospitalier puisse être plutôt unique, il existe des catégories communes pour faciliter l'établissement et le classement des risques à l'aide d'un cadre normalisé, comme l'illustre le tableau suivant :

Tableau 2e : Définitions des catégories de risque

Catégories de risque	
Risque	Description
Risque lié à l'exécution/risque opérationnel	Incertitude quant à la réalisation d'activités conçues pour exécuter l'une ou l'autre des fonctions de l'hôpital, y compris la conception et la mise en œuvre.
Risque financier	Incertitude quant à l'obtention, à l'utilisation et au maintien de ressources économiques, ainsi qu'au respect des budgets et des engagements financiers globaux, y compris les obligations de l'hôpital relatives à sa part locale.
Risque lié aux intervenants et à la perception	Incertitude quant aux attentes des intervenants (médiat, public, etc.), au maintien d'une image publique positive et à la satisfaction et au soutien des partenaires.
Risque lié au calendrier	Incertitude quant à la capacité de réaliser des initiatives conformément aux échéanciers établis.
Risque lié à la gouvernance	Incertitude quant à l'existence de mécanismes de responsabilisation et de contrôle appropriés.
Risque lié aux politiques	Incertitude quant au fait de pouvoir obtenir les résultats requis à l'aide des stratégies et des politiques en place ou de pouvoir adapter au besoin les politiques, les directives, les lignes directrices et les lois.

Veuillez consulter l'annexe pour obtenir des exemples appliqués de chacune des catégories de risque.

Les hôpitaux sont responsables de l'élaboration et de la tenue à jour de leur plan interne de gestion des risques (liés aux immobilisations). Le ministère n'examine généralement pas l'ensemble du plan; toutefois, certains aspects peuvent être nécessaires dans le cadre du processus d'examen et d'approbation de la planification des immobilisations. À titre d'exemple, la présentation du *plan de la part locale* d'un hôpital doit comprendre une section sur l'analyse des risques et l'atténuation des risques qui évalue l'incidence d'un changement sur les hypothèses en matière de coûts, la portée et l'abordabilité du projet.

Guide de partage des coûts d'immobilisations des hôpitaux

Le Guide de partage des coûts d'immobilisations des hôpitaux du ministère (Guide de partage des coûts) définit les coûts admissibles pour un projet d'immobilisations de petite ou de grande envergure approuvé et financé par le ministère. Ces coûts sont souvent appelés les coûts « partageables » du ministère. En règle générale, le ministère financera 90 % des coûts admissibles du projet et 100 % des coûts admissibles de planification, de conception, de financement et de transaction.

Le financement des 10 % restants de tous les coûts de projet admissibles et de tous les coûts non admissibles au financement du ministère relève de la responsabilité financière de l'hôpital. Ces coûts sont également connus sous le nom de « part locale » de l'hôpital pour le projet.

Voici les principaux domaines d'intérêt du Guide de partage des coûts :

- **Coûts d'immobilisations pendant la construction**
(p. ex. coûts de construction essentiels, coûts de financement pendant la construction pour les projets de PPP)
- **Coûts du projet liés aux hôpitaux**
(p. ex. coûts accessoires, ordres de modification, variations, mobilier et équipement)
- **Coûts d'entretien des installations**
(p. ex. PPP – conception-construction-financement-entretien [CCFE] seulement)
- **Autres coûts généraux**
(p. ex. mise en service, assurances, taxes)

La version la plus récente du Guide de partage des coûts fournit des précisions sur les éléments d'un projet d'immobilisations qui sont admissibles et non admissibles au financement du ministère. **Tout hôpital qui entend présenter une demande de financement d'immobilisations du ministère doit d'abord lire attentivement ce document qui figure à l'annexe v.** Les représentants des hôpitaux qui ont des questions supplémentaires sont priés de communiquer avec la DIIMS et de s'adresser à leur conseiller principal désigné.

2.8 MODÈLES D'APPROVISIONNEMENT

Aperçu

Le ministère appuie deux principaux modèles d'approvisionnement :

1. le modèle traditionnel;
2. le modèle de PPP.

Tel qu'il est expliqué au chapitre 3, tous les projets d'immobilisations en milieu hospitalier suivent la même voie de la planification anticipée des immobilisations jusqu'à la fin de l'étape 1.3 – Programme fonctionnel.

Dans le cadre de l'élaboration du programme fonctionnel, le gouvernement prend une décision concernant le modèle d'approvisionnement auquel se conformeront les projets d'immobilisations approuvés de plus de 20 millions de dollars.

Modèle d'approvisionnement traditionnel

Les projets d'immobilisations visés par le modèle d'approvisionnement traditionnel sont ceux où l'hôpital et son équipe de projet intégrée sont responsables de la conception et de la construction du projet. On les appelle souvent des projets de « conception-soumission-construction ».

Pour les projets d'approvisionnement traditionnels, le ministère encourage l'utilisation *d'un contrat à forfait* normalisé pour les services (conformément au *CCDC 2*) conclu entre l'hôpital et l'entrepreneur général ou le constructeur. L'entrepreneur général ou le constructeur doit ensuite sous-traiter certains services spécialisés d'autres entreprises, au besoin.

Aux termes de ce modèle d'approvisionnement, qui peut avoir les coûts initiaux les plus faibles, l'hôpital et le gouvernement conservent les risques liés à la conception, à la construction et

au financement ainsi que les augmentations potentielles des coûts du projet (p. ex. ordres de modification). Le ministère verse généralement des fonds à l'hôpital au fur et à mesure que la construction progresse.

Modèle de partenariat public-privé

Les projets de PPP représentent une solution de rechange au modèle d'approvisionnement traditionnel susmentionné. Les projets de PPP utilisent le financement du secteur privé pour construire ou reconstruire stratégiquement de grandes infrastructures complexes tout en assurant le contrôle et la propriété publics.

À l'aide du modèle de PPP, l'hôpital conclut un contrat avec un consortium de projet qui assure le financement, l'exécution et la gestion des risques du projet, conformément aux exigences et aux spécifications de l'hôpital.

Le PPP intègre des volets de projet clés à l'aide de devis descriptifs axés sur le rendement, ce qui favorise l'excellence de la conception et réduit au minimum les changements de portée.

Le ministère verse des fonds à l'hôpital à des jalons clés du projet définis à l'avance afin d'optimiser la valeur, comme l'achèvement provisoire et le *quasi-achèvement*.

Tel qu'il est mentionné à la section 2.4, il existe de nombreux risques éventuels pour les projets de construction complexes en ce qui a trait aux omissions et aux erreurs de conception, aux conditions imprévues du chantier, aux coûts de la main-d'œuvre et des matériaux, ainsi qu'aux risques liés à l'entretien continu et aux risques financiers. Dans le cadre de contrats de PPP, bon nombre de ces risques sont transférés au consortium de projet.

Infrastructure Ontario reconnaît que les projets ont des caractéristiques et des exigences différentes et a donc mis au point trois modèles contractuels de PPP aux fins d'utilisation dans le cadre de la planification des immobilisations en milieu hospitalier et de l'exécution de projets connexes :

- **Construction-financement (CF)** : Le consortium de projet est responsable de la construction et du financement pendant la période de construction. Les spécifications du projet suivent une voie semblable à celle des projets visés par un modèle d'approvisionnement traditionnel (l'hôpital prépare la conception, mais le risque lié à la coordination de la conception est transféré au secteur privé).
- **Conception-construction-financement (CCF)** : Le consortium de projet est responsable de la conception, de la construction et du financement pendant la période de construction. Les devis descriptifs axés sur le rendement énoncent les exigences en matière de conception du projet et les risques connexes liés à la conception sont transférés au secteur privé.
- **Conception-construction-financement-entretien (CCFE)** : Même chose que la CCF; toutefois, le consortium de projet est également responsable de l'entretien de l'installation, qui est payé par l'hôpital par l'intermédiaire de la part locale, habituellement au cours d'une période de 20 à 30 ans.

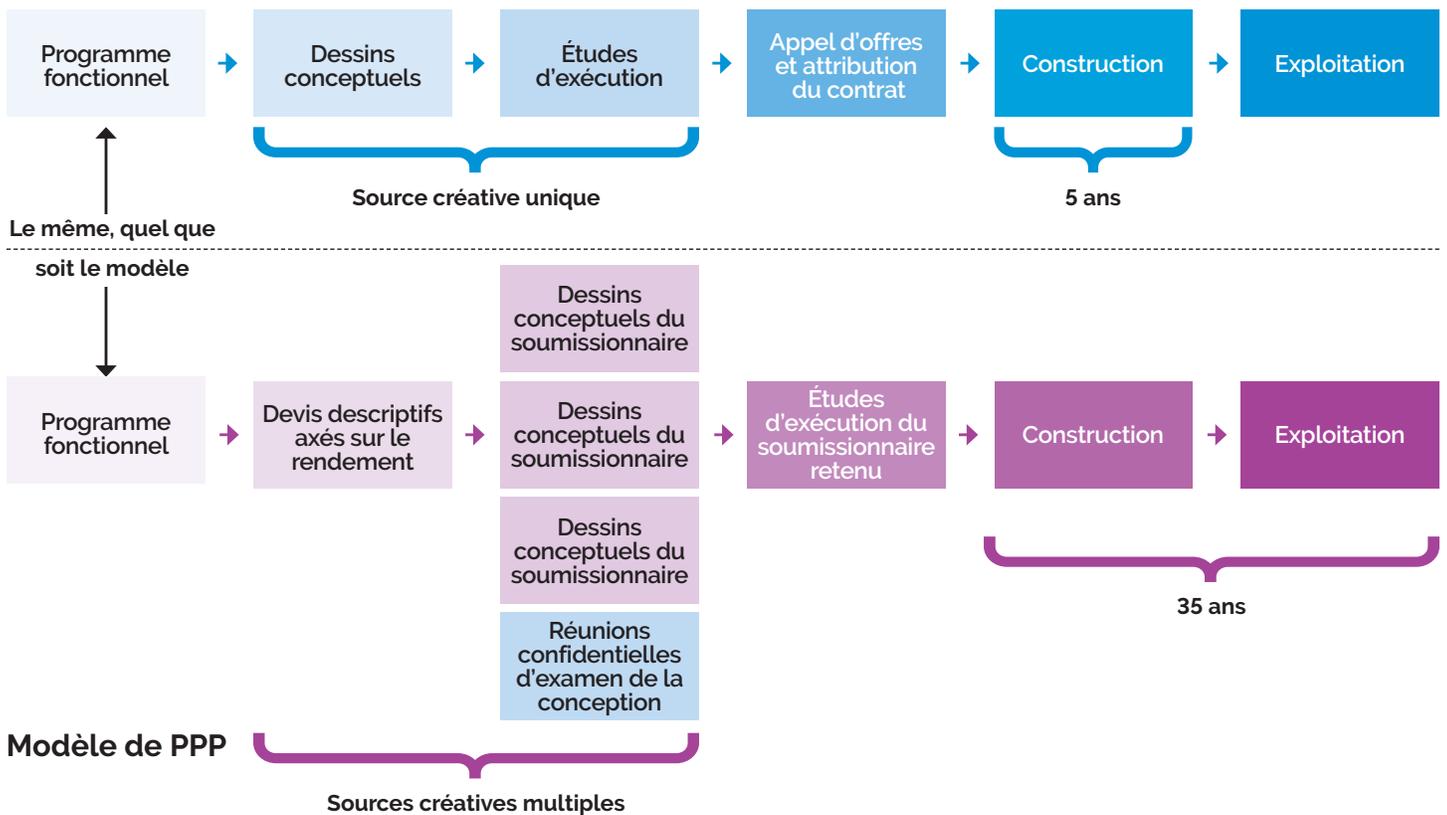
Les modèles de PPP peuvent être mis en œuvre de façon progressive, lorsqu'un partenaire de développement est choisi au départ pour faire avancer progressivement la conception du projet et en établir les coûts en collaboration avec l'hôpital et Infrastructure Ontario avant de conclure l'un

des contrats de PPP susmentionnés. Veuillez consulter les annexes pour obtenir de plus amples renseignements.

La figure 2f présente une représentation visuelle des voies de planification d'un grand projet d'immobilisations traditionnel d'un hôpital et d'un grand projet de PPP (CCFE) d'un hôpital. Tel qu'il est indiqué dans la représentation visuelle, les deux projets suivent la même voie de planification des immobilisations jusqu'à la fin du programme fonctionnel, lorsque le projet de PPP passe à l'élaboration des devis descriptifs axés sur le rendement au lieu de prescrire la solution de conception.

Figure 2f : Voies de planification par modèle d'approvisionnement

Modèle traditionnel



De plus amples renseignements sur la planification de projets de PPP figurent au chapitre 4 du Manuel et dans les annexes, ainsi que sur le site Web d'Infrastructure Ontario (infrastructureontario.ca/fr).

3

Étapes de la planification des immobilisations

Chapitre 3 : Processus de présentation relative aux étapes

Objet

Le chapitre 1 décrit la portée et les objectifs du Manuel, offre une orientation sur son utilisation et présente les rôles et les responsabilités des divers intervenants. Le chapitre 2 explique les concepts clés de la planification d'un projet d'immobilisations hospitalières, y compris la détermination et l'analyse des besoins, les exigences en matière de présentation et d'approbation par catégorie de projet et les modèles d'approvisionnement.

Le chapitre 3 présente un examen plus approfondi des différentes étapes de l'examen et de l'approbation du ministère. Les étapes sont conformes à la méthode employée par l'industrie de la planification des soins de santé, de la conception et de la construction et par conséquent, à l'exception de la présentation préalable au projet d'immobilisations, reflètent les conventions d'appellation que connaît bien l'industrie. Il est important de souligner que les activités propres à chaque étape des exigences relatives à la présentation des documents peuvent différer selon le type de projet (p. ex. fonds propres, petit projet hospitalier et grand projet hospitalier) et la catégorie du projet (voir le chapitre 2, figure 2a, Outil d'évaluation axé sur les risques).

Les conditions d'admissibilité d'un hôpital à un financement de fonctionnement supplémentaire dans le cadre du Plan d'exploitation après la construction sont également présentées.

3.1 PLANIFICATION ANTICIPÉE

Étape 1.1 : Présentation préalable au projet d'immobilisations

Aperçu

La première étape de l'élaboration d'un projet d'immobilisations consiste à déterminer les besoins en matière de programmes et de services qui nécessitent le soutien d'installations nouvelles ou rénovées. La détermination et la description des besoins proviendront le plus souvent d'un hôpital, mais peuvent également provenir de Santé Ontario, ou à la fois d'un hôpital et de Santé Ontario dans le cadre d'efforts de planification concertés. Une fois la détermination d'une initiative nécessitant des investissements en immobilisations, les hôpitaux doivent entreprendre des activités de planification préliminaire, tel qu'il est indiqué au chapitre 2, afin de permettre la production du *Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations*.

La partie A du Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations vise à consigner une description détaillée du rôle de l'hôpital dans le système de santé local et régional et à décrire l'initiative proposée, y compris la justification du programme et les données probantes relatives à l'harmonisation avec les priorités du système de santé provincial. La partie B comprend une description du concept préliminaire d'élaboration (du projet d'immobilisations).

Après avoir rempli la partie A du Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations, l'hôpital doit soumettre le formulaire à Santé Ontario aux fins d'examen. La plupart des hôpitaux remplissent les parties A et B ensemble et il est utile que Santé Ontario dispose de la partie B pour appuyer son examen de la partie A. Une fois que Santé Ontario aura donné son approbation écrite,

l'hôpital doit soumettre les deux parties au ministère. Le ministère et Santé Ontario établiront ensuite l'harmonisation des besoins afin de déterminer si l'hôpital recevra l'approbation écrite nécessaire pour passer à l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition.

Toutes les présentations préalables au projet d'immobilisations doivent figurer sur le Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations, ce qui permettra d'assurer la normalisation et l'uniformité des présentations; ii) les hôpitaux sont tenus de soumettre le Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations à Santé Ontario seulement et les Formulaires de présentation préalable au projet d'immobilisations soumis directement à la DIIMS sans l'approbation de Santé Ontario ne seront pas examinés; cela permet à Santé Ontario de s'acquitter de son rôle en veillant à ce que les projets répondent aux priorités du système local.

Documents de référence :

- i. Modèle du Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations
- ii. Lignes directrices sur la présentation préalable au projet d'immobilisations
- iii. Bulletin sur le Cadre intégré de gestion de projets
- iv. Planification et conception : Buts et objectifs – Bulletin sur les principes EASPD

Soutien de Santé Ontario

À l'étape de la présentation préalable au projet d'immobilisations, Santé Ontario exigera de l'hôpital qu'il démontre a) un niveau d'uniformité de base entre les services proposés et les priorités du système de santé local, et b) une coordination avec la capacité des installations adjacentes.

À mesure que le projet franchira les étapes ultérieures de la planification des immobilisations, les exigences de Santé Ontario concernant l'uniformité entre les services proposés et les priorités du système de santé local deviendront plus rigoureuses.

3.1.1 Étapes à suivre

- 1. L'hôpital remplit la partie A (éléments de programme et de service) et la partie B du Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations pour les initiatives d'immobilisations et soumet le formulaire à Santé Ontario aux fins d'examen. Ce formulaire décrit clairement les besoins en matière de programmes et de services qui sous-tendent l'initiative, l'harmonisation avec les priorités du système de santé local, la demande future prévue pour le programme et le service et les solutions de rechange envisagées pour répondre aux besoins en matière de programmes et de services.*
- 2. Santé Ontario accusera réception de la présentation par écrit à l'hôpital dans un délai de 15 jours ouvrables. Compte tenu de la complexité de la présentation et d'autres facteurs, la correspondance fournira une estimation générale du délai prévu pour l'examen et sera envoyée en copie conforme au chef compétent de la DIIMS.*
- 3. Santé Ontario examine la présentation.*
- 4. Santé Ontario répondra à l'hôpital une fois l'examen de la présentation terminé. La réponse demandera des renseignements supplémentaires ou des précisions, au besoin, pour permettre à Santé Ontario de formuler des conseils et une recommandation sur les programmes et les services.*

3.1.1 Étapes à suivre (suite)

5. Santé Ontario formulera une recommandation concernant sa position à l'égard de la présentation de la partie A du Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations.
 - a. **L'approbation** représente le soutien de Santé Ontario pour les éléments de programme et de service de l'initiative et permet à l'hôpital de remplir la partie B (éléments matériels et coûts) aux fins de présentation au ministère.
 - b. **L'approbation conditionnelle** signifie que l'hôpital doit entreprendre une planification supplémentaire pour régler les problèmes précis touchant les programmes et les services relevés par Santé Ontario. Après l'obtention de l'approbation conditionnelle, Santé Ontario avisera l'hôpital des prochaines étapes, y compris si la proposition doit être renvoyée à Santé Ontario aux fins d'examen plus approfondi.
 - c. **Le rejet** signifie que Santé Ontario n'appuie pas les éléments de programme et de service de l'initiative. Si l'hôpital souhaite mettre en œuvre une autre proposition, une présentation nouvelle ou révisée de la partie A du Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations pourrait être prise en considération.
 6. Si Santé Ontario approuve les éléments de programme et de service de la partie A, Santé Ontario fournira une justification et des conseils écrits au ministère, et demandera à l'hôpital de remplir la partie A et la partie B en entier du Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations, puis de le soumettre au ministère. Santé Ontario communiquera avec l'hôpital en ce qui concerne son approbation donnée au ministère relativement aux éléments de programme et de service de la partie A.
 - a. Santé Ontario préparera un résumé de son examen et de la justification de l'approbation des programmes et des services et intégrera le tout à ses conseils officiels à l'intention du ministère.
 7. Si Santé Ontario rejette la partie A, Santé Ontario fournira à l'hôpital une rétroaction écrite qui explique clairement pourquoi l'initiative n'a pas été approuvée. Cette rétroaction peut inviter l'hôpital à élaborer une version révisée de la partie A qui répondra aux critères de Santé Ontario. Cette correspondance sera envoyée en copie conforme au chef compétent de la DIIMS.
- La plupart des hôpitaux remplissent les parties A et B ensemble et il est utile que Santé Ontario dispose de la partie B pour appuyer son examen de la partie A.
8. L'hôpital remplit la partie B du Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations pour les initiatives d'immobilisations. La partie B du formulaire fournira une description générale des éléments matériels et des coûts de l'initiative proposée.
 9. L'hôpital joint la partie A et la partie B et transmet le Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations pour les initiatives d'immobilisations en entier au ministère. Le ministère accusera réception de la présentation par écrit à l'hôpital dans un délai de 15 jours ouvrables.
 10. Le ministère examine les parties A et B, y compris les conseils officiels reçus de Santé Ontario relativement à la partie A (voir étape 6 ci-dessus). Le ministère demandera à l'hôpital des renseignements supplémentaires ou des précisions, au besoin.

3.1.1 Étapes à suivre (suite)

11. Le ministère tiendra une réunion avec Santé Ontario pour examiner la présentation.

a. Si le ministère appuie la partie A et la partie B, y compris les conseils reçus de Santé Ontario concernant la partie A, il peut fournir à l'hôpital un soutien officiel à l'égard la présentation préalable au projet d'immobilisations et l'approbation de passer à l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition. Cette correspondance permettra d'informer l'hôpital des rôles de conseiller principal pour l'étape 1.2 et pourrait comprendre une demande de réunion officielle entre le ministère, Santé Ontario et l'hôpital. **Une subvention de planification peut également être approuvée pour l'élaboration d'une présentation de proposition (étape 1.2).**

L'obtention du soutien du ministère ne garantit pas que toutes les présentations préalables au projet d'immobilisations passeront à l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition. Toutes les présentations préalables au projet d'immobilisations réalisées avec le soutien du ministère seront examinées aux fins de financement conformément au cadre financier établi par le gouvernement.

ÉTAPE 1.2 : ÉLABORATION DE LA PROPOSITION

Aperçu

À la suite de l'examen d'une présentation préalable au projet d'immobilisations, le ministère peut fournir un soutien et une approbation officiels pour permettre à un hôpital de passer à l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition, soit la deuxième étape du processus de planification des immobilisations. À cette étape, l'hôpital élabore un aperçu détaillé des besoins et des options touchant l'initiative d'immobilisations proposée, y compris des descriptions et des analyses des éléments de programme et de service (partie A) ainsi que des éléments matériels et des coûts (partie B).

L'étape de l'élaboration de la proposition aidera l'hôpital à comprendre et à expliquer des questions telles que les suivantes :

- la demande future de services, y compris les options en matière de prestation de services;
- les besoins en locaux de haut niveau pour le modèle de prestation de services proposé;
- l'état des installations existantes;
- les options d'élaboration;
- les avantages et les inconvénients de la mise en œuvre de différentes options;
- les coûts du projet et le calendrier de mise en œuvre.

Le processus de l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition peut commencer par une première réunion de planification de projet lors de laquelle le ministère rencontre l'hôpital et Santé Ontario pour discuter du projet proposé. Le ministère examinera de concert avec l'hôpital plusieurs considérations clés qui auront une incidence sur la planification réussie du projet. Ces considérations comprennent, entre autres :

- un aperçu du processus de planification des immobilisations;
- les rôles et les responsabilités;
- les politiques d'approvisionnement;
- les politiques du ministère relatives aux immobilisations;
- l'admissibilité au financement;
- le calendrier de projet;
- la composition de l'équipe de projet intégrée.

H Achat du terrain pour l'hôpital

Le ministère ne fournit un financement d'immobilisations ni pour l'achat du terrain pour l'hôpital, ni pour l'aménagement et l'approvisionnement en services du site.

L'étape 1.2 – Liste de vérification pour la présentation de la proposition, qui décrit les exigences relatives à la présentation de l'étape 1.2, sera adaptée au projet proposé en fonction de la catégorie et de la complexité du projet proposé.

Sélection et acquisition des sites

La sélection du site d'un nouvel hôpital, y compris le processus de consultation publique, relève de la responsabilité de chaque hôpital, avec la contribution de Santé Ontario et du ministère, conformément à la *Loi sur les hôpitaux publics* (1990). Si l'acquisition d'une propriété est nécessaire à l'appui d'un projet d'immobilisations, la sélection du site doit être intégrée aux exigences des programmes cliniques qui seront offerts.

Les hôpitaux devront tenir compte de questions telles que :

- la proximité d'autres services de soins de santé;
- les possibilités de partenariats ou d'intégration;
- les possibilités d'agrandissement;
- les autres modèles envisagés (c. à d. location par rapport à achat, rénovation par rapport à nouvelle construction).

Dans le cadre de la planification de la sélection d'un emplacement futur potentiel, les hôpitaux doivent tenir compte des éléments suivants :

- **la taille des terrains disponibles** pour tenir compte des exigences du programme directeur et du plan directeur pour l'agrandissement et le renouvellement des installations, des exigences municipales, des futurs aménagements et du remplacement éventuel des installations;
- **l'accès à la collectivité** par les principales routes de transport, y compris le transport en commun;
- **l'accès aux services publics** comme l'électricité, l'eau, les égouts et le gaz. Remarque : Le ministère ne verse pas de financement des immobilisations pour le raccord des services publics à un site ni pour moderniser les services publics hors site;
- **l'utilisation actuelle du site et les répercussions environnementales** en tant que zone verte (sans immeuble ou services publics existants) ou en tant que friche industrielle (immeuble ou services publics existants). Les deux conditions peuvent avoir une incidence sur la collectivité locale;
- **la prise de mesures d'adaptation pour répondre aux exigences municipales**, comme le zonage et l'utilisation, le stationnement et le chargement, les marges de reculement et les considérations liées à l'esthétique urbaine;
- **les conditions topographiques naturelles et les conditions du sol**, y compris les terres utilisables admissibles qui peuvent être restreintes par les détails hydrographiques, les plaines inondables ou les désignations de conservation;
- **les caractéristiques positives du site** qui améliorent l'expérience des patients et du personnel de l'établissement de soins de santé, comme la vue, la lumière naturelle et les vents dominants;
- **l'évaluation foncière et les coûts** des infrastructures de services publics et de transport, les coûts possibles de l'assainissement de l'environnement, etc.

Planification des installations

L'élaboration de la présentation de la proposition à l'étape 1.2 nécessite une vaste expertise en matière de planification et la contribution des intervenants internes et externes. Il faut tenir compte de l'interaction entre les éléments de programme et de service, les éléments matériels et les éléments de coût, analyser de nombreuses options d'élaboration et définir une solution matérielle privilégiée.

Programme directeur

Dans le cas des projets qui ont une incidence sur la prestation de services, l'hôpital devra présenter un programme directeur complet et intégré. Tel qu'il est mentionné au chapitre 2, le programme directeur est un document qui reflète le modèle actuel et futur de prestation de services de l'hôpital et le rôle qu'il joue au sein de la collectivité. Il décrit les services actuels et prévus ainsi que les volumes cliniques connexes, les principes de fonctionnement, les principaux éléments du service, de même que les besoins en matière d'espace des composantes en fonction des données démographiques du plan des services de soins de santé. Il sert à déterminer la planification à moyen et à long terme d'un site physique, ainsi qu'à établir les exigences de l'étape suivante, soit le programme fonctionnel.

Si un hôpital fournit des soins à partir de nombreux emplacements, le programme directeur doit tenir compte de toutes les installations qui forment l'organisation. En plus de contenir une section pour chacun des programmes et des services associés à l'établissement de soins de santé, le programme directeur doit contenir les éléments fondamentaux suivants :

Contenu du programme directeur	Présent	Avenir
Paramètres du programme : modèle de soins, structure organisationnelle, heures d'exploitation	Actuels	Prévus
Partenariats avec des fournisseurs de soins de santé en milieu communautaire	Actuels	Prévus
Portée et étendue des services offerts	Actuelles	Prévues
Charge de travail par programme ou service	Trois dernières années	Fournir la méthode et la justification
Volume de services par programme ou service	Trois dernières années	Fournir la méthode et la justification
Taux de participation par programme ou service	Trois dernières années	Fournir la méthode et la justification
Nombre de places par programme ou service	Trois dernières années	Fournir la méthode et la justification
Autres facteurs ayant une incidence sur l'espace	Actuels	(p. ex. le nombre de membres du personnel dans les secteurs non cliniques)

Remarques :

- i) Calendrier, des prévisions devraient être fournies pour l'année de la proposition, pour 5 ans, pour 10 ans et pour 20 ans.
- ii) Les données démographiques doivent être fondées sur les données du ministère des Finances de l'Ontario.
- iii) Les options relatives aux changements dans la prestation des services doivent comprendre les options de modèles de soins ainsi que les répercussions sur le fonctionnement et les immobilisations.
- iv) Veuillez consulter les normes applicables de l'Association canadienne de normalisation concernant les établissements de soins de santé.

Plan directeur

Un plan directeur transpose le programme directeur en un plan physique, analyse les options d'utilisation du site pour les scénarios d'aménagement de rechange et définit les étapes prévues d'aménagement de l'hôpital. Si un hôpital fournit des soins à de multiples emplacements, le plan directeur doit tenir compte du fonctionnement des emplacements individuellement et collectivement.

Un plan directeur doit explorer et démontrer la possibilité de créer un site géographique précis au sein d'une association hospitalière. L'analyse qui en découle doit tenir compte de l'incidence du projet d'immobilisations proposé sur le site, ainsi que de toutes les possibilités et limites physiques, réglementaires et culturelles que présente le site pour le projet d'immobilisations proposé. En outre, il faut prendre en considération l'incidence du projet d'immobilisations proposé sur la planification et le développement communautaires.

À court terme (de 0 à 5 ans), il faut assurer la coordination de manière détaillée du plan directeur avec le programme directeur. Le plan directeur doit également s'étendre au-delà du court terme à un niveau stratégique et offrir une souplesse optimale pour tenir compte des changements qui se produiront au chapitre de la prestation des soins de santé en général et des programmes et exigences de l'établissement hospitalier en question sur une période de 15 à 25 ans. En outre, un plan directeur exhaustif doit prévoir la façon dont l'établissement hospitalier peut être remplacé, étant donné que les composants de bâtiments vieillissent et nécessitent une rénovation ou un remplacement.

Pour demeurer à jour et pertinents, les plans directeurs doivent être examinés et mis à jour régulièrement conjointement avec le programme directeur. Cela permettra de veiller à ce que la vision et le cadre de l'aménagement soient conformes à la vision stratégique de l'hôpital et s'harmonisent avec l'orientation stratégique du ministère.

Selon la portée et la nature du projet, une étude de faisabilité physique peut également être nécessaire pour une installation existante. L'étude de faisabilité physique vise à évaluer l'utilisation potentielle des bâtiments existants ayant une durée de vie raisonnable. L'hôpital doit déterminer, avant d'entreprendre l'élaboration du plan directeur, si une telle étude peut être justifiée. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter les normes de l'Association canadienne de normalisation sur les établissements de soins de santé, le bulletin de planification des immobilisations dans le domaine de la santé sur les plans directeurs et le *Manuel canadien de pratique de l'architecture* de l'Ordre des architectes de l'Ontario.

Analyse des options

À la suite de l'élaboration de nombreuses options du plan directeur, l'hôpital doit effectuer un exercice d'analyse des options en fonction des priorités de l'hôpital et de l'harmonisation avec l'orientation stratégique du ministère. Ce processus doit comprendre une analyse des risques rigoureuse et tenir compte de critères internes et externes qui ont trait à l'élaboration, notamment :

- les facteurs opérationnels;
- le rapport coût-efficacité;
- les possibilités à court et à long terme;
- l'exécution (calendrier);

- l'incidence économique;
- la durabilité.

Une analyse de rentabilisation portant sur les options disponibles relatives au plan d'élaboration et le processus d'établissement des priorités doit être présentée au ministère, y compris la détermination de la solution privilégiée pour l'élaboration.

Les investissements dans les hôpitaux nouveaux représentent la forme la plus coûteuse d'investissement dans les infrastructures de santé et ont une longue période de mise en œuvre. Si un hôpital propose un projet de nouvel hôpital (nouveau site, aucune installation existante), une option d'hôpital existant (site existant, installations existantes) doit également être incluse comme option en tenant compte des critères indiqués.

Plan d'aménagement des installations

Le plan d'aménagement des installations est un volet du plan directeur qui décrit plus en détail l'option privilégiée. Le plan d'aménagement des installations comprend les programmes prioritaires qui ont été désignés en vue de leur mise en œuvre immédiate à l'étape 1.1 – Présentation préalable au projet d'immobilisations. L'élaboration de ces programmes prioritaires, les volets du plan directeur de construction qui doivent être pris en compte immédiatement et les coûts connexes constituent le fondement de la demande de l'hôpital pour un projet d'immobilisations figurant dans le plan d'aménagement des installations. Chaque plan d'aménagement des installations proposant un projet d'immobilisations au ministère doit être conforme au plan directeur et au programme directeur actuels et être étayé par une description écrite démontrant son harmonisation à cet égard.

Le plan d'aménagement des installations fournit des plans d'étage qui indiquent l'emplacement des principaux programmes et les limites de la portée du projet proposé, de même que les principales voies de circulation, entrées et sorties. Le plan d'aménagement des installations comprend également un plan directeur du site qui tient compte des principales considérations en matière civile, de stationnement et d'hélicoptère. Le résumé des locaux du plan d'aménagement des installations proposé est considéré comme le fondement de l'estimation des coûts de construction de l'étape 1 proposée, ce qui sera reflété dans le plan de financement. Le plan d'aménagement des installations doit éclairer les autres documents qui figureront dans le dossier de présentation de l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition, en plus de s'y conformer.

Rôles d'examen

La partie A du dossier de présentation de l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition comprend habituellement le programme directeur, l'estimation préliminaire des coûts de fonctionnement, l'analyse des options de prestation de services et le plan des ressources humaines. La partie B contient l'analyse de rentabilisation et l'analyse des options, le plan directeur et le plan d'aménagement des installations. Veuillez consulter l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition : liste de vérification pour le dossier de présentation qui se trouve à la section « Politiques et documents d'orientation » des annexes afin d'obtenir la liste complète des exigences pouvant s'appliquer.

Une fois la partie A et la partie B de la présentation achevées, l'hôpital distribuera la documentation comme suit :

- Santé Ontario : Terminer la présentation aux fins d'examen (sommaire et parties A et B) et, s'il y a lieu, Santé Ontario approuvera le sommaire et la partie A;
- Ministère : Fournir la présentation approuvée par Santé Ontario (sommaire, partie A et partie B).

Bien que la présentation elle-même soit structurée en fonction des exigences préétablies en matière d'information (éléments de la partie A et de la partie B), l'organisation des activités de planification sera déterminée par l'hôpital.

Documents de référence :

- Étape 1.2 – Liste de vérification de l'élaboration de la proposition
- Étape 1.2 – Lignes directrices sur l'élaboration de la proposition
- Guide sur le partage des coûts d'immobilisations
- Planification et conception : Buts et objectifs – Bulletin sur les principes EASPD
- Planification et conception : Bulletin sur le plan directeur
- Planification et conception : Bulletin sur la souplesse et l'adaptabilité

Soutien de Santé Ontario

À cette étape, Santé Ontario exigera de l'hôpital qu'il démontre un niveau élevé d'uniformité entre les services proposés et les priorités du système de santé local.

D'autres discussions seront nécessaires au cours de l'étape 1.3 – Programme fonctionnel afin de garantir l'harmonisation entre la combinaison proposée de programmes et de services à fournir et les priorités du système de santé local, l'implantation (pour les installations à emplacements multiples), ainsi que les changements ou l'apport d'innovations au modèle de soins.

3.2.1 Étapes à suivre

- 1. Une fois que le ministère aura approuvé le passage à l'étape 1.2, l'hôpital et son équipe de projet intégrée entreprendront la planification nécessaire en vue de satisfaire à toutes les exigences de présentation de l'étape 1.2 (parties A et B) relevées lors de la réunion initiale de planification du projet ou dans une autre forme de correspondance avec le ministère.*
- 2. Dès réception de la présentation, le conseiller principal désigné par le ministère assurera la liaison avec le responsable de Santé Ontario pour :*
 - a. confirmer que toutes les exigences relatives à la présentation ont été reçues conformément à la liste de vérification de la présentation de l'étape 1.2;*
 - b. établir un calendrier général pour l'examen de la présentation. Ce calendrier permettra de veiller à ce que l'examen de la présentation de la partie A par Santé Ontario et le ministère soit terminé afin d'éclairer la discussion au premier point d'harmonisation de même que l'examen de la partie B par le ministère.*
- 3. Le conseiller principal désigné par le ministère, au nom du ministère et de Santé Ontario, préparera ensuite la correspondance adressée à l'hôpital, qui comprendra les éléments suivants :*
 - a. un accusé de réception des éléments de la présentation dans un délai de 15 jours ouvrables;*
 - b. les attentes concernant le délai d'exécution de l'examen général;*

3.2.1 Étapes à suivre (suite)

- c. la confirmation d'une personne-ressource désignée du ministère pour la gestion globale de l'examen (responsable du ministère) ainsi que d'une personne-ressource principale de Santé Ontario pour la gestion de l'examen de la partie A (responsable de Santé Ontario).
4. Santé Ontario examinera la partie A, consultera les organismes provinciaux (au besoin) et demandera des précisions relativement à la présentation et l'apport de modifications à cette dernière directement à l'hôpital, au besoin.
 - a. La correspondance officielle sera envoyée en copie conforme au conseiller désigné par le ministère.
 - b. Le conseiller principal désigné par le ministère et d'autres représentants du ministère seront invités à toute réunion qui a lieu entre l'hôpital et Santé Ontario relativement à la partie A.
5. Le ministère procédera à un examen simultané des éléments des parties A et B du point de vue provincial et fournira des commentaires à Santé Ontario. Dans le cadre de son examen, le ministère tiendra compte de ce qui suit :
 - a. la capacité globale du système (prévisions des volumes de places et de services);
 - b. les futurs besoins du système;
 - c. les programmes provinciaux (p. ex. soins cardiaques, transplantations).
6. **Point d'harmonisation 1 (dirigé par Santé Ontario)** : Santé Ontario assumera un rôle de chef de file dans la tenue de discussions avec le ministère concernant les résultats de leurs examens respectifs des éléments de la partie A. En raison des interdépendances importantes entre les divers éléments de programme et de service, le ministère et Santé Ontario assureront l'harmonisation en ce qui concerne leurs examens respectifs et toute révision ou planification supplémentaire qui pourrait être demandée à l'hôpital.
7. À la suite de l'harmonisation de la partie A entre le ministère et Santé Ontario, Santé Ontario formulera une recommandation concernant sa position à l'égard de la présentation de la partie A de l'étape 1.2.
 - a. **L'approbation** représente le soutien de Santé Ontario pour les éléments de programme et de service d'une initiative et permet au ministère d'achever son examen de la partie B (éléments matériels et coûts).
 - b. **L'approbation conditionnelle** signifie que l'hôpital doit entreprendre une planification supplémentaire pour régler les problèmes précis touchant les programmes et les services relevés par Santé Ontario. Après l'obtention de l'approbation conditionnelle, Santé Ontario avisera l'hôpital des prochaines étapes, y compris si la proposition doit être renvoyée à Santé Ontario aux fins d'examen plus approfondi.
 - c. **Le rejet** signifie que Santé Ontario ne soutient pas les éléments de programme et de service d'une initiative. Si l'hôpital souhaite continuer avec une autre proposition, une nouvelle soumission de la partie A peut être prise en considération.
8. Si Santé Ontario approuve la partie A, Santé Ontario fournira une justification et des conseils par écrit au ministère. Santé Ontario communiquera avec l'hôpital concernant son approbation de la partie A. Santé Ontario préparera un résumé de son examen et de la justification de l'approbation et intégrera le tout à ses conseils officiels à l'intention du ministère.
9. Si Santé Ontario rejette la partie A, Santé Ontario fournira à l'hôpital une rétroaction écrite qui explique clairement pourquoi l'initiative n'a pas été approuvée. Cette rétroaction peut inviter l'hôpital à élaborer une version révisée de la présentation de la partie A qui répondra aux critères

3.2.1 Étapes à suivre (suite)

de Santé Ontario. Cette correspondance sera envoyée en copie conforme au chef compétent de la DIIMS.

10. Parallèlement à l'examen de la partie A par Santé Ontario et le ministère, le ministère procédera à un examen préliminaire de la partie B, soit les éléments matériels et les coûts, et demandera des précisions à l'hôpital au besoin. Dans le cadre de son examen, le ministère tiendra compte des conseils reçus de Santé Ontario en ce qui concerne la partie A.
11. **Point d'harmonisation 2 (dirigé par le ministère)** : À la suite de l'examen des éléments des parties A et B par le ministère, ce dernier jouera un rôle de premier plan et collaborera avec Santé Ontario pour assurer l'harmonisation des éléments de la partie A et de la partie B de la présentation de l'étape 1.2. Ce processus permettra d'examiner la relation entre les éléments de programme et de service et les éléments matériels et les coûts, afin de garantir une harmonisation appropriée à cet égard. S'il y a lieu, on demandera à l'hôpital de clarifier ou de réviser les exigences de la présentation. (REMARQUE : Si le processus d'harmonisation entraîne des changements importants relativement à la partie A, Santé Ontario pourrait exiger l'approbation du changement. Par changement important, on entend un changement ayant des répercussions directes sur l'exploitation ou le programme et les services.)
12. Une fois l'examen des parties A et B terminé et les conseils de Santé Ontario intégrés, le ministère achèvera son examen et informera Santé Ontario de ses conclusions et des prochaines étapes attendues en ce qui concerne la présentation de l'étape 1.2. Le ministère pourrait demander au gouvernement son approbation de la proposition et, si celle-ci est autorisée, il pourrait approuver le passage à l'étape 1.3 – Programme fonctionnel.
Une augmentation de la subvention de planification pourrait être prévue pour l'élaboration du programme fonctionnel à l'étape 1.3. Les subventions de planification pour les grands projets d'immobilisations peuvent être accompagnées d'un document sur **les paramètres de planification**, convenu à l'avance par le ministère et Santé Ontario. Les paramètres de planification fournissent une orientation stratégique en ce qui concerne la portée attendue (p. ex. le nombre total de places) et le coût.

ÉTAPE 1.3 : PROGRAMME FONCTIONNEL

Aperçu

À la suite de l'examen de la présentation de l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition, le ministère peut donner son approbation officielle par écrit pour passer à l'étape 1.3 – Programme fonctionnel (PF). Durant cette étape, l'hôpital et le ministère se mettent d'accord sur une série de renseignements clés nécessaires à la conception de la solution d'immobilisations ainsi qu'à la détermination des coûts et de l'admissibilité de ces derniers. À ce stade, les renseignements comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- les volumes futurs de programmes et de services;
- les modèles de soins;
- les exigences en matière de contrôle et de prévention des infections;
- la mise à l'essai de l'ajustement de l'espace;
- l'attribution de l'espace (types d'espace ou nombre de pièces);
- le calcul des coûts et le calendrier du projet.

Les documents du programme fonctionnel détaillent la taille opérationnelle et l'étendue des services prévues pour l'installation, ainsi que les besoins en immobilisations correspondants. Le programme fonctionnel approfondit et précise le Plan de développement des installations préparé à l'étape 1.2 en décrivant plus en détail les différentes composantes de la solution proposée. Au cours de cette étape, l'hôpital continue de clarifier et de valider les coûts de son programme et démontre la viabilité de ses opérations futures proposées en fournissant des détails sur ses activités actuelles et prévues ainsi que sur ses besoins en ressources et en espace, et donne une estimation de ses besoins futurs en matière de financement de fonctionnement et de financement des immobilisations. L'hôpital fournit également des renseignements sur les relations et les emplacements des départements et des services, notamment les charges de travail associées à chacun d'entre eux, les besoins en dotation, en équipement et en espace, ainsi que les conditions architecturales et environnementales.

L'élaboration d'une présentation à l'étape 1.3 – PF exige une expertise approfondie en matière de planification et la contribution d'intervenants internes et externes. À la fin de cette étape, l'hôpital devrait fournir un niveau de détail suffisant dans sa présentation pour qu'un architecte ou l'équipe de projet intégrée puisse concevoir l'espace. Le ministère utilise les documents du programme fonctionnel convenus produits au cours de cette étape comme point de référence pour comparer ultérieurement toute modification de l'espace proposé au cours des étapes de conception et de présoumission du projet.

Après réception de l'approbation du ministère par écrit concernant la présentation de l'étape 1.3 – PF et les paramètres (service et espace physique) qu'elle contient, la portée du projet ne peut pas être facilement modifiée, car cela aurait une incidence directe sur les étapes de conception suivantes et sur l'éventuelle solution d'immobilisations.

En fonction des exigences de présentation établies lors de la réunion de planification initiale avec le ministère au début de l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition, et en suivant les exigences de présentation décrites dans la liste de vérification pour les présentations du PF (voir la section « Politiques et documents d'orientation » des annexes), l'hôpital préparera les documents suivants :

Éléments de la partie A :

- paramètres du programme;
- programme fonctionnel.

Éléments de la partie B :

- exigences en matière de conception et d'espace;
- objectifs de planification et de conception;
- plan par étapes;
- liste préliminaire des éléments du mobilier et de l'équipement;
- budget du projet;
- modèle de variation des immobilisations;
- plan de la part locale;
- calendrier du projet;
- plan d'exploitation après la construction préliminaire.

Normes de planification et de conception des espaces

Le processus de planification et de développement de la conception du ministère joue un rôle important dans la promotion et l'atteinte de l'excellence opérationnelle et en matière de conception dans les installations hospitalières. Les éléments et systèmes de planification normalisés peuvent aider les hôpitaux et leurs équipes de conception à améliorer l'efficacité de la conception dans les plans directeurs, les plans de développement des installations et les programmes fonctionnels propres à chaque projet. Bien qu'il existe de nombreux documents d'orientation de l'industrie auxquels on peut se référer lors de la construction de nouveaux bâtiments hospitaliers ou de la rénovation de bâtiments existants, les normes CSA pour les établissements de santé sont des ressources fondamentales recommandées par le ministère.

Par exemple, la norme CSA Z8000 est une norme de conception reconnue à l'échelle nationale qui fournit des exigences et des directives pour la planification, la conception et la construction des établissements de santé canadiens. Elle est destinée à être utilisée par tous les établissements fournissant des services de soins de santé, quels que soient leur type, leur taille, leur emplacement ou leur gamme de services. La norme a été établie afin d'être utilisée par les architectes, les ingénieurs, les gestionnaires de planification et de projet, les entrepreneurs et les constructeurs, les équipes de mise en service, les gestionnaires d'établissement, les gestionnaires de l'entretien, le personnel chargé de la prévention et du contrôle des infections et d'autres professionnels de la santé. S'appuyant sur les connaissances disponibles en matière de conception fondée sur des données probantes, la norme CSA Z8000 soutient les principes de sécurité, d'efficacité, de qualité des soins, d'inclusivité et d'accessibilité, ainsi que la création d'un environnement propice à la guérison.

La norme CSA Z8000 et les normes CSA connexes doivent être utilisées par :

- les hôpitaux et leurs équipes de projet intégrées lors de la préparation d'un programme fonctionnel, ainsi que pendant la planification et la conception des espaces hospitaliers;
- le ministère, dans le cadre de son rôle consultatif, afin de fournir des commentaires et de la rétroaction aux hôpitaux et à leurs équipes de projet intégrées;
- le ministère en tant que l'une des nombreuses ressources mentionnées dans l'exercice de son rôle consultatif et d'approbation lors du processus de planification des immobilisations.

Puisque les normes CSA pour les établissements de soins de santé sont continuellement révisées et actualisées afin de tenir compte des pratiques exemplaires en vigueur, les hôpitaux et leurs équipes de projet intégrées devraient consulter le site Web de la CSA, qui se trouve dans la section « Normes de l'industrie et documents de référence » des annexes, pour accéder aux renseignements les plus récents offerts par la CSA.

Points de référence du ministère en ce qui a trait à l'espace

Une fois que l'on a déterminé quel serait le modèle de soins et que l'on s'est entendu sur les volumes dans le programme fonctionnel, il faut se pencher sur l'espace dans lequel les soins seront dispensés. En plus du Code du bâtiment de l'Ontario et des normes de la CSA pour les établissements de soins de santé, le ministère a établi des points de référence que les hôpitaux doivent respecter lors de la planification de certains emplacements dans leurs installations afin de maximiser leur efficacité opérationnelle. Consultez les Bulletins sur les immobilisations dans la section « Politiques et documents d'orientation » des annexes pour obtenir la liste des normes et critères ayant trait à l'espace fondé sur des données probantes approuvées par le ministère.

L'objectif de ces normes ou points de référence est :

- d'encourager l'équité des investissements;
- de réduire le gaspillage;
- d'améliorer la transparence;
- de soutenir l'efficacité opérationnelle;
- d'optimiser l'environnement pour fournir des programmes et des services de soins de santé de qualité;
- d'assurer le maintien de la santé et de la sécurité.

Le ministère reconnaît que les modèles de soins sont en évolution constante et que certaines activités hospitalières peuvent nécessiter des espaces autres que ceux qui ont été identifiés par le ministère. Les projets qui proposent de dépasser les points de référence existants ou les espaces hospitaliers qui ne sont pas explicitement couverts par les normes existantes peuvent être examinés par le ministère au cas par cas. Dans une telle situation, une analyse de rentabilisation contenant une justification de conception fondée sur des données probantes pour le ou les espaces supplémentaires doit être préparée et soumise pour examen. Si le ministère n'accepte pas la justification du dépassement de la norme ou du point de référence en ce qui a trait à l'espace, l'hôpital doit utiliser ses propres fonds pour financer l'espace supplémentaire.

Exigences en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour la planification et l'établissement des coûts des projets d'immobilisations hospitaliers

Le ministère a des exigences en matière de PCI spécifiques à la planification et à l'établissement des coûts pour les technologies de PCI dans les projets d'immobilisations hospitaliers de nouvelles constructions et de rénovations majeures (y compris les ajouts aux structures existantes).

L'inclusion de toutes les technologies – ou l'exclusion de certaines – dépend de la gamme de services cliniques prévus dans l'espace physique. Pour toute question concernant les exigences relatives à une proposition de projet spécifique, les organisations de fournisseurs de soins de santé admissibles à un financement des immobilisations sont invitées à communiquer avec la Direction de l'investissement dans les immobilisations en matière de santé. Vous trouverez plus de détails dans les annexes.

Plan d'exploitation après la construction

Une composante intégrale de l'élaboration du PF est l'attention permanente portée aux répercussions que le projet d'immobilisations achevé aura sur l'activité clinique et non clinique pour que l'exploitation après la construction soit gérée de manière efficace et efficiente. Pour les projets d'immobilisations qui entraînent une augmentation du volume de services cliniques ou de l'espace de services cliniques, les hôpitaux peuvent être admissibles à un soutien dans le cadre du Plan d'exploitation après la construction.

Le Plan d'exploitation après la construction fournit un cadre pour l'allocation de fonds d'exploitation aux hôpitaux publics lors de l'achèvement d'un projet d'immobilisations approuvé. Il permet de s'assurer que les répercussions sur l'exploitation associées à un projet d'immobilisations font l'objet d'un accord avant l'achèvement du projet. Le processus est une responsabilité partagée entre le

ministère et Santé Ontario. Le personnel du ministère établit le cadre de responsabilisation pour le financement, et l'allocation finale est faite selon les conseils du ministère de la Santé de l'Ontario et des hôpitaux, sous réserve des approbations de la haute direction et de crédits annuels accordés par l'Assemblée législative de l'Ontario.

Un plan préliminaire d'exploitation après la construction d'un hôpital est d'abord soumis au ministère à l'étape 1.3 – PF, mais il est continuellement amélioré au cours des étapes ultérieures du processus de planification des immobilisations. Le programme fonctionnel approuvé et *l'estimation finale des coûts* constituent les principaux documents d'approbation du Plan d'exploitation après la construction et la base de l'allocation des fonds pour les volumes de services cliniques supplémentaires, l'amortissement de l'équipement lié à l'achat de nouveaux équipements, les coûts supplémentaires des installations pour les nouveaux espaces cliniques nets ajoutés et d'autres coûts pertinents (tels que les coûts de démarrage, de transition et de suivi). Le financement prévu dans le Plan d'exploitation après la construction, qui est fourni sur plusieurs années, est versé sur une base annuelle et fait l'objet de rapprochements annuels pour évaluer la réalisation des volumes de services cliniques financés. L'entente de responsabilisation conclue entre la province et l'hôpital est modifiée pour tenir compte des exigences opérationnelles supplémentaires associées aux allocations de financement du Plan d'exploitation après la construction.

Pour plus de détails sur la méthode de financement et les exigences de présentation, veuillez consulter les lignes directrices relatives au Plan d'exploitation après la construction à l'annexe xv.

Plan de la part locale

Le plan de la part locale est un document important qui établit le calendrier et détermine les sources de financement pour la part de l'hôpital des coûts totaux du projet. Il démontre au ministère que l'hôpital dispose d'un plan financier solide pour gérer ses obligations en matière de part locale. Le niveau de détail requis dans un plan de la part locale dépendra de la taille et de la portée du projet ainsi que des exigences de présentation communiquées par le ministère par l'entremise de son conseiller principal désigné. Les sujets à aborder dans un plan de la part locale peuvent inclure les éléments suivants :

- le soutien financier à la disposition de l'hôpital ou de sa fondation pour le projet d'immobilisations;
- la ou les campagnes de collecte de fonds prévues par la fondation;
- les diverses sources de recettes, notamment les frais de stationnement et le commerce de détail (p. ex. les fournisseurs de services alimentaires);
- les contributions fédérales et municipales;
- le budget d'immobilisations de l'hôpital;
- les sources de financement provisoire.

En ce qui concerne les campagnes de collecte de fonds, le ministère peut demander à l'hôpital de démontrer qu'il est en mesure d'atteindre ses objectifs en matière de collecte de fonds, notamment en fournissant les résultats antérieurs d'autres campagnes de collecte de fonds ou en réalisant une étude de faisabilité. En ce qui a trait au financement provisoire, l'hôpital peut être tenu de divulguer les modalités du financement, ainsi que de fournir un plan financier viable pour rembourser les dettes. Pour toute source de financement incertaine, telle que les collectes de fonds ou les prévisions de recettes, l'hôpital doit fournir un plan d'urgence lors de la présentation du plan de la part locale.

À l'étape 1.3 – PF, le ministère commence son évaluation fondée sur les risques du plan de la part locale préliminaire de l'hôpital. Cette évaluation peut comprendre un examen des états financiers vérifiés de l'hôpital, des procès verbaux du conseil d'administration, des projections des flux de trésorerie, des dettes existantes, des engagements de la fondation de l'hôpital et des prévisions de recettes provenant de sources internes et externes. L'évaluation vise à confirmer que l'hôpital est en mesure de gérer les répercussions financières du projet d'immobilisations sans nuire indûment aux programmes et services en place.

Santé Ontario examine également le plan de la part locale lorsqu'il inclut les sources de recettes de l'hôpital, comme les frais de stationnement, l'hébergement et le commerce de détail.

Analyse de la valeur et ingénierie de la valeur dirigée par le ministère

L'analyse de la valeur est un outil de gestion qui peut être utilisé pour assurer le contrôle de la qualité dans le cadre d'un projet d'immobilisations. Elle doit être effectuée tout au long des phases de planification et de conception pour s'assurer que la solution de conception proposée soutient les soins aux patients et offre le meilleur rapport qualité prix. L'analyse de la valeur n'est pas un événement ponctuel visant à réduire les coûts, mais une approche structurée permettant de déterminer les exigences fonctionnelles d'un projet afin d'harmoniser la portée de ce dernier aux objectifs visés.

En cas d'augmentation inattendue des dépenses en immobilisations ou des coûts d'exploitation, ou pour toute autre raison, le ministère peut déterminer qu'une analyse indépendante de *l'ingénierie de la valeur* doit être effectuée et demander à l'hôpital d'entreprendre une telle étude. Ce processus peut entraîner des modifications de la portée du projet lorsque l'analyse indépendante conclut que l'établissement n'est pas surdimensionné et qu'il n'existe pas de solutions de rechange. Dans d'autres cas, les résultats de l'analyse indépendante de l'ingénierie de la valeur peuvent entraîner des modifications du budget du projet afin de répondre à la portée actuelle. Ces deux processus prennent du temps et peuvent entraîner des retards imprévus dans la réalisation du projet. Il est donc essentiel que le processus de planification, de conception et de construction d'un hôpital soit totalement transparent et que des activités d'analyse de la valeur soient menées régulièrement.

Si le ministère ordonne la réalisation d'une analyse de l'ingénierie de la valeur, les dépenses connexes sont admissibles au partage des coûts dans le cadre des services du consultant principal si le coût total du projet dépasse le budget de 10 % ou plus. Lorsque le plafond établi pour les services du consultant principal est dépassé et qu'il est nécessaire de réaliser une analyse de l'ingénierie de la valeur importante qui échappe au contrôle de l'équipe du consultant principal, le ministère envisagera de partager les coûts des dépenses supplémentaires au cas par cas. Des renseignements supplémentaires sur l'analyse de la valeur et l'ingénierie de la valeur se trouvent dans les annexes.

Rôles d'examen

Santé Ontario demeure responsable de l'examen de la partie A (programme et service) et le ministère dirige l'examen de la partie B (matériel et coût). En raison de l'importance de l'étape 1.3 – PF dans la définition de la portée des programmes et services à inclure dans le projet, le ministère effectue également son propre examen de la partie A d'un point de vue provincial. Le ministère s'intéresse plus particulièrement à la partie A en ce qui concerne :

- la capacité globale du système (projections du nombre de lits et du volume de services);
- les besoins futurs du système;
- les programmes provinciaux (p. ex. soins cardiaques, transplantation).

Afin d'assurer une réponse cohérente et complète aux éléments de la partie A, Santé Ontario et le ministère procéderont à une harmonisation avant d'aller plus loin dans le processus de planification des immobilisations. Cette étape tient compte des examens respectifs des éléments de la partie A afin de s'assurer que toutes les questions ou tous les commentaires adressés à l'hôpital sont cohérents. L'étape d'harmonisation permettra également de s'assurer que les éléments de la partie A de l'étape 1.3 – PF de l'hôpital sont conformes aux priorités du système de santé local ainsi qu'à la perspective et aux points de vue provinciaux du ministère sur la capacité globale du système.

Documents de référence :

- Liste de vérification de l'étape 1.3 – PF
- Guide de partage des coûts d'immobilisations
- Bulletin de planification des immobilisations : planification et conception et bulletin de la souplesse et de l'adaptabilité
- Planification et conception : bulletin de la prévention et du contrôle des infections
- Bloc opératoire, bulletin des points de référence spatiaux
- Service des urgences, bulletin des points de référence spatiaux
- Exigences en matière de PCI pour la planification et l'établissement des coûts des projets d'immobilisations hospitaliers
- Point de référence pour les soins actifs aux patients (en cours de rédaction)
- Bulletin de la prévention et du contrôle des infections

Soutien de Santé Ontario

À l'étape du PF, Santé Ontario exige que l'hôpital démontre que les services proposés sont en parfaite harmonie (adéquation stratégique) avec les priorités du système de santé local.

3.2.2 Étapes à suivre

- Une fois que le ministère aura approuvé le passage à l'étape 1.3 – PF, l'hôpital et son équipe de projet intégrée s'engageront dans la planification afin de satisfaire à toutes les exigences de présentation de l'étape 1.3 – PF : partie A et partie B.*
 - La présentation doit être assemblée et numérotée conformément à la liste de vérification de la présentation de l'étape 1.3 afin de faciliter l'examen. Les hôpitaux doivent consulter la personne ressource désignée du ministère pour déterminer si la méthode de passation des marchés (p. ex. traditionnelle ou PPP) comporte des exigences particulières quant au format de la présentation.*
- Une fois qu'il aura satisfait à toutes les exigences de l'étape 1.3, l'hôpital soumettra au ministère et à Santé Ontario la présentation complète de l'étape 1.3 – PF (partie A et partie B).*
- Dès réception de la présentation, le conseiller principal désigné par le ministère communiquera avec le responsable de Santé Ontario pour :*
 - confirmer que toutes les exigences relatives à la présentation ont été satisfaites conformément à la liste de vérification de la présentation de l'étape 1.3 – PF;*

3.2.2 Étapes à suivre (suite)

- b. établir un calendrier général pour l'examen de la présentation. Ce calendrier comprendra les deux points d'harmonisation et garantira que l'examen des éléments de la partie A par Santé Ontario est terminé afin d'éclairer l'examen final des éléments de la partie B réalisé par le ministère.*
- 4. Le conseiller principal désigné par le ministère, au nom du ministère et de Santé Ontario, préparera ensuite la correspondance adressée à l'hôpital, qui comprendra les éléments suivants :*
 - a. un accusé de réception de la présentation dans les 15 jours ouvrables;*
 - b. les attentes concernant le délai d'exécution de l'examen général.*
- 5. Santé Ontario examinera la partie A, notamment en consultant la DIIMS et des organismes provinciaux lorsque nécessaire, et demandera des précisions supplémentaires directement à l'hôpital au besoin.*
 - a. Une copie de toute la correspondance officielle sera envoyée au conseiller principal désigné par le ministère.*
 - b. Le conseiller principal désigné par le ministère et d'autres représentants du ministère seront invités à toute réunion qui pourrait avoir lieu entre l'hôpital et Santé Ontario relativement à la partie A.*
- 6. Le ministère procédera à un examen simultané des parties A et B du point de vue provincial et transmettra ses commentaires à Santé Ontario. L'examen du ministère comprendra la prise en compte :*
 - a. de la capacité globale du système (projections du nombre de lits et du volume de services);*
 - b. des besoins futurs du système;*
 - c. des programmes provinciaux (p. ex. soins cardiaques, transplantation).*
- 7. **Point d'harmonisation 1 (dirigé par Santé Ontario) :** Santé Ontario discutera des résultats de leurs examens respectifs de la partie A. En raison des interdépendances importantes entre les divers éléments de programme et de service, le ministère et Santé Ontario assureront l'harmonisation de leurs examens respectifs et de toute activité de révision ou de planification supplémentaire qui pourrait être demandée à l'hôpital.*
- 8. Une fois que le ministère et Santé Ontario auront harmonisé leurs examens de la partie A, Santé Ontario formulera une recommandation concernant sa position sur la présentation de la partie A de l'étape 1.3.*
 - a. **L'approbation** représente le soutien de Santé Ontario pour les éléments de programme et de service d'une initiative et permet au ministère d'achever son examen de la partie B (éléments matériels et coûts).*
 - b. **L'approbation conditionnelle** signifie que l'hôpital doit entreprendre une planification supplémentaire pour régler les problèmes précis touchant les programmes et les services relevés par Santé Ontario. Après l'obtention de l'approbation conditionnelle, Santé Ontario avisera l'hôpital des prochaines étapes, y compris si la proposition doit être renvoyée à Santé Ontario aux fins d'examen plus approfondi.*

3.2.2 Étapes à suivre (suite)

- c. **Le rejet** signifie que Santé Ontario n'appuie pas les éléments de programme et de service d'une initiative. Si l'hôpital souhaite mettre en œuvre une autre proposition, une nouvelle présentation de la partie A pourrait être prise en considération.
9. Si Santé Ontario approuve la partie A, Santé Ontario fournira une justification par écrit et des conseils au ministère. Santé Ontario communiquera avec l'hôpital concernant son approbation de la partie A.
 - a. Santé Ontario préparera un résumé de son examen et des raisons justifiant l'approbation des programmes et services et le fournira au ministère dans son avis officiel.
10. Si Santé Ontario rejette la partie A, Santé Ontario fournira à l'hôpital une rétroaction écrite qui explique clairement pourquoi l'initiative n'a pas été approuvée. Cette rétroaction peut inviter l'hôpital à élaborer une version révisée de la présentation de la partie A qui répondra aux critères de Santé Ontario. Cette correspondance sera envoyée en copie conforme au chef compétent de la DIIMS.
11. Parallèlement à l'examen de la partie A par Santé Ontario et le ministère, le ministère procédera à un examen préliminaire de la partie B et demandera des précisions à l'hôpital au besoin.
 - a. Dans le cadre de son examen, le ministère tiendra compte des conseils reçus de Santé Ontario par rapport à la partie A.
12. **Point d'harmonisation 2 (dirigé par le ministère) :** À la suite de l'examen des parties A et B par le ministère, ce dernier jouera un rôle de premier plan et collaborera avec Santé Ontario pour assurer l'harmonisation des éléments de l'étape 1.3 – PF. Ce processus permettra d'examiner la relation entre les éléments de programme et de service et les éléments matériels et les coûts, afin de garantir une harmonisation appropriée à cet égard.

Si nécessaire, on demandera à l'hôpital de clarifier ou de réviser les éléments de la présentation. (REMARQUE : si le processus d'harmonisation entraîne des changements importants aux éléments de programme et de service décrits dans la partie A, l'approbation de Santé Ontario peut être requise. Par changement important, on entend un changement ayant des répercussions directes sur l'exploitation ou le programme et les services).
13. Une fois l'examen de la partie B terminé et les conseils de Santé Ontario concernant la partie A intégrés, le ministère informera Santé Ontario de ses conclusions et des prochaines étapes attendues en ce qui concerne la présentation de l'étape 1.3 – PF.
14. Le conseiller principal désigné par le ministère, au nom du ministère et de Santé Ontario, préparera alors une correspondance à l'intention de l'hôpital qui comprendra des détails sur l'état de la présentation de l'étape 1.3 – PF :
 - a. l'état de l'examen de Santé Ontario;
 - b. l'état de l'examen du ministère;
 - c. les prochaines étapes prévues.

À ce stade, le ministère peut fournir une lettre d'approbation autorisant l'hôpital à passer à l'étape 2.1 – Conception préliminaire 1 (schémas synoptiques). **Une subvention de planification peut être approuvée pour les travaux associés à l'élaboration de la conception.**

3.2 PLANIFICATION DÉTAILLÉE

Présentation de la conception

Aperçu

Tous les projets d'immobilisations qui suivent le modèle de passation de marchés traditionnel et comportent l'aménagement ou le réaménagement d'un espace physique suivent les mêmes étapes de base pour réaliser les dessins de conception définitifs (dessins d'exécution) et déterminer les spécifications. La section suivante donne un aperçu de haut niveau des étapes nécessaires à la préparation d'un ensemble de plans ou de spécifications à un niveau de détail qui permettra à un entrepreneur général ou à une entreprise de construction de comprendre à la fois ce que l'hôpital veut construire et quel sera le coût de la main d'œuvre et des matériaux.

Pour les projets d'immobilisations qui portent uniquement sur la réparation ou le remplacement de l'infrastructure et qui n'ont aucune incidence sur les services cliniques ou sur les locaux existants, il se peut qu'il ne soit pas nécessaire de produire des plans détaillés. Le ministère engagera le dialogue avec l'hôpital avant le début de l'élaboration de la conception préliminaire afin de déterminer quels documents des listes de vérification de présentation des étapes 2.1 et 2.2 doivent être soumis. Le ministère peut également autoriser les hôpitaux ayant des projets de rénovation mineurs et simples à soumettre les documents des étapes 2.1 et 2.2 ensemble pour un examen et une approbation simultanés. Consultez l'Outil d'évaluation axé sur les risques au chapitre 2 pour obtenir de plus amples renseignements sur les conditions dans lesquelles certains projets d'immobilisations peuvent faire l'objet d'une présentation, d'un examen et d'un processus simplifiés.

i ATTENTION!

Saviez-vous que vous auriez dû recevoir l'accord du ministère sur l'étape 1.3 – PF avant de passer à l'étape 2.1 – Conception préliminaire 1 (schémas synoptiques)?

ÉTAPE 2.1 : CONCEPTION PRÉLIMINAIRE 1 (SCHÉMAS SYNOPTIQUES)

Aperçu

L'objectif de l'étape de la conception préliminaire 1 est que l'hôpital obtienne l'accord du ministère concernant le plan fonctionnel du projet et les modifications qui ont pu être nécessaires lors de la planification de l'espace. L'hôpital fournit également au ministère des détails supplémentaires sur la réalisation physique du programme fonctionnel, car il est passé des diagrammes spatiaux à un concept de design.

Les objectifs de la conception préliminaire 1 sont les suivants :

- fournir au ministère les détails de la réalisation physique du programme fonctionnel dans la solution de conception;
- démontrer les relations entre les composantes du programme fonctionnel et à l'intérieur de celles-ci (pour les composantes et les espaces individuels);
- fournir des renseignements sur les systèmes de construction civils, structurels, mécaniques et électriques (le ministère s'attend à ce que les décisions clés concernant les systèmes de

construction soient prises à cette étape, y compris l'examen des coûts des immobilisations pour les systèmes de construction par rapport aux coûts d'exploitation permanents);

- démontrer que l'hôpital a pris des décisions fondées sur des données probantes concernant la viabilité continue de son établissement et que ces décisions permettront d'optimiser l'utilisation des deniers publics.

Une grande partie de la présentation de la conception préliminaire 1 est constituée de schémas synoptiques qui comprennent une description des concepts de design, un plan du site, l'emplacement des éléments du bâtiment, l'emplacement et la relation des principaux services, les principales voies de circulation horizontale et verticale, ainsi que l'emplacement et l'élévation des principales entrées et sorties du bâtiment. Un énoncé de conception accompagne les schémas synoptiques. Il décrit les solutions civiles, paysagères et architecturales proposées, les systèmes structurels, les systèmes électriques, les sources d'énergie et le budget énergétique, les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation, la plomberie et le drainage, les gaz médicaux, les systèmes mécaniques et de sécurité des personnes.

Par ailleurs, la présentation de la conception préliminaire 1 contient un calendrier et une estimation des coûts du projet actualisés. Le calendrier du projet doit indiquer les dates estimées de début et de fin du projet pour :

- la préparation des croquis, des dessins d'exécution et des spécifications ainsi que leur examen et leur approbation par le ministère;
- l'appel d'offres prévu pour le projet;
- la construction et la mise en service.

L'estimation des immobilisations comprend la construction et les autres coûts tels que les frais de mise en service et de gestion du projet. Dans la mesure du possible, des renseignements complémentaires tels que les taux unitaires, le rapport entre la surface brute de plancher et les quantités doivent être inclus pour chaque élément et sous élément. Les coûts totaux du projet doivent rester cohérents dans le temps et d'une soumission à l'autre, et correspondre à la portée convenue.

Si l'hôpital doit s'écarter de la portée et des coûts convenus à l'étape 1.3 – PF, il **doit** communiquer avec le ministère pour discuter des répercussions qui en découlent et soumettre un *modèle de variation des immobilisations*. Le non respect de cette obligation pourrait avoir une incidence sur les approbations ultérieures et nécessiter un retour à un point d'entente ou d'approbation antérieur. Toute modification importante du programme fonctionnel doit également être examinée et approuvée par le ministère. Ces changements comprennent, sans s'y limiter, le nombre, la fonction et la taille (nette ou brute) de tout espace figurant dans le programme fonctionnel.

3.2.3 Étapes à suivre : conception préliminaire 1 (schémas synoptiques)

1. Conformément aux exigences de présentation décrites dans la liste de vérification de présentation de l'étape 2.1 (voir la section « Politiques et documents d'orientation » des annexes), et après avoir convenu au préalable avec le ministère, l'hôpital recueille ou élabore les divers documents.
2. L'hôpital remplit la liste de vérification de présentation de l'étape 2.1, qui doit être signée par le président du conseil d'administration et l'administrateur de l'établissement ou le président directeur général (PDG) et jointe à la présentation préparée à cette étape.
3. Le ministère examine la documentation de l'étape 2.1 pour s'assurer qu'elle est conforme aux politiques ministérielles applicables, au programme fonctionnel approuvé et aux mérites techniques.
4. Le délai d'examen de la présentation par le ministère varie en fonction de la taille, du type et de la complexité du projet. Les présentations incomplètes sont renvoyées à l'hôpital.
5. Le ministère indique, par écrit, qu'il accepte les exigences de présentation de l'étape 2.1 sous la forme d'une lettre d'approbation du ministère.

ÉTAPE 2.2 : CONCEPTION PRÉLIMINAIRE 2 (RAPPORT SUR LES CROQUIS)

Aperçu

L'objectif de l'étape de la conception préliminaire 2 (rapport sur les croquis) est de permettre à l'hôpital d'obtenir l'accord du ministère concernant l'aménagement physique détaillé du programme fonctionnel, tel qu'il a progressé depuis la conception des schémas synoptiques.

Voici les objectifs spécifiques :

- finaliser l'élaboration de la conception;
- fournir un mécanisme pour le contrôle des coûts du projet;
- démontrer la viabilité des activités de l'installation;
- montrer l'emplacement des principaux meubles et équipements ainsi que de toutes les portes et fenêtres;
- montrer la conception de tous les systèmes du bâtiment;
- tester plus en détail les coûts des immobilisations des différents systèmes du bâtiment (sur la base du calcul des coûts du cycle de vie) par rapport aux coûts d'exploitation permanents.

Les croquis sont des documents de planification physique essentiels comprenant un plan intégré d'aménagement du site avec les contours existants et définitifs, les routes et les aires de stationnement, le système de drainage, l'aménagement paysager, ainsi que l'emplacement et l'élévation de tous les principaux bâtiments et autres structures. Ils fournissent également des plans d'aménagement détaillés avec tous les espaces fonctionnels, les voies de circulation, les entrées et les sorties, l'emplacement des principaux équipements, les salles d'équipement et les plans d'aménagement des zones spéciales, comme les cuisines et les laboratoires.

Les croquis sont accompagnés d'un énoncé de conception qui articule les spécifications, les descriptions et la justification des solutions civiles, paysagères et architecturales, des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation, des systèmes électriques, des systèmes de sécurité des personnes et de tous les autres systèmes qui soutiennent la conception proposée.

Un calendrier de projet et une estimation des coûts actualisés doivent accompagner les croquis. Le calendrier mis à jour du projet doit indiquer le temps nécessaire à la préparation, à l'examen et à l'approbation par le ministère des dessins d'exécution et des spécifications, ainsi qu'une estimation du délai pour l'appel d'offres ainsi que la construction de l'installation et sa mise en service.

En fonction de la taille et de la portée du projet, et en consultation avec le ministère, une liste de mobilier et d'équipement et le devis correspondant peuvent également être requis. La liste d'équipement précise les besoins de l'hôpital en matière d'équipement et sert de base au budget d'équipement. L'équipement peut avoir une incidence majeure sur la conception d'un projet d'immobilisations. Il est important de planifier et de recenser les équipements et les exigences qui ont une incidence sur la conception dès le début du processus de conception. Les considérations suivantes doivent être soigneusement planifiées et traitées dans une présentation de liste d'équipement :

- les besoins en matière de services publics;
- la production de chaleur;
- la sensibilité aux vibrations;
- les besoins en espace d'installation et de service;
- les besoins structurels, électriques et mécaniques;
- le rayonnement électromagnétique;
- les dimensions.

Pour les projets de rénovation ou de développement en cours, l'hôpital doit également tenir compte de son inventaire d'équipements existants, des prévisions liées au remplacement de l'équipement et des coûts d'entretien.

3.2.4 Étapes à suivre : conception préliminaire 2 (croquis)

1. *En suivant les exigences de présentation décrites dans la liste de vérification de présentation de l'étape 2.2 sur l'élaboration de la conception, l'hôpital recueille ou élabore les divers éléments du rapport d'élaboration de la conception.*
2. *L'hôpital remplit la liste de vérification de présentation de l'étape 2.2 sur l'élaboration de la conception, qui doit être signée par le président du conseil d'administration et l'administrateur de l'établissement ou le PDG et jointe à la présentation.*
3. *Le ministère examine la documentation sur l'élaboration de la conception. Le délai d'examen des présentations par le ministère varie en fonction de la taille, du type et de la complexité du projet. Les présentations incomplètes sont renvoyées à l'hôpital.*
4. *Le ministère indique, par écrit, qu'il accepte les exigences de présentation de l'étape 2.2 sous la forme d'une lettre d'approbation du ministère.*

Aucune autre modification de la conception n'est autorisée après ce point d'accord ou d'approbation.

ÉTAPE 2.3 : DOCUMENTS CONTRACTUELS

Aperçu

Au cours de l'étape 2.3 – Documents contractuels, l'hôpital prépare les documents d'appel d'offres proposés et le ministère les examine a) pour garantir un processus équitable, ouvert et transparent d'obtention des offres; b) pour confirmer que la portée du projet est décrite avec précision dans la documentation finale; c) pour garantir que le projet respecte les limites du budget approuvé.

Dossier de présentation préalable à l'appel d'offres (facultatif)

À ce stade du processus, l'hôpital peut choisir de présenter un dossier préalable à l'appel d'offres au ministère pour qu'il effectue un examen initial des dessins, des spécifications et de l'estimation des coûts. L'objectif de cet examen initial est de permettre à l'hôpital de recevoir une rétroaction rapide du ministère, ce qui facilite généralement la transition vers l'étape de l'appel d'offres officiel du projet. L'examen du ministère est de « haut niveau » et vise à confirmer la conformité avec la législation en vigueur, les politiques d'approvisionnement et le Guide de partage des coûts.

Le dossier de présentation préalable à l'appel d'offres comprend des documents de conception constitués de dessins d'exécution (*PAS POUR LA CONSTRUCTION*) et de spécifications (projet) pour toutes les disciplines professionnelles associées au projet. Ces documents doivent être achevés à 80 % et sont accompagnés d'une estimation préliminaire des coûts de catégorie B.

Dossier de présentation de l'appel d'offres

Les documents d'appel d'offres définitifs, tels que soumis par l'hôpital, doivent être examinés et approuvés officiellement par le ministère avant qu'un processus d'appel d'offres ouvert, équitable, transparent et concurrentiel puisse être lancé. Le dossier de présentation comprend des documents de conception détaillés comportant des dessins techniques et des spécifications de conception à 100 % pour toutes les disciplines professionnelles, ainsi que les sceaux, signatures et dates professionnels appropriés. Un rapport écrit contenant une comparaison des espaces, une estimation du coût total du projet d'immobilisations (coûts totaux du projet) et un calendrier actualisé doit également être soumis avec les dessins et les spécifications (voir la liste de vérification de présentation de l'étape 2.3 dans la section « Politiques et documents d'orientation » des annexes pour obtenir la liste complète des exigences de présentation qui pourraient s'appliquer).

Bien que les documents d'appel d'offres soient préparés par le conseiller principal, il incombe à l'hôpital d'obtenir l'approbation finale des documents contractuels non seulement du ministère, mais aussi d'autres organismes de réglementation, le cas échéant. Par exemple, les autres organismes de réglementation peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter : les services municipaux de construction (Code du bâtiment de l'Ontario), le commissaire des incendies de l'Ontario (Code de prévention des incendies de l'Ontario), le Service d'inspection des installations radiologiques, la Commission de l'énergie atomique et d'autres ministères (le ministère de la Santé indiquera l'approbation de quels autres ministères est nécessaire). Tous les rapports cruciaux relatifs, sans s'y limiter, à l'état du site ou du sol, aux matières dangereuses et aux études de site doivent également être inclus dans le dossier d'appel d'offres.

✓ Concepts clés de l'élaboration d'un appel d'offres

Estimation des coûts :

L'estimation des coûts de l'appel d'offres doit être préparée par un consultant en coûts accrédité et présenter une ventilation des coûts pour chaque élément de la construction et des annexes. Des renseignements complémentaires doivent être inclus, dans la mesure du possible, pour chaque élément ou sous élément de construction, tels que les taux unitaires, le rapport entre la surface brute de plancher et les quantités. Par ailleurs, les éléments suivants doivent être considérés comme distincts des coûts de construction : le mobilier et l'équipement, la mise en service, les frais de gestion du projet, le commis aux travaux, le transvidage et les frais de déménagement.

Dessins d'après exécution :

Il incombe à l'hôpital de s'assurer que tous les dessins d'après exécution utilisés comme base pour l'élaboration des documents contractuels sont à jour. Les dessins d'après exécution existants peuvent également être complétés par des mesures et des évaluations effectuées par d'autres consultants, au besoin. Le ministère ne financera pas les demandes de modification résultant d'une mise à jour inadéquate des dessins d'après exécution ou d'autres documents.

Assurance de la construction :

Il est fortement recommandé aux hôpitaux de vérifier si leurs polices d'assurance en vigueur couvrent les travaux de construction, notamment pour connaître le montant maximal spécifié, afin d'assurer une protection adéquate pour le projet spécifié. En outre, les hôpitaux devraient envisager d'inclure une demande d'assurance construction dans le formulaire d'appel d'offres comme un prix séparé pour avoir la possibilité de coassurer les travaux avec l'entrepreneur général.

Quelle que soit l'option retenue, il est conseillé au personnel de l'hôpital de consulter un conseiller juridique afin de connaître la couverture d'assurance appropriée et la mettre en place avant la construction.

Dès réception d'une lettre d'approbation du ministère l'autorisant à procéder à la passation de marchés, l'hôpital doit lancer un appel d'offres public pour le projet fondé sur les documents d'appel d'offres finaux soumis au ministère et conformément à la *Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic* et à la *Directive en matière d'approvisionnement dans le secteur parapublic*. Les documents d'appel d'offres finaux doivent être conformes à toutes les politiques du gouvernement et du ministère relatives aux garanties, aux assurances, aux permis, à la période au cours de laquelle les offres sont acceptées et à toute documentation spécifique concernant les étapes, le transvidage et le fonctionnement et l'entretien de l'établissement pendant le processus de construction.

Formes d'appel d'offres soutenues par le ministère

Pour tous les projets qui ne sont pas en PPP, le ministère exige que l'hôpital utilise la méthode d'approvisionnement traditionnelle, selon laquelle des entrepreneurs préqualifiés soumettent une offre fixe et un calendrier en faisant appel à des sous traitants et des fournisseurs compétents. Cette méthode permet au ministère de surveiller les dépenses du projet de manière efficace pendant la construction et au moment du règlement. Historiquement, le ministère a toujours privilégié les marchés à prix forfaitaire, mais il envisage la gestion de la construction (telle que définie par le ministère) dans certaines circonstances et sous certaines conditions, comme le plafonnement de la contribution financière du ministère.

Processus d'appel d'offres : Approvisionnement traditionnel

Le ministère exige qu'un dossier d'appel d'offres élaboré dans le cadre d'un processus de passation de marchés ouvert, équitable et concurrentiel selon le modèle traditionnel soit structuré comme un marché à prix forfaitaire conformément aux formulaires et aux documents du Comité canadien des documents de construction (CCDC 2). À la base, un marché à prix forfaitaire est un marché principal standard entre le propriétaire (hôpital) et l'entrepreneur général (constructeur) qui établit un prix fixe unique et prédéterminé ou une « offre à prix forfaitaire ». Ce prix forfaitaire ne tient pas compte de tout coût supplémentaire que l'entrepreneur général pourrait encourir pendant la phase de construction et qui pourrait être couvert par des ordres de modification. L'utilisation des formulaires standards du CCDC 2 est requise pour chaque aspect du processus d'appel d'offres.

De plus, le ministère recommande aux hôpitaux de suivre le document 23 du Comité canadien des documents de construction (CCDC 23), *Guide des appels d'offres et de l'attribution des contrats de construction*, afin de favoriser l'adoption et l'utilisation des pratiques exemplaires et normes de l'industrie.

Sélection préalable

Si un projet d'immobilisations hospitalier est suffisamment important, s'il s'inscrit dans un marché aux conditions complexes, s'il présente des défis géographiques spécifiques ou s'il est susceptible d'attirer plusieurs soumissionnaires non qualifiés, il est fortement recommandé de procéder à une sélection préalable publique des soumissionnaires potentiels. Le processus de sélection préalable publique permet à l'hôpital et à son équipe de projet intégrée de mieux comprendre les conditions du marché en ce qui a trait à la disponibilité des entrepreneurs généraux, des sous-traitants et des fournisseurs pour le projet proposé.

i Le saviez-vous?

Conformément à la Directive en matière d'approvisionnement dans le secteur parapublic, les appels d'offres concurrentiels ouverts doivent être effectués par l'intermédiaire d'un système d'appel d'offres électroniques facilement accessible par tous les fournisseurs canadiens. Les lieux et sites disponibles, les règles et procédures standard sont disponibles auprès des bureaux de dépôt d'offres locaux ou des associations de construction.

En outre, la sélection préalable publique permet à tous les soumissionnaires potentiels d'exprimer rapidement leur intérêt pour un projet tout en permettant au conseiller principal d'établir une liste de soumissionnaires finaux qualifiés. Seuls les entrepreneurs dont les qualifications atteignent un seuil préétabli et acceptable sont autorisés à soumettre des offres lorsque l'appel d'offres est lancé. La sélection préalable typique concerne les entrepreneurs généraux, mécaniques et électriques; toutefois, d'autres acteurs de l'industrie de la construction pourraient être présélectionnés en fonction de la nature et de la portée spécifiques des travaux à entreprendre. Le ministère suggère l'utilisation du document 11 du CCDC (formulaire standard canadien de *Déclaration de qualification d'un entrepreneur*) comme exigence minimale pour les hôpitaux qui procèdent à la sélection préalable de soumissionnaires.

Pour analyser les demandes de sélection préalable, l'hôpital doit mettre sur pied un comité d'évaluation qui comprend le conseiller principal, le gestionnaire de projet et des membres de la direction de l'hôpital, compte tenu de leur expérience et de leur niveau d'expertise en matière de prestation de programmes et de services ainsi que d'exploitation des installations. Ce comité élabore les critères d'évaluation qui seront utilisés pour déterminer l'admissibilité des soumissionnaires

potentiels. Au titre de la diligence raisonnable, le comité doit consigner son analyse et les décisions associées en cas d'appels ou de demandes de renseignements de la part de la communauté des fournisseurs. Le comité sélectionne généralement un minimum de quatre à six soumissionnaires admissibles afin de s'assurer que les prix demeurent concurrentiels.

Un système de soumission à deux enveloppes est généralement utilisé pour les projets d'immobilisations du ministère (c. à d. que le prix final est reçu et examiné séparément du reste de la présentation afin d'identifier le soumissionnaire de bonne foi ayant proposé le prix le plus bas). Veuillez consulter la section 7.6 du document 23 du CCDC pour connaître les risques associés à ce système et ses limites.

Instructions aux soumissionnaires

La présentation de l'hôpital au ministère doit contenir des instructions aux soumissionnaires qui décrivent clairement la procédure d'appel d'offres. La documentation fournie aux soumissionnaires doit contenir tous les renseignements disponibles concernant le projet. Cela permettra de réduire au minimum les questions pendant la procédure d'appel d'offres et les litiges après l'attribution du contrat.

En accomplissant les procédures décrites dans le document 23 du CCDC, le ministère demande aux hôpitaux de se familiariser avec le Guide de partage des coûts d'immobilisation des hôpitaux, car il peut influencer certains des éléments à indiquer dans les documents d'appel d'offres, tels que :

- les instructions concernant les allocations en espèces; les prix unitaires, détaillés, de remplacement et séparés;
- les instructions pour proposer des substitutions ou des solutions de remplacement (afin que les soumissionnaires ne modifient ou ne limitent pas leurs offres par inadvertance).

Les hôpitaux devraient également envisager une période d'acceptation des offres de 90 jours afin de faciliter les diverses approbations du ministère et du propriétaire (hôpital); ils devraient également indiquer clairement la procédure d'ouverture publique des offres (y compris tout protocole spécifique lié à la pandémie qui pourrait avoir une incidence sur une ouverture publique) en présence de témoins acceptables (y compris une description claire de la procédure d'ouverture électronique des offres telle qu'établie par les dépôts d'offres électroniques) afin de faciliter l'examen adéquat du processus par le ministère.

L'hôpital doit annoncer l'appel d'offres dans un format imprimé accessible au public (p. ex. *Daily Commercial News* et UN journal local) et, facultativement, dans des formats électroniques (MERX, Biddingo, etc.); il devrait envisager un minimum de trois affichages ou annonces stratégiques pendant la période de soumission pour les versions imprimées. Pour améliorer davantage la visibilité de l'appel d'offres, l'hôpital peut également envisager de tirer parti des ressources des associations locales du secteur de la construction (sites Web, salles de plans, etc.). L'appel d'offres doit indiquer tous les soumissionnaires préqualifiés et leurs coordonnées, et la période de soumission ouverte doit être d'au moins 15 jours civils. La période de validité des offres minimale recommandée est de 90 jours, mais les hôpitaux doivent consulter leur conseiller principal si des changements sont envisagés. L'hôpital devrait envisager une période d'appel d'offres plus longue pour les projets plus complexes ou ceux pour lesquels il peut y avoir une pénurie de main d'œuvre et de matériel ou encore pour les appels d'offres qui présentent des défis sur le plan géographique. L'hôpital doit prouver au ministère que toutes les annonces requises ont été publiées avant l'attribution de l'appel d'offres.

i Le saviez-vous?

Le ministère soutient le processus de soumission électronique des offres, car la plupart des systèmes électroniques offrent les avantages suivants :

Gain de temps et amélioration de la fonctionnalité du système

- Des formulaires en ligne simplifiés qui rationalisent le processus d'appel d'offres.
- Des évaluations plus rapides qui permettent de prendre une décision plus rapidement concernant l'attribution des contrats.

Neutralité de l'emplacement

- Les fournisseurs situés à l'extérieur dehors du lieu désigné de réception des offres (généralement l'hôpital responsable de l'appel d'offres) ne seront pas désavantagés par l'obligation de soumettre leurs offres par courrier ou par messagerie plus tôt que les fournisseurs locaux au lieu désigné de réception des offres.

Réduction du risque de disqualification

- Moins de risque de soumettre une offre incomplète grâce aux vérifications automatisées dans chaque offre en ligne.
- Rappels du système envoyés aux fournisseurs par courriel, ce qui réduit le risque d'offres tardives.

Visibilité accrue des marchés publics

- Les fournisseurs ont accès à toutes les soumissions antérieures présentées en ligne.
- Les fournisseurs peuvent suivre l'état d'avancement d'un appel d'offres en ligne du début à la fin.

Source : [doingbusiness.mgs.gov.on.ca/mbs/psb/psb.nsf/Attachments/OnlineBiddingFAQ_FR_Aug_24_2015/\\$FILE/OnlineBiddingFAQ_FR_Aug_24_2015.pdf](http://doingbusiness.mgs.gov.on.ca/mbs/psb/psb.nsf/Attachments/OnlineBiddingFAQ_FR_Aug_24_2015/$FILE/OnlineBiddingFAQ_FR_Aug_24_2015.pdf)

Les dépôts d'offres électroniques sont créés et maintenus par les administrations locales ou les gouvernements provinciaux, les associations de la construction ou d'autres associations professionnelles, ou sont gérés par des entreprises indépendantes (telles que MERX ou Biddingo) en utilisant une technologie fondée sur le Web qui empêche les irrégularités. Indépendamment de la plateforme utilisée pour l'appel d'offres d'un projet, un hôpital est tenu d'utiliser un système qui est public et accessible.

Pour en savoir plus sur les marchés publics, consultez l'annexe (X) pour accéder à la Directive en matière d'approvisionnement dans le secteur parapublic.

Clause de privilège, critères de sélection et erreurs critiques ou formelles dans les offres

Le paragraphe suivant (ou une variante de celui-ci) doit être inclus dans l'information aux soumissionnaires :

« Le conseil d'administration ou le propriétaire se réservent expressément le droit de rejeter l'une des offres ou toutes, en tout ou en partie, ou d'accepter l'offre ou les parties de celle-ci jugées les plus satisfaisantes, sans responsabilité de la part du conseil d'administration, du propriétaire ou du conseiller

principal. Le ministère recommande d'accepter l'offre la plus basse à condition que l'évaluation des offres soit conforme au CCDC 23, Guide des appels d'offres et de l'attribution des contrats de construction. »

Dans le cas d'un projet financé par le ministère, l'hôpital a l'obligation envers le ministère et les soumissionnaires d'expliquer clairement les raisons pour lesquelles il n'accepte pas une offre valide qui demanderait le prix le plus bas. Voici des exemples de raisons valables qui pourraient être invoquées :

- la ou les offres dépassent le budget approuvé;
- la ou les offres étaient non conformes ou ne se sont pas qualifiées;
- la portée du projet a été modifiée de $\pm 15\%$ ou le projet a été annulé.

Les hôpitaux sont en outre tenus d'indiquer clairement au ministère les critères utilisés pour sélectionner l'offre retenue. Le ministère n'acceptera pas de recommander l'attribution d'un contrat à un soumissionnaire qui s'est qualifié ou qui a imposé une condition à son offre, ou qui a commis une erreur importante ou formelle évidente en soumettant son offre. À cette fin, le personnel de l'hôpital engagé dans la planification des immobilisations devrait consulter un conseiller juridique tout au long du processus et s'assurer qu'il est pleinement informé de ses obligations légales en matière de pratiques d'approvisionnement acceptables. Du point de vue du ministère, les exemples d'**erreurs importantes** ou **formelles** peuvent inclure des formulaires d'offre et des formulaires d'offre conditionnelle ou qualifiée non signés, ainsi que des offres qui ne contiennent pas le dépôt de garantie requis pour satisfaire aux exigences de cautionnement.

Cautionnements

L'entrepreneur général doit fournir les garanties décrites dans les documents d'appel d'offres. Les cautionnements suivants sont généralement utilisés dans le cadre d'un projet de construction :

- *Cautionnement de soumission* : Le but du cautionnement de soumission est de garantir la bonne foi du soumissionnaire à l'égard de l'hôpital. Si l'offre du soumissionnaire est acceptée, ce dernier est tenu de ratifier un contrat officiel avec l'hôpital dans les délais impartis et de fournir des cautionnements ou d'autres garanties spécifiées pour assurer l'exécution du contrat. Le ministère exige 10 % du prix de l'offre comme cautionnement de soumission.
- *Cautionnement d'exécution* : Un cautionnement d'exécution offre une indemnité à l'hôpital jusqu'à concurrence du montant de cautionnement en cas de manquement de l'entrepreneur général. Un cautionnement d'exécution n'est pas destiné à couvrir le paiement des réclamations relatives à la main d'œuvre et aux matériaux, mais plutôt à obtenir et à payer les travaux non achevés par l'entrepreneur général. Le ministère exige, au minimum, un cautionnement d'exécution représentant 50 % du prix de l'offre, et peut exiger un cautionnement allant jusqu'à 100 % du montant du contrat.
- *Cautionnement de la main d'œuvre et des matériaux* : Un cautionnement de la main d'œuvre et des matériaux garantit que, en cas de manquement, tous les créanciers seront payés pour la main d'œuvre et les matériaux fournis à l'entrepreneur général afin d'être utilisés dans le cadre du projet. Le ministère exige un cautionnement de la main d'œuvre et des matériaux d'au moins 50 % du prix de l'offre et peut exiger un cautionnement allant jusqu'à 100 % du montant du contrat.

Pour de plus amples renseignements sur les cautionnements et les assurances, veuillez consulter les lignes directrices du CCDC qui sont disponibles à l'adresse suivante : [ccdc.org/](https://www.ccdc.org/).

Prix distincts ou prix de substitution

Dans les documents d'appel d'offres, l'hôpital peut demander à un entrepreneur de recommander des produits ou matériaux de substitution de valeur égale ou supérieure. Dans un tel scénario, ces produits ou matériaux sont exclus du prix de base de l'offre. Le ministère soutient également les solutions de substitution décrites qui sont sollicitées; cependant, les solutions de substitution non sollicitées, relevées et décrites par le soumissionnaire ne sont pas acceptées. Le ministère fonde son approbation sur les renseignements contenus dans l'appel d'offres et toute modification apportée à la portée approuvée d'un projet doit également être examinée et approuvée avant la clôture de l'appel d'offres. Les prix de substitution ne doivent pas être utilisés pour déterminer le véritable soumissionnaire de bonne foi exigeant le prix le plus bas ou la véritable offre de base la plus basse.

Lors de la demande de prix de substitution, l'utilisation de prix de substitution ou d'addenda qui entraîne des coûts supplémentaires pour le projet doit être signalée au ministère pour approbation préalable. Il convient de noter que le ministère n'approuvera pas l'étendue des travaux supplémentaires qui ne sont pas inclus dans le projet approuvé par le ministère. Tous les prix de substitution doivent s'inscrire dans la portée approuvée du projet actuel faisant l'objet de l'appel d'offres et ne pas concerner des travaux d'infrastructure, de planification ou de préparation future pour d'autres projets.

L'hôpital doit indiquer tous les prix de substitution envisagés au moment de la présentation des dessins d'exécution et des spécifications. Les prix de substitution ajoutés après cette date ne seront pas pris en compte pour le partage des coûts par le ministère. Comme l'indique le document 23 du CCDC, le recours à des prix de substitution doit être réduit au minimum.

Prix détaillés

Un prix détaillé est une unité de travail ou un article distinct dans le cadre d'un projet d'immobilisation pour lequel l'hôpital demande aux soumissionnaires des prix distincts, mais dans le cadre du prix de base global de l'offre. L'hôpital se réserve le droit de supprimer les prix détaillés du prix du contrat à sa discrétion.

Prix unitaires

Les prix unitaires sont utilisés pour indiquer des quantités mesurables de matériaux et de main d'œuvre pour des éléments qui peuvent être présents sur le site (p. ex. l'enlèvement du sol contaminé par tonne, l'isolation supplémentaire de tuyaux par pied linéaire). Bien que les prix unitaires doivent être utilisés avec discernement, ils sont particulièrement appropriés pour le retrait de quantités inconnues de matières dangereuses (p. ex. contamination du sol du site, remblai artificiel, élimination d'amiante ou de moisissures) ou pour les éléments de viabilisation du site (p. ex. excavation, canalisations sanitaires ou pluviales souterraines et matériaux granulaires) qui peuvent être nécessaires.

Addenda à la suite d'un appel d'offres

Le ministère n'est pas favorable à l'utilisation d'addenda à la suite d'un appel d'offres lorsque les éléments ajoutés à l'étendue du projet auraient dû être inclus dans les documents initiaux de l'appel d'offres du projet de construction. Dans de telles circonstances, l'émission d'un addenda à la suite d'un appel d'offres pourrait indiquer que le projet n'était pas prêt pour le processus d'appel d'offres, éliminant ainsi l'avantage concurrentiel offert par la présence de plusieurs entrepreneurs pendant

la période d'appel d'offres. Les hôpitaux qui souhaitent émettre un addenda à la suite d'un appel d'offres qui n'élargit ni ne modifie la portée d'un projet doivent d'abord demander au ministère son avis.

Allocations en espèces

Dans le cadre d'un projet d'immobilisations, une allocation en espèces est une valeur estimée pour une étendue de travail qui n'est pas entièrement quantifiable avant le début des travaux de construction. L'objectif des allocations en espèces est de permettre à l'entrepreneur général d'inclure dans le prix de l'offre le coût des travaux qui ne peuvent être établis au moment de l'appel d'offres, et ce, en raison de facteurs qui échappent au contrôle de l'hôpital. Les allocations en espèces approuvées par le ministère visent à réduire les risques inhérents à la gestion de la trésorerie d'un projet et permettent de contenir les coûts afin qu'ils respectent les limites de l'allocation approuvée.

Le ministère n'autorise pas l'utilisation des allocations en espèces pour des travaux non coordonnés indiqués dans le contrat et découlant d'erreurs, d'omissions ou de conditions imprévisibles.

Pour les projets de rénovation, les hôpitaux doivent effectuer une enquête préalable à la construction afin de cerner les problèmes potentiels liés au raccordement de nouveaux systèmes aux systèmes existants du bâtiment.

Allocations en espèces autorisées

Bien que le ministère puisse approuver des allocations en espèces pour des articles spécifiques, les allocations illimitées (y compris les allocations illimitées qui font double emploi avec l'objectif de la prévoyance après contrat) ne seront pas soutenues. Toutes les allocations en espèces doivent être fournies par une source accréditée, telle qu'un consultant en coûts ou un autre consultant ayant une désignation d'établissement des coûts, une expérience fiscale et une autorité.

Les articles suivants **peuvent être approuvés** en tant qu'allocations en espèces après examen par le ministère, à condition que l'équipe de projet intégrée fasse tout son possible pour les inclure dans les plans et les spécifications de construction :

- quincaillerie de porte architecturale;
- inspection et mise à l'essai (p. ex. acier, béton et électricité);
- l'élimination des matériaux dangereux, notamment l'amiante et les moisissures;
- les modifications dues à la sélection finale de l'équipement;
- les conditions de sol contaminé sur le site (c. à d. hydrocarbures, plomb et agents chimiques);
- les travaux d'entretien du site exigés par les autorités locales (c. à d. eau, gaz et autres services publics souterrains);
- la signalisation intérieure et l'orientation (tous les panneaux extérieurs doivent être indiqués dans le contrat général).

✓ **Approbation de l'allocation en espèces**

Une fois qu'une allocation en espèces a été approuvée par le ministère, l'hôpital doit l'utiliser aux fins pour lesquelles elle a été prévue. Les allocations en espèces ne peuvent être transférées d'une allocation à une autre sans l'approbation du ministère (voir le Guide de partage des coûts). La dépense de toutes les allocations en espèces doit être suivie par l'émission d'un ordre de modification ou d'un autre document officiel signé par le conseiller principal, le propriétaire (hôpital) et l'entrepreneur général.

Pour en savoir plus, consultez le Guide relatif à l'entente de partage des coûts avec les hôpitaux qui se trouve à l'annexe.

Ouverture des offres

Une fois la période d'appel d'offres terminée, les offres qui ont été reçues pendant la période d'appel d'offres doivent être ouvertes en public et l'information est documentée et communiquée à toutes les personnes présentes à l'ouverture des offres. De cette façon, tous les soumissionnaires intéressés (et les observateurs) sauront qui a fait une offre pour le projet et la valeur des offres. Ce processus favorise un processus d'appel d'offres ouvert, équitable et concurrentiel pour les projets d'immobilisations financés par les deniers publics.

L'ouverture des offres doit avoir lieu dans un lieu public prédéterminé et être documentée par le conseiller principal dans un registre d'ouverture des offres. Les offres qui ont été reçues après l'heure de clôture spécifiée seront retournées sans être ouvertes. Les offres uniques doivent être retournées au soumissionnaire SANS ÊTRE OUVERTES et l'hôpital doit informer le ministère de la réception d'UNE seule offre.

Si un hôpital a des questions concernant les procédures appropriées à suivre pour tout aspect du processus d'appel d'offres, y compris l'ouverture des offres, le ministère encourage le personnel chargé de la planification des immobilisations à examiner en détail le document 23 du CCDC intitulé « Guide des appels d'offres et de l'attribution des contrats de construction ».

3.3 CONSTRUCTION ET RÉGLEMENT

Étape 3.1 : Attribution du contrat

Aperçu

L'objectif de l'étape 3.1 – Attribution du contrat est d'identifier le soumissionnaire retenu et d'obtenir l'approbation du ministère pour l'attribution du contrat par l'hôpital. Cela permet de s'assurer que le processus d'attribution du contrat est ouvert, équitable, transparent et responsable et qu'il est conforme à la Directive en matière d'approvisionnement dans le secteur parapublic.

✓ **Présence du ministère**
L'hôpital doit informer le ministère de l'heure, de la date et du lieu de l'ouverture des offres, car le ministère se réserve le droit d'y assister.

Conformément aux exigences de présentation décrites dans la liste de vérification de présentation de l'étape 3.1 – Attribution du contrat, l'hôpital :

- obtient des copies des trois offres conformes les plus basses;
- obtient une analyse et des recommandations du conseiller principal concernant le soumissionnaire de bonne foi retenu ayant proposé l'offre de base la plus basse;
- obtient une copie de toutes les allocations en espèces incluses dans le prix final de l'offre;
- documente la motion approuvée par le conseil d'administration confirmant la recommandation du conseiller principal, y compris la valeur de l'offre;
- remplit le formulaire d'estimation finale des coûts;
- fournit au ministère un ensemble de documents contractuels FINAUX conformes à l'appel d'offres, y compris TOUS les addenda.

La soumission de l'hôpital pour l'étape 3.1 – Attribution du contrat doit être signée par le président du conseil d'administration et le PDG de l'hôpital et jointe au dossier. Le délai d'examen de la soumission par le ministère varie en fonction de la taille, du type et de la complexité du projet. Les soumissions incomplètes sont retournées à l'hôpital.

Une fois l'examen terminé, le ministère donne son accord avec la présentation de l'étape 3.1 – Attribution du contrat. Cet accord confirme à l'hôpital la subvention totale du ministère, qui est fondée sur la part du ministère du prix final de l'offre (qui est proposée pour devenir le prix du contrat), et la part du ministère de tous les coûts admissibles conformément à la politique de partage des coûts du ministère. Le reste des coûts est pris en charge par l'hôpital et constitue sa part, y compris toute composante de fonds propres.

i Estimation finale des coûts

Le formulaire d'estimation finale des coûts contient une ventilation de tous les coûts du projet dans des catégories de coûts spécifiques. L'estimation finale des coûts est organisée de manière à déterminer les coûts (en tout ou en partie) qui seront admissibles à un financement du ministère (en tout ou en partie) et ceux qui seront à la charge de l'hôpital.

Après avoir reçu l'approbation du ministère par écrit, l'hôpital peut conclure un contrat de construction avec le promoteur retenu. Cette étape est connue sous le nom d'attribution du contrat. Le contrat de construction signé oblige l'entrepreneur général ou l'entreprise de construction retenu à réaliser le projet et l'hôpital à effectuer les paiements conformément aux modalités décrites dans les documents d'appel d'offres.

Étape 3.2 : Construction

Aperçu

La section suivante donne un aperçu des principales activités requises pour gérer et achever avec succès la construction d'un projet d'immobilisations approuvé.

À partir de ce moment du processus de planification, l'hôpital est entièrement responsable de l'achèvement du projet approuvé, et ce, dans le respect des délais, du budget et de la portée approuvée. La responsabilité de la construction incombe à l'entrepreneur général et cette dernière doit être exécutée conformément aux modalités énoncées dans le contrat de construction. Le conseiller principal supervise le projet pendant toute sa durée et fait rapport directement à l'hôpital. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le *Manuel canadien de pratique de l'architecture* de l'Institut royal d'architecture du Canada (IRAC) et l'ensemble des documents du CCDC.

Le ministère n'est pas responsable de la construction ou de l'administration du contrat et limite sa participation aux modalités décrites dans l'entente de financement de la subvention approuvée par le ministère.

Paielements

Les modalités régissant le versement de paiements par le ministère à l'hôpital, notamment concernant le calendrier et les documents requis, sont définies dans l'entente de financement du projet.

Pour les projets traditionnels, l'hôpital est tenu de soumettre périodiquement au ministère des demandes de paiement accompagnées d'un certificat de progression des travaux rempli par le

consultant principal qui certifie la progression des travaux de construction matérielle en pourcentage. Les certificats de progression des travaux sont utilisés par le ministère dans le processus de financement et de gestion des flux de trésorerie pour calculer le montant du financement dont l'hôpital a besoin à un moment particulier pour le projet d'immobilisations approuvé. En général, le prochain paiement du ministère peut être effectué lorsque le pourcentage certifié d'avancement des travaux a dépassé la part de la subvention versée par le ministère à l'hôpital jusqu'à ce moment là.

Pendant la construction, les hôpitaux sont également tenus de soumettre au ministère une prévision de financement actualisée qui contient un calendrier d'achèvement du projet et des projections mensuelles des flux de trésorerie. Le calendrier de ces mises à jour est établi dans l'entente de financement.

Une fois le projet exécuté pour l'essentiel, le ministère verse à l'hôpital le montant de la subvention approuvée, à l'exclusion de la retenue de garantie qui représente 5 % de la subvention approuvée. Le montant du paiement final dû à l'hôpital (y compris le versement de la retenue de garantie) est déterminé une fois que le projet a été réglé par le ministère en fonction des dépenses réelles du projet et d'une évaluation des ordres de modification admissibles.

Modifications à la portée du projet

Comme l'étape de la construction peut être longue et complexe, il se peut que, à l'occasion, des conditions cachées ou imprévisibles soient découvertes sur le chantier et celles-ci peuvent être traitées au moyen d'une allocation pour imprévus après le contrat qui apparaît comme article sur le formulaire sur l'état des décaissements et la source des fonds de l'estimation finale des coûts pour tous les projets. La partie partageable (financée par le ministère) d'une allocation pour imprévus après le contrat est un pourcentage prédéterminé (3 % pour une nouvelle construction et 5 % pour une rénovation) du coût de construction partageable mis de côté dans le budget de construction pour les risques potentiels imprévisibles d'un projet une fois les travaux de construction entamés. Les hôpitaux n'ont pas automatiquement le droit de percevoir le montant total de l'allocation pour imprévus après le contrat de la part du ministère indiquée dans l'estimation finale des coûts et incluse dans la subvention maximale approuvée par le ministère. Au moment du règlement du projet, le ministère examinera les ordres de modification soumis afin de déterminer leur admissibilité et partagera le coût des ordres de modification admissibles jusqu'à concurrence du montant maximal approuvé de l'allocation pour imprévus après le contrat.

Les hôpitaux sont guidés par l'entente de financement qu'ils ont signée en ce qui concerne les exigences spécifiques relatives à la mise en œuvre des ordres de modification (variations). Selon les modalités de l'entente de financement d'un projet, les hôpitaux sont tenus d'obtenir le consentement du ministère avant d'effectuer ou d'accepter un ordre de modification lorsque ce dernier est incompatible avec un ou plusieurs éléments du programme fonctionnel, du plan directeur et de tout document de conception approuvés; le coût total du projet dépasse le coût total approuvé du projet en raison de la mise en œuvre d'un ordre de modification; l'ordre de modification entraînera une augmentation des coûts de fonctionnement de l'hôpital. Le conseiller principal est responsable de la documentation des ordres de modification et de fournir ces documents à l'hôpital pour qu'il les soumette au ministère.

Pour des renseignements plus détaillés sur l'admissibilité des coûts des ordres de modification,

veuillez consulter la section 3.4 « Post Contract Contingency Allowance » du Guide de partage des coûts d'immobilisations des hôpitaux.

Exécution pour l'essentiel

Lorsque le conseiller principal détermine et atteste que le projet est exécuté pour l'essentiel (aux fins prévues, même s'il reste encore quelques travaux mineurs à réaliser), il délivre à l'hôpital un *certificat d'exécution pour l'essentiel* conformément aux lois applicables (c. à d. la *Loi sur la construction*, L.R.O. 1990). Ce terme provient du Code du bâtiment de l'Ontario et signifie que les travaux sont conformes aux divers paramètres applicables énoncés dans le paragraphe 1.3.3 de la division C du Code du bâtiment. Le terme se rapporte à l'état d'achèvement d'un projet, principalement en ce qui concerne les dispositions et systèmes de santé et de sécurité des personnes. Il n'y a pas de considération de la valeur monétaire du travail terminé et on le rencontre le plus souvent lorsqu'un propriétaire ou un locataire désire occuper partiellement un bâtiment.

i Retenues de garantie sur les privilèges de construction
Au moment de la publication du présent document, la **Loi sur la construction** exigeait une retenue de garantie de 10 % sur chaque facture d'avancement des travaux et exigeait que le montant de la retenue de garantie soit indiqué sur le certificat de progression émis par le conseiller principal. La **Loi sur la construction** exige également que l'hôpital place la retenue de garantie de 10 % en fiducie jusqu'à l'expiration de la période de privilège de construction une fois le projet exécuté pour l'essentiel. L'objectif de la retenue de garantie est de s'assurer que l'on dispose de fonds pour payer les sous traitants si l'entrepreneur ne le fait pas. La période de privilège est de 45 jours à compter de la date à partir de laquelle le projet est exécuté pour l'essentiel. Veuillez consulter la **Loi sur la construction** pour vérifier si ces exigences ont changé ou sont toujours applicables.

Un certificat d'exécution pour l'essentiel doit être soumis au ministère dans les 10 jours suivant l'exécution pour l'essentiel des travaux. Une fois que tous les travaux sont achevés, on dit que le projet a été exécuté totalement.

Exécution finale

Lorsque tous les travaux en suspens ou inadéquats sont exécutés ou corrigés, le conseiller principal certifie que le projet est achevé en émettant un *certificat d'exécution totale*.

Une attestation du conseiller principal de l'hôpital selon laquelle l'installation a été achevée conformément aux documents de conception et au programme fonctionnel doit être remise au ministère dans les 10 jours suivants l'achèvement de l'étape.

Procédures de transition ou de prise en charge

Une fois la construction terminée, l'équipe de projet intégrée, y compris le conseiller principal, facilite l'orientation et la formation du personnel de l'établissement et du personnel responsable de l'entretien de l'hôpital afin que ceux-ci puissent exploiter en toute sécurité et efficacement les nouveaux espaces ou équipements. Une partie de cette transition consiste pour l'entrepreneur, par l'intermédiaire du conseiller principal, à fournir à l'hôpital :

- **Dessins d'après exécution** : Les dessins d'après exécution sont les versions finales et à jour des plans « émis pour la construction ». Les dessins d'après exécution ajoutent toutes les modifications apportées aux dessins et aux spécifications de travail initiaux pendant les travaux

de construction. Ces dessins constituent une documentation essentielle pour l'entretien et le remplacement continus des éléments de l'espace construit. Le ministère recommande que l'hôpital les conserve à des fins de référence.

- **Rapports de mise en service** : Alors que les manuels fournissent des instructions au personnel de l'hôpital sur la façon d'utiliser les équipements individuels, les rapports de mise en service décrivent la façon d'utiliser les multiples systèmes interdépendants qui fonctionnent dans l'établissement.

L'hôpital est invité à se familiariser avec toutes les normes contractuelles et de l'industrie relatives aux procédures de prise en charge, car elles marquent souvent le début des périodes de garantie, des contrats d'entretien, etc. qui auront une incidence sur la stratégie d'investissement à long terme de l'établissement. Les documents du CCDC décrivent en détail les responsabilités et les droits de chacune des parties dans le cadre de divers contrats; toutefois, un examen des pratiques législatives (comme la *Loi sur la construction*) ou réglementaires connexes (comme le *Manuel canadien de pratique de l'architecture* de l'Ordre des architectes de l'Ontario) aidera à comprendre les processus en place.

Pour les projets financés par le ministère, les coûts associés à la transition ou à la prise en charge peuvent être couverts en partie par les coûts de démarrage et de transition du plan d'exploitation après la construction (voir la section sur le plan d'exploitation après la construction) et en partie par les coûts de mise en service inclus dans l'estimation finale des coûts au moment de l'approbation de l'attribution du contrat. Les hôpitaux doivent s'assurer, dès le début du processus de planification, que l'estimation finale des coûts tient suffisamment compte des coûts de mise en service futurs pour éviter de demander au ministère une augmentation de la subvention à un stade ultérieur du processus.

Une fois le processus de transition terminé, l'hôpital devient le propriétaire légal du site.

Réclamations

Une réclamation est une demande de l'entrepreneur général visant à obtenir une compensation supérieure au montant de l'offre pour les retards causés par l'hôpital, les interruptions de travail, les conditions météorologiques, les tarifs, les augmentations de prix des matériaux, etc. Les réclamations doivent être résolues entre l'hôpital et l'entrepreneur général avec l'avis du conseiller principal. Les réclamations ne sont pas couvertes par le financement du ministère.

Période de garantie

La période de garantie est la période pendant laquelle tous les travaux réalisés par l'entrepreneur général sont garantis. La période de garantie commence au moment indiqué dans le contrat de construction du CCDC 2.

Inspection de garantie

Le conseiller principal du projet et le personnel de l'hôpital doivent effectuer une inspection de garantie avant l'expiration de la période de garantie d'un an. Le conseiller principal doit soumettre à l'hôpital un rapport décrivant tous les points de garantie en suspens ou les défauts constatés. Le conseiller principal doit également transmettre une copie du rapport à l'entrepreneur général pour qu'il apporte les changements nécessaires, comme il est indiqué. L'exigence d'une inspection de garantie doit être mentionnée dans le contrat conclu entre l'hôpital et le conseiller principal.

Évaluation après emménagement

L'évaluation après emménagement est une évaluation systématique d'un projet visant à en déterminer les forces et les faiblesses et à examiner les éventuels points à améliorer des immobilisations et du fonctionnement. Elle permet à l'hôpital, au conseiller principal et au ministère de déterminer le bon fonctionnement de l'établissement et de ses composants en montrant comment l'utilisation réelle se compare à l'utilisation prévue, telle que décrite dans le programme fonctionnel. Une évaluation après emménagement permet également de recueillir et de diffuser officiellement les leçons apprises, ce qui peut conduire à l'amélioration des processus et de la conception de projets similaires dans l'avenir.

Si le ministère détermine qu'une évaluation après emménagement est nécessaire lors de la réunion de planification initiale du projet (tenue à l'étape 1.2 – Élaboration de la proposition), ou à une autre étape de la planification, l'élément de coût correspondant dans l'entente de partage des coûts ou l'estimation finale des coûts sera admissible au financement du ministère. Dans ce cas, l'hôpital préparera et soumettra à l'examen du ministère un rapport décrivant les plans de l'évaluation après emménagement et entreprendra le suivi des paramètres requis avant le début des travaux de construction. Le ministère collaborera avec le personnel de l'hôpital pour déterminer quelles mesures de rendement devraient être incluses dans l'évaluation après emménagement, comme celles décrites dans le tableau 2d : Projets d'immobilisations en milieu hospitalier – Mesures du rendement, au chapitre 2.

L'étude post construction doit être entreprise au moins 12 mois après le début de l'exploitation des installations. Le moment exact de l'évaluation après emménagement peut dépendre de facteurs tels que :

- le temps nécessaire pour juger de la durabilité des finitions intérieures (en fonction des matériaux utilisés);
- le temps nécessaire pour que les installations soient pleinement opérationnelles (généralement, plus d'un an);
- le temps nécessaire pour observer les variations saisonnières et opérationnelles (il faut généralement plusieurs années pour dégager des tendances).

Étape 3.3 : Règlement

Aperçu

L'objectif de l'étape 3.3 – Règlement est de rapprocher les coûts réels encourus pendant un projet d'immobilisations et les coûts estimés établis à l'étape 3.1 – Attribution du contrat.

Après l'achèvement d'un projet d'immobilisations avec une contribution provinciale, la DIIMS entreprend un processus de règlement pour s'assurer que le financement destiné aux immobilisations reçues par l'hôpital a été utilisé aux fins prévues et pour clore les dossiers financiers associés au projet. Dans les deux ans suivant l'achèvement d'un projet d'immobilisations, l'hôpital soumet au ministère les documents relatifs au règlement, conformément aux modalités de l'entente de financement et à la liste de vérification et aux modèles de présentation du règlement.

En général, l'hôpital fournit à son conseiller principal désigné un *registre des ordres de modification* qui décrit les types d'ordres de modification partageables et non partageables, un *état vérifié des*

dépenses décrivant toutes les factures (payées) pour le projet d'immobilisations et un *état vérifié des décaissements et de la provenance des fonds* qui contient un résumé des coûts et des revenus du projet. Les registres des ordres de modification peuvent être soumis plus tôt, à l'achèvement final, afin de « lancer » le processus de règlement.

Le registre des ordres de modification, l'état vérifié des décaissements et de la provenance des fonds ainsi que l'état vérifié des dépenses soumises sont comparés à la subvention ministérielle approuvée, comme indiqué dans l'estimation finale des coûts approuvée. L'examen de tout nouvel élément de coût est comparé à l'aide du Guide de partage des coûts en vigueur au moment de l'approbation de l'estimation finale des coûts.

Une fois l'examen du règlement terminé, le ministère travaille avec l'hôpital pour valider les conclusions et confirmer les résultats du processus de règlement. Si les coûts admissibles finaux dépassent les montants payés à ce jour, un paiement supplémentaire est versé. Si les coûts admissibles finaux sont inférieurs aux montants payés à ce jour, le ministère effectue un recouvrement, en plus de conserver la retenue de garantie. Un *avis de règlement du projet* est préparé, indiquant si un paiement ou un recouvrement est nécessaire. Cette étape finale signale la clôture des projets d'immobilisations avec une contribution provinciale et la fin du processus de planification des immobilisations.

Pour les projets d'immobilisations qui ne bénéficient pas d'une contribution provinciale (c. à d. les fonds propres), le ministère exige une attestation du coût total du projet et de la date d'achèvement final de la part du PDG ou du dirigeant principal des finances ou d'un autre cadre supérieur de l'hôpital avant que les projets ne puissent être clos.

4

Projets de partenariats public privé

PROCESSUS DE PARTENARIAT PUBLIC PRIVÉ

Objet

Fournir une vue d'ensemble du modèle de partenariat public privé (PPP), passer en revue les rôles et les responsabilités des parties clés et examiner les étapes du processus requises pour planifier et mettre en œuvre avec succès un projet d'immobilisations hospitalier en collaboration avec IO.

4.1 APERÇU

Tous les projets d'immobilisations ayant reçu une approbation de planification suivent le même parcours jusqu'à la fin de l'étape 1.3 – PF. C'est à ce stade que le gouvernement, sur les conseils du ministère de la Santé, du ministère des Infrastructures et d'IO, déterminera quel modèle d'approvisionnement sera utilisé pour un projet donné.

Comme expliqué au chapitre 2, un PPP est une approche de remplacement pour l'approvisionnement et la gestion de projets d'infrastructure publique complexes et de grande envergure. Dans le cadre du modèle de PPP, le promoteur du projet (l'hôpital) conclut un contrat avec un consortium de projet qui réalise le projet et en gère les risques conformément aux spécifications de rendement de l'hôpital décrites dans un accord de projet. À l'inverse, dans le cadre du modèle traditionnel d'approvisionnement, l'hôpital est responsable de la conception, de la construction et du financement du projet, y compris des risques associés au projet.

La décision quant à savoir quel modèle de PPP est le plus approprié pour un projet d'immobilisations donné dépend de la taille, de la portée et de la complexité du projet ainsi que des coûts, des besoins du client, des exigences en matière d'entretien et du degré souhaité de transfert des risques. Le tableau 4a présente une vue d'ensemble de la façon dont ces facteurs à considérer sont liés au modèle de PPP choisi et, en fin de compte, l'influencent.

Tableau 4a : Facteurs à considérer pour la sélection d'un modèle de PPP*

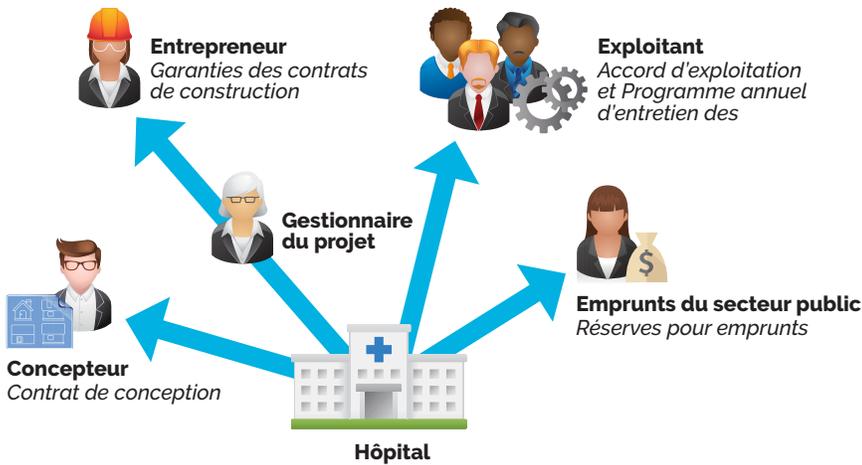
Facteurs à considérer du projet	Construction-financement	Conception-construction-financement	Conception-construction-financement-entretien
Portée	Nouvelle construction ou rénovation	Nouvelle construction ou rénovation	Nouvelle construction
Coût ou taille	50 M \$ à 500 M \$	100 M \$ à 500 M \$	250 M \$ et plus
Exigences en matière de conception	Les spécifications de conception sont similaires à celles des projets traditionnels	Les spécifications des résultats spécifiques au projet contiennent des exigences en matière de conception	Les spécifications des résultats spécifiques au projet contiennent des exigences en matière de conception
Exigences en matière d'entretien	L'hôpital demeure responsable de l'entretien	L'hôpital demeure responsable de l'entretien	Le consortium de projet est responsable de l'entretien pendant une période déterminée (p. ex. 30 ans) et l'hôpital le finance par l'intermédiaire de la part locale
Transfert des risques	Prix fixe, calendrier de construction, financement privé jusqu'à la fin de la construction	Conception, prix fixe, calendrier de construction, financement privé jusqu'à la fin de la construction	Conception, prix fixe, calendrier de construction, construction, entretien, financement privé (garanti en vertu d'un accord à long terme), état des actifs

*Il peut y avoir des circonstances où cela n'est pas vrai, selon la maturité de la conception au moment de la passation du marché.

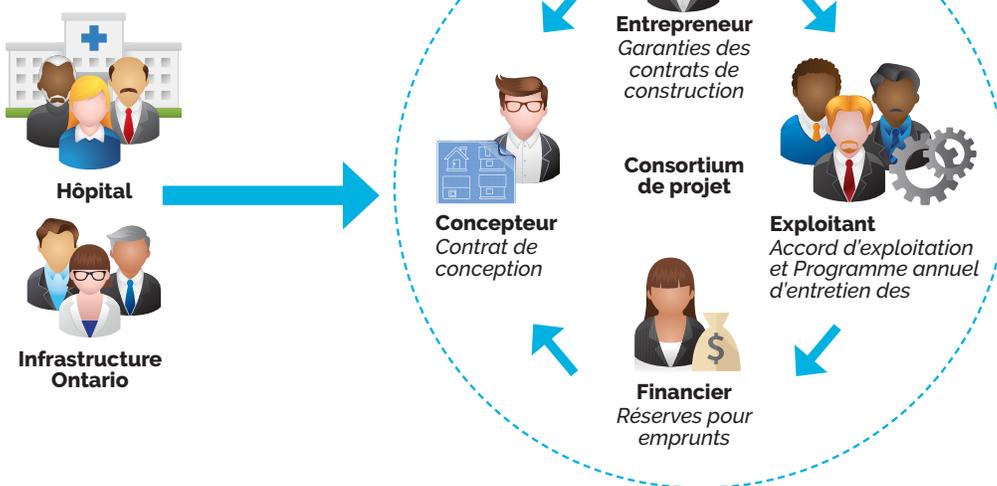
Les différences fondamentales entre les modèles d'approvisionnement traditionnel et en PPP sont illustrées à la figure 4b. Il convient de noter que le modèle d'approvisionnement traditionnel exige que l'hôpital, en tant que promoteur du projet, coordonne séparément chaque composante du processus d'immobilisations, alors que dans le modèle de PPP (CCF/CCFE), le consortium de fournisseurs est établi sous une seule entité connue sous le nom de consortium de projet. Chaque partenaire du consortium est incité à travailler de manière intégrée et collaborative, et ce, en grande partie grâce aux mesures financières incitatives ou dissuasives contenues dans l'accord de projet.

Figure 4b : Représentation visuelle des modèles d'approvisionnement

1. Modèle traditionnel



2. Modèle de PPP



Rôles et fonctions d'Infrastructure Ontario

IO joue un certain nombre de rôles importants dans le cadre des projets de PPP. Ses fonctions sont convenues avec l'hôpital parrain au début de la planification du projet et documentées dans un instrument de responsabilité approprié, par exemple *un accord cadre, un protocole d'entente ou une charte de projet*. Pour la plupart des projets de PPP, IO dirige les fonctions d'approvisionnement, de gestion du projet de construction et de supervision de la mise en œuvre. Les responsabilités spécifiques d'IO comprennent généralement :

- assurer la diligence raisonnable et l'évaluation des risques pour le projet de PPP;
- élaborer un budget en fonction d'une estimation des coûts effectuée par une tierce partie indépendante;
- diriger le processus d'approvisionnement de concert avec l'hôpital parrain;
- élaborer les documents du projet ainsi qu'examiner et approuver la structure de la transaction;
- soutenir l'hôpital parrain dans l'élaboration et le maintien de budgets d'immobilisations et de prévisions en temps opportun;
- recevoir et évaluer les soumissions en collaboration avec l'hôpital parrain;
- négocier et attribuer les contrats de concert avec l'hôpital parrain;
- gérer la construction des projets de PPP conformément aux documents contractuels;
- fournir une expertise et des conseils à l'hôpital parrain sur les implications des projets de PPP en matière d'approvisionnement, de commerce, de finances et de marché;
- fournir des conseils à l'hôpital parrain sur les changements demandés au projet en PPP;
- soutenir l'hôpital parrain dans la gestion des contrats et du rendement pendant les phases de conception, de construction et d'exploitation du projet;
- tous les autres rôles et toutes les autres responsabilités sont assujettis à l'annexe xxii.

4.2 PROCESSUS DE PRÉSENTATION, D'EXAMEN ET D'APPROBATION

Une fois que l'étape 1.3 – PF a été approuvée, l'hôpital, avec l'aide d'IO, doit préparer et soumettre la documentation au ministère pour examen et approbation avant de passer à chacune des autres étapes du processus de planification des immobilisations. Les sections suivantes offrent un aperçu du processus de soumission, d'examen et d'approbation pour chacun des modèles de PPP actuellement soutenus par IO dans le cadre de projets d'immobilisations hospitaliers.

Les lecteurs désireux d'en savoir plus sur les exigences spécifiques de présentation pour les étapes restantes de la planification des immobilisations doivent consulter les listes de vérification de présentation d'étape applicable qui se trouvent dans la section « Documents de politique et d'orientation » des annexes.

4.3 CONCEPTION ET ÉLABORATION DES DOCUMENTS CONTRACTUELS

Les étapes de conception et d'élaboration des documents contractuels diffèrent selon le modèle de PPP utilisé pour un projet particulier. Elles sont illustrées ci dessous.

Construction financement (CF)

Dans le cadre du modèle CF, l'hôpital s'engage dans des activités de conception préliminaire similaires aux étapes 2.1 et 2.2 d'un projet d'approvisionnement traditionnel. L'hôpital assume une grande partie de la gestion du projet, car il est responsable de l'élaboration des spécifications de conception et d'ingénierie par son équipe de projet intégrée, de la préparation des documents contractuels et de la gestion du processus d'approvisionnement ouvert et concurrentiel.

- Comme les projets traditionnels, les projets du modèle CF passent par les étapes 2.1 – Schémas synoptiques et 2.2 – Rapport sur les croquis. Comme tous les autres projets de PPP, les projets du modèle CF passent également par les étapes de demande de qualification (y compris les exigences en matière d'expertise clinique), de demande de propositions, de la clôture commerciale et financière, de la construction et du règlement, comme indiqué dans les sections ci dessous. and 2.2 Sketch Plan Report.

Figure 4c : Construction-financement

Diagramme de processus



Conception construction financement (CCF) et conception construction financement entretien (CCFE)

Équipe responsable de la planification, de la conception et de la conformité

Pour les modèles CCF et CCFE, IO aide l'hôpital dans la présélection et la passation de marchés concurrentiels pour les services d'une *équipe responsable de la planification, de la conception et de la conformité (PCC)*. L'équipe responsable de la PCC est composée de spécialistes techniques (p. ex. architectes, ingénieurs) qui travaillent avec l'hôpital pour préparer les spécifications des résultats spécifiques au projet afin de répondre aux besoins du programme fonctionnel, et pour rendre compte de la conformité de la conception tout au long de la conception et de la construction. Le mandat fondamental de l'équipe responsable de la PCC est de représenter les intérêts de l'hôpital dans la préparation des documents contractuels, l'approvisionnement et le suivi de la construction.

Étapes des processus liés aux modèles CCF et CCFE

Dans le cadre des modèles CCF et CCFE, l'hôpital prépare une présentation de l'étape 2.3 – Schémas synoptiques, des spécifications des résultats spécifiques au projet et des critères d'évaluation de la demande de propositions – qui comprend une série de documents, dont les plus importants sont l'estimation du budget d'investissement et les spécifications des résultats spécifiques au projet – au lieu de produire des dessins et des spécifications de construction détaillés comme dans le modèle traditionnel. Les spécifications des résultats spécifiques au projet sont un ensemble de spécifications qui décrivent les normes selon lesquelles le projet d'immobilisations proposé doit être construit et ensuite exploité (CCFE uniquement) pendant toute la durée de vie de l'actif. Les spécifications des résultats spécifiques au projet couvrent les normes de conception, de construction, de rendement du bâtiment ou de l'actif, de qualité, de réglementation, de politique ou autres que l'hôpital attend de l'actif. Elles n'indiquent pas quelle doit être la solution de conception. Le programme fonctionnel constitue la base de la préparation des spécifications des résultats spécifiques au projet.

Le modèle CCFE suit sensiblement le même parcours que le modèle CCF, la différence essentielle étant l'inclusion de financement à long terme (c. à d. 30 ans), l'entretien du bâtiment et la présence d'exigences relatives au cycle de vie dans l'accord de projet. Il est d'une importance capitale que les spécifications des résultats spécifiques au projet, contenant des critères de rendement détaillés que le consortium de projet doit respecter pour entretenir l'actif pendant la durée prescrite, soient bien conçues. L'hôpital paiera pour le contrat CCFE, y compris les coûts liés à l'entretien et au cycle de vie à long terme et s'attendra à ce que l'actif fonctionne efficacement à un coût raisonnablement bas.

Comme tous les autres projets de PPP, les projets CCF et CCFE passent par les étapes de demande de qualification, de demande de propositions, de clôture commerciale et financière, de construction et de règlement, comme indiqué dans les sections ci-dessous.

Figure 4d : Conception-construction-financement

Diagramme de processus



Figure 4e : Conception-construction-financement-entretien

Diagramme de processus



4.4 DEMANDE DE QUALIFICATION

En vue de l'étape de demande de propositions, IO procède à la présélection des soumissionnaires qui ont une expérience pertinente en matière de conception, de construction, d'exploitation et d'entretien (CCFE uniquement), et qui ont la capacité financière d'entreprendre le projet d'immobilisations proposé. Une liste restreinte de soumissionnaires autorisés à participer à la demande de propositions ultérieure sera établie.

4.5 DEMANDE DE PROPOSITIONS

Une fois que la documentation officielle est prête à être publiée, et que le ministère a examiné et fourni une lettre d'approbation officielle, un dossier détaillé contenant la demande de propositions, l'accord de projet et les spécifications des résultats spécifiques au projet sera distribué aux promoteurs présélectionnés. Le niveau de souplesse de conception accordé aux promoteurs dépend des paramètres de chaque projet. Par exemple, les projets sur terrain vierge (pas de bâtiment ou de services de site préexistants), les installations entièrement nouvelles et les projets avec une marge de manœuvre au niveau du site peuvent offrir une plus grande latitude aux promoteurs potentiels en matière de conception, par opposition aux projets qui supposent des solutions intercalaires, qui ont des contiguïtés prescriptives en raison de composants existants ou qui sont soumis à des exigences municipales strictes.

Chaque promoteur sera invité à présenter sa proposition de conception en cours d'élaboration à l'hôpital et à IO (représenté par l'équipe responsable de la PCC), et à démontrer sa conformité aux spécifications des résultats spécifiques au projet. Après les présentations, les promoteurs recevront des commentaires afin de clarifier les attentes de l'hôpital décrites dans les spécifications des résultats spécifiques au projet. L'objectif fondamental des présentations est d'encourager l'innovation en matière de conception et d'obtenir des soumissions conformes (offres) pour une évaluation ultérieure.

Après la présentation des offres officielles, l'équipe d'IO chargée de la passation des marchés, y compris l'équipe responsable de la PCC, procédera à un examen approfondi de chaque dossier d'offre pour s'assurer qu'il est complet et conforme aux exigences législatives et politiques applicables en matière de passation de marchés. Les offres complètes seront ensuite soumises à un examen technique et financier détaillé par un comité d'évaluation composé de représentants de

l'hôpital et d'IO. Le soumissionnaire ayant obtenu le meilleur score sera recommandé pour l'attribution du contrat.

4.6 ÉTAPE 3.1a : CLÔTURE COMMERCIALE

C'est à ce stade que l'hôpital et IO prépareront le dossier de présentation de l'étape 3.1 – Clôture commerciale, afin de demander au ministère l'autorisation d'attribuer le contrat au soumissionnaire retenu. La présentation de l'étape 3.1 sera fournie au ministère avec la recommandation du conseil d'administration d'IO.

Une fois l'examen terminé, le ministère donne son accord à la présentation de l'étape 3.1 – Clôture commerciale. Cet accord confirme à l'hôpital la subvention aux immobilisations du ministère qui est calculée en fonction de la part du ministère du prix de l'offre retenue ainsi que de la part du ministère de tous les coûts admissibles conformément au Guide de partage des coûts actuel (voir l'annexe v). Le reste des coûts est assumé par l'hôpital en tant que part locale, y compris toute composante de fonds propres.

Dès réception de l'approbation du ministère par écrit, l'hôpital peut conclure l'accord de projet avec le promoteur privilégié (consortium de projet) et procéder à la clôture commerciale. Dans le cadre de la clôture commerciale, le premier formulaire d'estimation finale des coûts est produit et contient une ventilation détaillée de tous les coûts du projet selon les catégories de coûts spécifiques.

Dans le modèle CCFE, l'accord de projet exige également que le promoteur retenu assure l'entretien de l'espace nouvellement construit pendant une période déterminée (c. à d. 30 ans) après la fin de la construction et le début de son exploitation.

4.7 ÉTAPE 3.1b : CLÔTURE FINANCIÈRE

Lors de la clôture financière, les dispositions financières du projet sont finalisées avec le prêteur. Un formulaire d'estimation finale des coûts révisé, comprenant les coûts de financement finalisés, est produit et soumis au ministère pour examen et approbation dans le délai spécifié par l'entente de financement signée par le ministère et l'hôpital (c. à d. trois mois après la clôture financière). Les lecteurs sont invités à consulter la liste de vérification de l'étape 3.1b dans la section « Politiques et documents d'orientation » des annexes pour obtenir la liste complète des documents requis dans cette présentation..

4.8 ÉTAPE 3.2 : CONSTRUCTION

À l'étape 3.2, le projet passe de la construction à l'exécution pour l'essentiel, puis, le cas échéant, à la transition et à l'emménagement. Le ou les paiements du ministère à l'hôpital sont établis dans l'entente de financement. Cette dernière contient également les modalités du ou des paiements ainsi que les échéanciers connexes. Selon le modèle d'approvisionnement, le ou les paiements peuvent être effectués au cours de la période de construction, à l'exécution intermédiaire ou à l'exécution pour l'essentiel.

Il est primordial que l'hôpital avise le ministère et obtienne son consentement pour tout changement important survenu pendant la période de construction, conformément aux conditions de l'entente de financement. Dans le cadre de la demande de consentement adressée au ministère, l'hôpital doit inclure la recommandation d'IO à l'appui de tout changement.

4.9 ÉTAPE 3.3 : RÈGLEMENT

Une fois les travaux exécutés pour l'essentiel, le ministère verse à l'hôpital le montant de la subvention, à l'exclusion de la retenue de garantie, qui représente généralement 5 % de la subvention du ministère pour les projets de CF et de CCF, et la somme pour imprévus après le contrat et des éléments de coûts mineurs non amortissables pour les projets CCFE.

Dans les deux ans suivant l'achèvement d'un projet d'immobilisations, l'hôpital soumet au ministère les documents relatifs au règlement, conformément aux conditions énoncées dans l'entente de financement ainsi qu'à la liste de vérification et aux modèles de présentation du règlement. Le ministère entreprend alors un examen du règlement pour s'assurer que les fonds d'immobilisations reçus par l'hôpital ont été utilisés aux fins prévues et pour clore les dossiers financiers du projet.

L'hôpital entame le processus en fournissant à son conseiller principal désigné un registre des ordres de modification qui décrit les types de modifications partageables et non partageables, *un état vérifié des dépenses* décrivant toutes les factures (payées) du projet d'immobilisations et un état vérifié des décaissements et de la provenance des fonds qui contient un résumé des coûts et des recettes du projet. Pour les projets de PPP, en plus des documents décrits ci-dessus, Infrastructure Ontario, sous réserve de l'annexe xxii, fournira également au ministère *le rapport de clôture du projet* après l'achèvement du projet.

Pendant l'examen du règlement, le ministère travaille avec l'hôpital pour valider toutes les dépenses et vérifier la présentation du règlement de l'hôpital. Le ministère compare l'état vérifié des dépenses et l'état vérifié des décaissements et de la provenance des fonds soumis à l'estimation finale des coûts approuvée et au rapport de clôture d'IO, et examine le registre des ordres de modification. Le résultat de l'examen du règlement par le ministère est la détermination de tous les coûts réels admissibles et la subvention finale correspondante du ministère.

Une fois l'examen terminé, le ministère communiquera l'analyse à l'hôpital pour valider les conclusions et confirmer les résultats du processus de règlement. Si les coûts admissibles finaux dépassent les montants payés à ce jour, un paiement supplémentaire provenant de la retenue de garantie est versé jusqu'à concurrence du montant de la subvention approuvée. Si les coûts admissibles finaux sont inférieurs aux montants payés à ce jour, le ministère effectue un recouvrement, en plus de conserver la retenue de garantie. *Un avis de règlement du projet* est préparé, indiquant si un paiement ou un recouvrement est nécessaire. Cette étape finale marque la clôture du projet d'immobilisations.

Pour les projets CCFE, les exigences de règlement se concentreront sur les coûts du projet d'immobilisations encourus jusqu'à son achèvement. Les coûts du projet liés à la période d'exploitation et d'entretien seront contrôlés et réglés séparément par le ministère sur une base périodique.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Politiques et documents d'orientation

- i. Listes de vérification pour les présentations relatives aux étapes des projets d'immobilisations
- ii. Formulaire de présentation préalable au projet d'immobilisations
- iii. Formulaire de questions ou commentaires
- iv. Guide relatif à l'entente de partage des coûts avec les hôpitaux
- v. Bulletins sur les immobilisations
- vi. Addenda clinique
- vii. Normes relatives à l'espace
- viii. Points de référence spatiaux pour les services des urgences
- ix. Points de référence du ministère pour les soins périopératoires
- x. Carte des lits du programme
- xi. Modèle d'estimation finale des coûts
- xii. Modèle de règlement des immobilisations
- xiii. Modèle de variation des immobilisations
- xiv. Politique relative au plan d'exploitation après la construction
- xv. Modèle de présentation de plan d'exploitation après la construction
- xvi. Lignes directrices du Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé
- xvii. Exemples de catégories de risques liés aux projets
- xviii. Analyse de la valeur
- xix. Exigences en matière de PCI pour la planification et l'établissement des coûts des projets d'immobilisations hospitaliers
- xx. Lignes directrices finales pour l'étude des sites d'Infrastructure Ontario à des fins de diligence raisonnable et de conception (projet social et civil) – Novembre 2018
- xxi. Politiques et procédures d'Infrastructure Ontario relatives aux projets d'immobilisations

Directives du gouvernement

- xxii. Directive en matière d'approvisionnement dans le secteur parapublic
- xxiii. Directive sur l'obligation de rendre compte en matière de paiements de transfert
- xxiv. Directive du gouvernement de l'Ontario relativement aux biens immobiliers
- xxv. Cadre de gestion du risque opérationnel de la FPO

Lois et codes

- xxvi. Loi sur les hôpitaux publics
- xxvii. Loi sur le ministère de la Santé
- xxviii. Loi sur l'administration financière
- xxix. Loi sur la construction

- xxx. Loi sur la protection de l'environnement
- xxxi. Loi sur la santé et la sécurité au travail
- xxxii. Loi sur la santé publique
- xxxiii. Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario
- xxxiv. Code du bâtiment de l'Ontario
- xxxv. Code de prévention des incendies de l'Ontario

Normes de l'industrie et documents de référence

- xxxvi. Norme CAN/CSA Z8000-18 Établissements de santé canadiens
- xxxvii. Norme CAN/CSA Z317.2-19 Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de santé : exigences particulières
- xxxviii. Norme CAN/CSA Z317.13-17 Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien dans les établissements de santé
- xxxix. Comité canadien des documents de construction (CCDC)
- xl. Normes de la National Fire Protection Association

Associations professionnelles

- xli. Infrastructure Ontario
- xlii. Association canadienne de la construction
- xliii. Ordre des architectes de l'Ontario
- xliv. Ordre des ingénieurs de l'Ontario
- xlv. Ontario General Contractors Association
- xlvi. Council of Ontario Construction Associations
- xlvii. Institut canadien des économistes en construction
- xlviii. Ontario Institute of Quantity Surveyors