



RAPPORT

Les hôpitaux en PPP : Une mauvaise solution

Table des matières

Résumé	1
<i>Introduction</i>	6
Premier bloc sur les hôpitaux publics : Le financement d'hôpitaux publics est plus efficace	9
Introduction et résumé	9
Puisque les hôpitaux en PPP dilapident de précieux fonds alloués aux soins de santé, le Canada doit plutôt rénover ses hôpitaux à l'intérieur du système public	9
<i>Le coût d'un hôpital en PPP est de deux à trois fois plus élevé que celui d'un hôpital public</i>	9
<i>Pourquoi le Canada risque de perdre 2,9 milliards de dollars en financement des soins de santé</i>	12
<i>Lorsque le gouvernement « renfloue », des fonds publics sont dilapidés</i>	12
Le système d'hôpitaux publics doit être abordable et épargné de la course aux profits	13
<i>Les sociétés privées qui participent aux hôpitaux en PPP veulent réaliser des profits</i>	13
<i>Les coûts d'emprunt et de refinancement privés d'hôpitaux en PPP sont trop élevés</i>	14
<i>Transfert de risques et profits privés de PPP</i>	15
<i>Les frais modérateurs perçus par les hôpitaux en PPP et les allègements fiscaux consentis à ces derniers sont d'autres sources de profit</i>	16
L'augmentation des dépenses relatives aux hôpitaux est attribuable au travail supplémentaire que nécessitent la négociation et la surveillance de contrats d'hôpitaux en PPP	17
Au Canada, les gouvernements devraient construire de nouveaux hôpitaux publics et rénover ceux déjà construits en puisant dans les fonds fédéraux et en émettant des obligations d'État et envisager la possibilité d'annuler les contrats d'hôpitaux en PPP déjà conclus	17
<i>Les gouvernements au Canada doivent envisager la possibilité d'annuler les contrats d'hôpitaux en PPP déjà conclus</i>	17
<i>Le Canada doit renouveler son programme fédéral d'immobilisations</i>	18
Rénovation d'hôpitaux publics et obligations d'État	18

Deuxième bloc sur les hôpitaux publics : Les hôpitaux publics sont plus démocratiques et contribuent à bâtir le Canada	19
Introduction et résumé	19
Le secret des contrats d'hôpitaux en PPP	19
Le processus menant à la conclusion de contrats d'hôpitaux en PPP est souvent biaisé et antidémocratique	19
<i>Coûts et taux d'actualisation des hôpitaux publics faussement gonflés</i>	20
<i>La durée des contrats d'hôpitaux en PPP est trop longue</i>	21
<i>L'évaluation des contrats d'hôpitaux en PPP n'est pas exhaustive</i>	21
<i>Manque de concurrence dans le système de « mise en concurrence » des PPP</i>	22
<i>Possible impression de connivence entre les fonctionnaires et les consortiums d'hôpitaux en PPP</i>	22
Les hôpitaux en PPP nuisent à l'économie canadienne	23
<i>Les hôpitaux en PPP nuisent à l'industrie canadienne de la rénovation d'hôpitaux</i>	23
<i>Mise à pied de travailleurs d'hôpital</i>	24
<i>Détérioration des conditions de travail et des conditions salariales en milieu hospitalier</i>	25
La vérificatrice générale du Canada doit enquêter sur les hôpitaux en PPP	26
Troisième bloc sur les hôpitaux publics : Un système d'hôpitaux publics assure des services de qualité et plus accessibles aux patients	27
Introduction et résumé	27
Services privatisés, hôpitaux en PPP et soins de moindre qualité	27
<i>Les soins hospitaliers à but lucratif peuvent nuire à votre santé</i>	28
<i>Les entreprises qui gèrent les hôpitaux en PPP cherchent à accroître l'offre de soins à but lucratif</i>	28
<i>Accords commerciaux et hôpitaux en PPP</i>	29
<i>De bonnes conditions de travail sont essentielles pour assurer la qualité des soins hospitaliers</i>	30

<i>La qualité de conception et de construction médiocre des hôpitaux en PPP peut nuire à la santé des patients et des employés</i>	31
Accès limité aux soins hospitaliers pour les patients dans un système de PPP	33
<i>Réduction du nombre de lits et hôpitaux en PPP</i>	34
<i>Les hôpitaux en PPP centralisés sont inaccessibles et trop éloignés</i>	35
Lenteur du processus des hôpitaux en PPP	35
<i>Conclusion</i>	36
<i>Annexe A – Situation des hôpitaux en PPP</i>	39
<i>Annexe B – Nombre de lits des hôpitaux en PPP sélectionnés du Canada</i>	50
<i>Notes de fin</i>	52
<i>Références</i>	60

Résumé

Les Canadiens veulent un système public de soins de santé, car ils jugent que les soins que reçoit une personne ne doivent pas dépendre de ses moyens financiers. Ce sont plutôt les *besoins* de la personne en matière de soins de santé, dont en soins hospitaliers, qui doivent avoir préséance dans la détermination du traitement qui lui sera prescrit. Un récent sondage mené à l'échelle nationale indique que 89,9 pour cent des Canadiens sont favorables ou assez favorables à l'universalité des soins de santé.¹

Les Canadiens doivent avoir accès à des hôpitaux publics de qualité. Dans certaines régions, de nouveaux hôpitaux publics doivent être construits alors que nombre d'hôpitaux publics existants nécessitent des rénovations majeures.² La population canadienne est vieillissante et le taux de vieillissement augmente progressivement. En date du 1^{er} octobre 2010, la population comptait plus de 34,2 millions d'habitants, en hausse par rapport à un peu plus de 31 millions en décembre 2001.³

Les hôpitaux qui sont exploités en partenariat public-privé (PPP) offrent une forme de soins privatisés qui porte atteinte au système canadien de soins de santé universels.⁴ C'est la course aux profits qui devient prioritaire dans la prestation de services, au détriment de la qualité des soins prodigués. Au Royaume-Uni, les 12 premiers projets d'hôpitaux en PPP ont enregistré un rendement moyen (c.-à-d. des profits) de 58 pour cent.⁵ Les énormes profits dégagés par les PPP s'expliquent par le coût très élevé des emprunts privés.⁶ Dans son article de juin 2009 intitulé « Bad Before, Worse Now », l'économiste Hugh Mackenzie précise que les emprunts privés contractés par les PPP coûtent 83 pour cent plus cher que les emprunts contractés par le secteur public.⁷

Au Canada et ailleurs dans le monde, des travailleurs de la santé, patients, familles et militants exercent des pressions en faveur d'un système de soins hospitaliers publics à but non lucratif.⁸ Le SCFP, à l'instar d'autres syndicats et organismes très représentatifs de la société canadienne, exige le maintien des hôpitaux publics et rejette le modèle des hôpitaux en PPP. Au Québec, des coalitions contre les hôpitaux en PPP regroupent des travailleurs et des citoyens, dont des étudiants, des féministes, des écologistes et des experts de l'industrie de la construction.⁹ La Coalition ontarienne de la santé a recueilli des milliers de signatures de personnes favorables aux hôpitaux publics.¹⁰ En Colombie-Britannique, des militants ont mis l'épaule à la roue pour forcer le gouvernement à reculer par rapport à ses projets d'hôpitaux en PPP.¹¹ Au Royaume-Uni, la British Medical Association a mis les gouvernements au Canada en garde contre les hôpitaux en PPP, lesquels ont miné l'accessibilité et la qualité des soins de santé au Royaume-Uni.¹²

Le présent rapport examine comment et pourquoi les hôpitaux publics sont de loin préférables aux hôpitaux en PPP. Les hôpitaux en PPP sont gaspilleurs de fonds publics et un système d'hôpitaux en PPP est, par définition, peu transparent ou démocratique. Par ailleurs, il est avantageux pour l'économie canadienne de confier la réfection des hôpitaux au secteur public. De plus, le présent rapport explique comment les hôpitaux publics sont mieux outillés que les hôpitaux en PPP pour prodiguer des soins de qualité.

Au Canada, les gouvernements ont la possibilité de poursuivre le développement du système d'hôpitaux publics. Ils peuvent émettre des obligations pour financer la rénovation et la construction d'hôpitaux publics. La vérificatrice générale du Canada devrait enquêter sur tous les hôpitaux en PPP dans l'optique de dénoncer tous les problèmes inhérents à ceux-ci, dont la dilapidation de fonds publics.

Le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) se porte à la défense des hôpitaux publics – à la fois comme travailleurs d'hôpital, patients et proches parents de patients. Le SCFP représente près de 200 000 travailleurs de la santé au Canada – dont plus de 100 000 en milieu hospitalier. Nos membres assurent des services de soutien (alimentation, nettoyage et buanderie) ainsi que des services directs aux patients, dont des soins infirmiers et des services de réadaptation. Le SCFP représente également des membres qui travaillent dans d'autres secteurs, dont l'éducation, les services sociaux, les municipalités et le transport aérien. Au total, le SCFP représente plus de 600 000 membres au Canada, ce qui en fait le premier syndicat canadien en importance.

Que sont des hôpitaux en PPP et où les trouve-t-on?

Un partenariat public-privé (PPP) est une forme de privatisation qui n'a rien à voir avec un « partenariat ». On associe aux PPP des coûts plus élevés, une baisse de la qualité, une perte de contrôle public et une réduction de l'offre de soins hospitaliers. Si le Canada maintient le cap sur son plan d'ouvrir 29 nouveaux hôpitaux en PPP en Ontario, en Colombie-Britannique, au Québec et au Nouveau-Brunswick, le présent rapport conclut que quelque 2,9 milliards de dollars en fonds gouvernementaux affectés aux hôpitaux profiteront à de grands consortiums multinationaux. Le tableau suivant ne tient pas compte des pertes que continuent d'encaisser les 18 hôpitaux en PPP en exploitation en Ontario, en Colombie-Britannique, au Québec et au Nouveau-Brunswick. Voir l'annexe A pour connaître la situation des hôpitaux en PPP au Canada.

Province	Hôpitaux en PPP en exploitation	Hôpitaux en PPP en développement/construction
Nouveau-Brunswick	1	1
Québec	0	2
Ontario	14	21
Colombie-Britannique	3	5
Total (Canada)	18	29

Pourquoi opter pour des hôpitaux publics?

Le présent rapport est divisé en trois sections qui expliquent pourquoi les hôpitaux publics sont préférables aux hôpitaux en PPP à but lucratif. Chaque section se veut un « bloc sur les hôpitaux publics » qui démontre comment et pourquoi le modèle public convient mieux au milieu hospitalier. Le premier bloc porte sur le financement efficace des hôpitaux publics. Le deuxième bloc concerne le manque de démocratie, de transparence et d'édification du pays qui caractérise le modèle des hôpitaux en PPP. Le troisième bloc décrit les problèmes de qualité et d'accessibilité inhérents aux hôpitaux en PPP.

Premier bloc sur les hôpitaux publics : Le financement d'hôpitaux publics est plus efficace

Le bénéfice dégagé par un hôpital en PPP profite à des sociétés multinationales tandis que ce sont les contribuables qui sont appelés à payer pour les frais administratifs non budgétés (excédentaires). Le modèle d'exploitation et de financement des hôpitaux publics en est un à but non lucratif. Au Canada, les gouvernements peuvent contracter des emprunts publics à des taux beaucoup plus avantageux que ceux auxquels les consortiums privés qui gèrent les hôpitaux en PPP ont accès. Au niveau fédéral, le gouvernement du Canada devrait participer à la réfection des hôpitaux publics, notamment en émettant des obligations pour financer leur renouvellement.

Deuxième bloc sur les hôpitaux publics : Les hôpitaux publics sont plus démocratiques et contribuent au développement du Canada

Au bout du compte, les hôpitaux publics relèvent des politiciens élus. Si le système d'hôpitaux privés échoue, les Canadiens ont la possibilité de remplacer leurs élus grâce au processus électoral. L'exploitation d'hôpitaux en PPP n'est pas démocratique; souvent, ces hôpitaux sont exploités en vertu de contrats secrets d'une durée de 30 ans ou plus et échappent à tout

examen du public. Il y a lieu pour les vérificateurs généraux d'enquêter sur tous les hôpitaux en PPP au Canada.

Les hôpitaux publics emploient des travailleurs de l'industrie de la construction et du personnel hospitalier qui habitent la région immédiate. Le financement public des soins de santé peut contribuer à créer de bons emplois publics et ainsi assurer une qualité élevée des soins prodigués par les hôpitaux publics. Souvent, les hôpitaux en PPP ont recours à de grandes sociétés multinationales qui nuisent à l'industrie locale de la construction. L'argent public sert à générer des profits et à éliminer des déficits administratifs plutôt qu'à prodiguer des soins hospitaliers. À mesure que les hôpitaux en PPP siphonnent des fonds publics alloués aux soins de santé de la région, des emplois locaux en milieu hospitalier sont éliminés.

Troisième bloc sur les hôpitaux publics : Les hôpitaux publics sans but lucratif offrent des soins de qualité et sont accessibles

Les hôpitaux en PPP accaparent une bonne part des budgets provinciaux de la santé. Il peut en résulter que le nombre total de lits d'hôpital baisse, minant ainsi l'accès aux soins hospitaliers. La construction d'un plus grand nombre d'hôpitaux régionaux en PPP peut mener à la fermeture de plus petits hôpitaux publics en milieu rural. Le modèle des hôpitaux en PPP peut obliger les patients et les familles des ruralités de se déplacer sur de plus longues distances. Dans certaines régions, la construction d'hôpitaux en PPP mène à une baisse de l'indice lit/population. Aussi, il arrive souvent que les hôpitaux en PPP ouvrent leurs portes bien après l'achèvement des travaux de construction. Voir l'annexe B pour connaître le nombre de lits dans certains hôpitaux en PPP au Canada et le nombre de fermetures de petits hôpitaux publics – contribuant à des pertes d'emplois dans le milieu hospitalier.

Dans le milieu hospitalier, le mode PPP peut réduire la qualité des soins hospitaliers. Aux États-Unis, où les hôpitaux privés à but lucratif sont florissants, les soins hospitaliers ont été jugés de qualité médiocre. Des données recueillies sur une période de 20 ans et 149 études sur les soins privés (à but lucratif) et publics (sans but lucratif) aux États-Unis ont fait l'objet d'un examen. Il appert qu'une majorité de ces études (88 au total) sont arrivées à la conclusion que les soins de santé sans but lucratif étaient prodigués plus efficacement.¹³ Les hôpitaux en PPP fonctionnent selon un modèle similaire à celui utilisé pour exploiter les hôpitaux à but lucratif. Les constructeurs et les architectes ne consultent pas le personnel qui prodigue les soins hospitaliers, ce qui mine la qualité des soins et fait entrave à l'innovation. Les conditions de travail dans les hôpitaux à but lucratif sont souvent peu avantageuses, ce qui nuit davantage à la qualité des soins – surtout lorsque le taux de roulement du personnel est élevé. L'embauche d'un nombre insuffisant de préposés à l'entretien ménager par les hôpitaux en PPP peut mener

à des problèmes de salubrité dans les unités hospitalières. Or un nettoyage selon des normes rigoureuses est d'une importance capitale pour prévenir des infections.

Recommandations

Les hôpitaux en PPP sont exploités en vertu de contrats secrets de trop longue durée. Ils gaspillent de précieux fonds alloués aux soins de santé, ce qui peut avoir des conséquences préjudiciables sur les patients et la société canadienne. Nos gouvernements fédéral et provinciaux doivent réitérer leur engagement envers l'universalité des soins de santé et viser un système d'hôpitaux publics qui ne laisse aucune place au privé. En particulier :

- les gouvernements au Canada doivent considérer la possibilité d'annuler les contrats déjà conclus avec des hôpitaux en PPP s'il est démontré que l'annulation de ces contrats pourrait coûter moins cher que leur maintien. Les gouvernements doivent construire de nouveaux hôpitaux publics et rénover ceux qui sont en place en mode public, notamment en puisant dans les fonds fédéraux et en émettant des obligations;
- les vérificateurs généraux doivent enquêter sur tous les hôpitaux en PPP afin de permettre un examen du public en bonne et due forme. Dans le passé, les enquêtes menées par des vérificateurs généraux ont permis d'identifier plusieurs problèmes au sein du système d'hôpitaux en PPP.

Introduction

Les membres du SCFP soutiennent le régime public d'assurance-maladie. Comme travailleurs d'hôpital qui assurent toutes sortes de services, depuis des soins directs comme des soins infirmiers et des services de réadaptation jusqu'à des services de soutien comme l'alimentation, le nettoyage et la buanderie, les membres du SCFP s'opposent aux hôpitaux en PPP et aux soins hospitaliers à but lucratif. Les hôpitaux en PPP nuisent aux membres du SCFP dans le milieu hospitalier, qu'ils y travaillent ou qu'ils y soient patients.

Le SCFP représente près de 200 000 travailleurs de la santé au Canada, dont plus de 100 000 travailleurs d'hôpital. Au total, en incluant d'autres secteurs comme l'éducation, les services sociaux, les municipalités et les lignes aériennes, le SCFP représente plus de 600 000 membres à l'échelle pancanadienne.

Le présent rapport explique pourquoi les gouvernements doivent continuer de privilégier les hôpitaux publics aux hôpitaux en PPP, et ce, partout au Canada. Les raisons pour lesquelles les hôpitaux publics sont préférables se résument en trois « blocs » :

- * **le financement d'hôpitaux publics est plus efficace;**
- * **les hôpitaux publics démocratiques contribuent au développement du Canada; et**
- * **les hôpitaux publics sans but lucratif offrent des soins de qualité et sont accessibles.**

D'abord, le présent rapport explique pourquoi les hôpitaux en PPP coûtent plus cher que les hôpitaux publics. Nous soutenons que les gouvernements doivent affecter des fonds fédéraux et émettre des obligations pour assurer la réfection de l'infrastructure hospitalière. Ensuite, il démontre combien antidémocratiques sont les hôpitaux en PPP et combien ils nuisent aux Canadiens. Les vérificateurs généraux doivent enquêter sur tous les hôpitaux en PPP, puisque de telles enquêtes menées dans le passé ont permis de faire la lumière sur de graves problèmes, dont la dilapidation de fonds publics. Enfin, le rapport soutient qu'un système d'hôpitaux publics est en mesure d'assurer des niveaux plus élevés de qualité et d'accessibilité des soins hospitaliers.

Les PPP sont gérés en vertu de contrats d'une durée de plusieurs décennies qui prévoient la gestion privée de services publics ou d'une infrastructure publique. Habituellement, un consortium privé devient propriétaire de l'infrastructure sous une forme ou une autre. Souvent, ce sont des sociétés privées qui conçoivent, construisent, financent, exploitent et entretiennent les structures. En anglais, on utilise l'acronyme DBFOM (pour **d**esign, **b**uild, **f**inance, **o**perate et **m**aintain). Les PPP peuvent se dérouler en mode DBFOM, DBF ou BF (où la conception est souvent sous-entendue). (Voir l'annexe A pour des exemples.) On associe aux PPP des coûts

plus élevés, une baisse de la qualité et une perte de contrôle public. Les PPP comportent des obligations financières à long terme – souvent pendant 30 ans ou plus – qui peuvent être dissimulées du grand public. En Ontario, on parle également de diversification des modes de financement et d’approvisionnement.¹⁴ Au Royaume Uni, on parle d’IFP (initiatives de financement privé).¹⁵

Les entreprises qui gèrent les hôpitaux en PPP facturent au gouvernement ou à un organisme gouvernemental des frais annuels ou mensuels qui couvrent (souvent, mais pas toujours) l’entretien de l’hôpital, les services de soutien et les coûts en capital – dont les coûts d’emprunt. Il arrive parfois que des ententes particulières soient conclues pour interdire à l’hôpital en PPP d’impair certains services comme des services de soutien ou d’entretien. Cependant, plusieurs PPP prévoient des services de soutien et d’autres services à but lucratif. Les contrats peuvent être d’une durée de 30 ans ou plus.¹⁶

Au Royaume-Uni, les IFP (l’équivalent de nos PPP) ont vu le jour en 1992.¹⁷ Ces partenariats existent aussi dans d’autres pays comme l’Australie. Au Canada, les premiers hôpitaux en PPP ont ouvert leurs portes au Nouveau-Brunswick en 1998.¹⁸ Le premier hôpital en PPP à ouvrir ses portes au Canada, au printemps de 1998, a été l’établissement de soins psychiatriques Centracare à South Bay, en banlieue de Saint-Jean, Nouveau-Brunswick. Le Centre de santé mentale Royal Ottawa, en Ontario, a suivi le 27 octobre 2006.¹⁹

Le Canada compte 18 hôpitaux en PPP en exploitation et 29 qui sont en développement

Province	Hôpitaux en PPP en exploitation	Hôpitaux en PPP en développement/construction
Nouveau-Brunswick	1	1
Québec	0	2
Ontario	14	21
Colombie-Britannique	3	5
Total (Canada)	18	29

Voir les annexes A et B à la fin du document pour consulter la liste exhaustive.

Cependant, au Canada, les défenseurs des hôpitaux publics gagnent du terrain contre les développeurs d’hôpitaux en PPP :

- Le Conseil canadien pour les partenariats public-privé (CCPPP) a retiré le Centre hospitalier universitaire de Québec et de possibles PPP à l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital général juif de sa liste de PPP.²⁰ En août 2010, le gouvernement du Québec a annoncé que l'Hôpital Sainte-Justine pour enfants sera agrandi et rénové en modèle traditionnel et deviendra « le plus grand centre de naissance au Canada ». ²¹ En juin 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, a annoncé qu'une nouvelle urgence à l'Hôpital général juif de Montréal sera construite en mode traditionnel et des chambres individuelles y seront aménagées pour aider à prévenir les infections.²² Aussi en juin 2010, le conseil d'administration du CHUQ (l'Hôtel-Dieu de Québec) a voté pour une approche traditionnelle plutôt qu'un système de PPP; cependant, il y a toujours un risque que le projet soit transformé en PPP.²³
- Le PPP pour l'Hôpital McMaster en Ontario ne figure plus sur le site Web d'Infrastructure Ontario, l'agence des PPP du gouvernement de l'Ontario.²⁴
- Au début de 2007, après beaucoup de lobbying et plusieurs protestations du SCFP Ontario, du Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario, de la Coalition ontarienne de la santé et d'autres, le gouvernement de l'Ontario a fait parvenir à tous les hôpitaux une nouvelle politique en matière de PPP. Il n'est plus obligatoire d'inclure la plupart des services de soutien dans les projets d'hôpitaux en PPP.²⁵ Bien que les problèmes du financement privé et de l'obligation d'impartir de gros travaux d'entretien (ex. : services de CVC) entre autres demeurent entiers, dorénavant, les nouveaux hôpitaux en PPP en Ontario privatiseront beaucoup moins de services que les hôpitaux en PPP ayant ouvert avant l'entrée en vigueur de la nouvelle politique. En général, les services d'entretien, les déplacements de patients, les services alimentaires aux patients, l'entretien ménager et d'autres activités sont confiés à du personnel interne.²⁶ De plus, le libellé sur la sous-traitance du Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario oblige les éventuels privatiseurs à employer des membres du SCFP aux mêmes conditions que celles prévues à l'entente-cadre entre le SCFP et les hôpitaux. Cette obligation constitue une entrave de plus à la privatisation.
- De plus, à la suite de lobbying et de pression publique, les entreprises participant à l'hôpital en PPP Osler de Brampton doivent partager la moitié des gains de refinancement avec le conseil de l'hôpital public, conformément au contrat de PPP.²⁷
- En Colombie-Britannique, les tâches d'entretien ménager seront dorénavant confiées à du personnel interne ou public dans les hôpitaux en PPP de Vernon et de Kelowna, grâce à la bataille livrée par le Syndicat des employés d'hôpitaux (SEH)/SCFP.²⁸

- L'hôpital en PPP St. Paul de Vancouver ne paraît plus sur le site Web de *Partnerships BC*, l'agence des PPP du gouvernement de la Colombie-Britannique.²⁹
- Un grand hôpital en PPP proposé pour Comox Valley et Campbell River (l'île de Vancouver) a été stoppé en grande partie grâce au militantisme du SEH et de Citizens for Quality Health Care.³⁰

En fait, le mode PPP est en perte de vitesse partout dans le monde :

- Par exemple, en octobre 2008, le professeur Dexter Whitfield de *l'European Services Strategy Unit* a annoncé que le Royaume-Uni avait abandonné huit hôpitaux en IFP. L'hôpital en IFP pour femmes de Sheffield est à nouveau financé par des fonds publics.³¹ À la fin de 2007, Southend Hospital NHS Trust a abandonné son projet d'IFP et opté pour un financement public.³² Au terme de cinq années de planification, en raison de l'escalade des coûts, le mode IFP a été abandonné pour l'hôpital en IFP Royal Brompton de Londres, en Angleterre.³³
- En mai 2010, Pierre Beaudoin, président et chef de la direction de Bombardier, a affirmé que les PPP coûtent cher à financer et ne représentent pas la bonne solution.³⁴

Premier bloc sur les hôpitaux publics : Le financement d'hôpitaux publics est plus efficace

Introduction et résumé

Le financement public représente un mode de financement des hôpitaux plus efficace. Les hôpitaux en PPP dilapident les fonds puisqu'ils coûtent de deux à trois fois plus cher que les hôpitaux publics. Le coût d'un hôpital en PPP est si élevé en raison des profits dégagés par les sociétés privées qui participent au projet. Aussi, les coûts plus élevés résultent de la négociation et la surveillance de contrats de PPP. Au Canada, les gouvernements devraient considérer la possibilité d'annuler les contrats d'hôpitaux en PPP et de plutôt avoir recours aux fonds fédéraux et à l'émission d'obligations pour construire de nouveaux hôpitaux publics et rénover ceux déjà en place.

Puisque les hôpitaux en PPP dilapident de précieux fonds alloués aux soins de santé, le Canada doit plutôt rénover ses hôpitaux à l'intérieur du système public

Le coût d'un hôpital en PPP est de deux à trois fois plus élevé que celui d'un hôpital public

Le Canada n'a pas les moyens de payer les coûts très élevés des hôpitaux en PPP, qui dépassent de loin les coûts des hôpitaux publics.³⁵ Allyson Pollock, chercheuse émérite sur les politiques

de la santé à l'Université d'Édimbourg, affirme que les gouvernements dépensent l'équivalent du coût de **deux hôpitaux** pour obtenir un seul hôpital en PPP.³⁶ Jim et Margaret Cuthbert, deux économistes renommés de l'Écosse, font valoir qu'en Écosse, les contribuables paient l'équivalent du coût de **trois** hôpitaux publics pour un seul hôpital en IFP.³⁷

En juin 2010, le vérificateur général du Québec, Renaud Lachance, a rendu publique une enquête sur le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, dans laquelle on peut lire que « les estimations de coûts d'immobilisations dépassent maintenant d'au moins 108,4 millions de dollars les 5,2 milliards de dollars annoncés en mars 2009, et ce, sans compter les révisions des estimations à venir [...] (et) le mode traditionnel est plus économique d'au moins 10,4 millions de dollars... » (pour le CRCHUM en PPP, soit le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal).³⁸

En 2008, le vérificateur général de l'Ontario est arrivé à la conclusion que la construction en PPP de l'hôpital William Osler de Brampton a coûté 194 millions de dollars de plus (en dollars de 2003) qu'aurait coûté la construction d'un hôpital public.³⁹ Pour couvrir la différence, il aura fallu recueillir localement à Brampton 230 millions de dollars de plus, par rapport à une estimation initiale de 100 millions de dollars.⁴⁰

En 2009, en Colombie-Britannique, les comptables judiciaires Ron Parks et Rosanne Terhart ont établi que le coût nominal total (coût du cycle de vie, incluant l'entretien) du Centre Diamond de l'Hôpital général de Vancouver, construit en PPP, se serait chiffré à 89 millions de dollars si la construction avait été confiée au secteur public. Cependant, le gouvernement provincial a dépensé 203 millions de dollars – soit 114 millions de plus – pour construire l'hôpital en PPP.⁴¹ Autrement dit, l'hôpital en PPP de Vancouver a fini par coûter presque 130 pour cent plus cher.

Au Québec, les coûts de construction en PPP du Centre universitaire de santé McGill étaient estimés à 1,482 milliard de dollars en avril 2006. Par contre, selon le vérificateur général du Québec, ces coûts atteignaient au bas mot 2,225 milliards de dollars (soit 50 pour cent de plus) en 2008-2009. Le PPP pour la construction du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a été approuvé en avril 2006. Le budget initial de 1,386 milliard a augmenté de 81 pour cent pour atteindre 2,515 milliards en 2008-2009, si le projet continue en mode PPP.⁴² Le consortium du PPP, Axor-Dalkia, a touché des **frais de 5 millions de dollars pour présenter une soumission** pour la construction du CRCHUM, puis a retiré ladite soumission en mars 2010.⁴³

L'Ontario planifie également plusieurs projets de construction ou de rénovation d'hôpitaux. En 2008, la Coalition ontarienne de la santé a calculé que le coût par lit de la construction d'un hôpital en PPP est beaucoup plus élevé que dans le cas d'un hôpital public. Par exemple, l'hôpital en PPP de North Bay comporte un coût par lit d'un peu moins de 1,5 million de dollars

(1 430 412,17 \$). Par comparaison, le coût par lit du nouvel hôpital public de Peterborough se chiffre à seulement quelque 400 000 \$ (398 785,43 \$).⁴⁴

Le gouvernement de l'Ontario a avoué que l'hôpital en PPP de North Bay coûterait 160 millions de dollars de plus que si la construction de l'hôpital avait été confiée au secteur public. Du même coup, il a expliqué que cette différence se justifiait par le « transfert de risques » qu'il évaluait à 230 millions de dollars.⁴⁵ Cependant, le concept même du « transfert de risques » est très controversé et se matérialise rarement. Le concept du « transfert de risques » est abordé plus loin dans le présent document.

L'Hôpital Royal Ottawa a fini par coûter 29 millions de dollars *de plus* que le budget originellement visé, soit un coût de 125 millions au lieu des 96 millions budgétés.⁴⁶ Le gouvernement de l'Ontario versera, pendant 22 ans et 8 mois, un montant mensuel de 1 090 259 \$ portant intérêts au taux de 6,33 pour cent.⁴⁷ En 2005, la Coalition ontarienne de la santé, dans un document produit par l'économiste Hugh Mackenzie, a démontré que l'Hôpital Royal Ottawa aurait pu être construit pour un montant de 174 millions de dollars de moins si une approche publique traditionnelle avait été retenue.⁴⁸

L'annexe A, à la fin du document, présente un tableau des hôpitaux en PPP au Canada qui comprend les coûts estimés et réels, le type de PPP, le nom du consortium privé, la durée du contrat et l'état d'avancement des travaux de construction.

Au Royaume-Uni, des fonds considérables ont été dilapidés dans la construction d'hôpitaux en IFP. En novembre 2010, Allyson Pollock et David Price, universitaires spécialisés en matière d'IFP, ont expliqué que le National Audit Office (NAO) du Royaume-Uni avait déterminé que les IFP exerçaient une pression considérable sur les budgets des hôpitaux.⁴⁹ Le NAO était arrivé à la conclusion que l'entretien d'hôpitaux en IFP coûtait plus cher tandis que les coûts des services alimentaires n'étaient que légèrement moins élevés.⁵⁰ En Écosse, les contrats d'IFP concernant le Royal Infirmary Edinburgh et l'hôpital Hairmyres comportaient des coûts **trois fois plus élevés** que ceux du mode d'administration publique.⁵¹ Le Centre for International Public Health Policy a déterminé que l'hôpital en IFP de soins aigus de Worchestershire, au Royaume-Uni, avait dépensé **7 millions de livres de plus** en 2005-2006 en raison de l'IFP.⁵² En date de juin 2010, on comptait 76 contrats d'hôpitaux en IFP au Royaume-Uni, d'une valeur totale de quelque 900 millions de livres par année et d'une valeur en capital de plus de six milliards de livres.⁵³

La société britannique Carillion – ayant participé à la construction de l'hôpital en PPP William Osler de Brampton (Ontario) et de l'Hôpital Royal Ottawa – a financé et construit l'hôpital en IFP de Swindon, au Royaume-Uni. Les dépassements de coûts ont fait en sorte que l'hôpital a coûté 720 millions de livres à construire, par rapport à une estimation initiale de 330 millions de livres.⁵⁴

Pourquoi le Canada risque de perdre 2,9 milliards de dollars en financement des soins de santé

Selon des études indépendantes, deux hôpitaux en PPP (en Colombie-Britannique et en Ontario respectivement) ont coûté en moyenne 114 millions de dollars⁵⁵ et 194 millions de dollars⁵⁶ de plus que s'ils avaient été construits par le secteur public. Si nous retenons un chiffre plus modeste pour l'augmentation des coûts – soit 100 millions de dollars – des 29 hôpitaux actuellement en développement ou en construction au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, nous arrivons à la conclusion que nous paierons 2,9 milliards de dollars de plus que si ces hôpitaux avaient été financés et construits en mode public. En conséquence, deux scénarios sont possibles : ces hôpitaux dépenseront plus de fonds publics ou les budgets de la santé seront comprimés, puisque les hôpitaux devront réduire leurs dépenses dans d'autres secteurs afin de couvrir les coûts excédentaires du mode PPP.

Lorsque le gouvernement « renfloue », des fonds publics sont dilapidés

Lorsque des gouvernements doivent renflouer les coffres de consortiums privés participant à des PPP, ils se rendent plus vulnérables et dilapident des fonds publics. David Hall, chercheur affilié à l'unité de recherche de l'International des services publics (PSIRU), craint que le « renflouement » de projets en PPP rende les gouvernements très vulnérables.⁵⁷ Une dette publique raisonnable est une bonne chose, mais un endettement trop élevé n'est jamais une bonne nouvelle, selon Naomi Klein, auteure de *The Shock Doctrine*. M^{me} Klein donne l'exemple de l'Islande, où le gouvernement s'est porté au secours de sociétés privées et l'économie s'est carrément effondrée.⁵⁸ Le vérificateur général du Québec est aussi inquiet des risques futurs que courent la province si les PPP progressent comme prévu.⁵⁹

Le professeur Pierre J. Hamel, dans une étude de mars 2010 intitulée *Un hôpital en partenariat public-privé (PPP) : un pari trop risqué*, prétend que les PPP comportent des risques très élevés lorsqu'il est question de construire des hôpitaux étant donné que les entreprises participant au PPP peuvent faire faillite. Il fait valoir que le plus grand PPP au monde – le Metronet souterrain de Londres – a fait faillite en 2007 et que c'est le gouvernement qui a dû payer pour réparer les pots cassés.⁶⁰

La probabilité de faillite peut être plus élevée lorsque de nouvelles entreprises sont fondées uniquement pour concevoir, construire, financer et entretenir des hôpitaux en PPP. Accès Recherche Montréal L.P. a été fondé en mai 2010 par Fiera-Axiom Recherche LP et Meridiam Infrastructure uniquement pour financer, en PPP, le CRCHUM (le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal). À l'époque, des « obligations garanties de premier rang » valant 394 millions de dollars ont été émises sur les marchés.⁶¹

Les exemples de fonds gouvernementaux dilapidés sur des projets en PPP ayant échoué sont multiples. Larry Blain, le PDG de Partnerships BC, a avoué que le financement public du projet de pont Port Mann par la province permettrait d'économiser 200 millions de dollars par rapport à un financement en PPP. Malheureusement, le groupe Macquarie continuera de bénéficier de contrats de PPP couvrant des services-conseils en lien avec le financement et l'exploitation de péages pour ce pont.⁶²

Des gouvernements ont dépensé inutilement de précieux fonds publics sur des hôpitaux en PPP et « renfloué » des « partenaires » privés dont l'avenir était incertain. Le gouvernement allemand a dû se porter au secours de la *Depfa Bank* et de sa société mère, *Hypo Real Estate*, qui participe à la construction de l'hôpital en PPP Royal Jubilee de Victoria, en Colombie-Britannique.⁶³ *Depfa Bank* a également participé au projet d'hôpital en PPP de Surrey, toujours en Colombie-Britannique.⁶⁴ La société *Bilfinger Berger* a dû sauver *Babcock* de la faillite, en y investissant des capitaux privés, tandis que la banque d'investissement *Investec*, également partenaire au projet, se trouve au cœur d'une poursuite de plusieurs millions de dollars concernant une présumée vente illégale d'actions.⁶⁵ Les sociétés qui sont propriétaires des hôpitaux en PPP d'Abbotsford ainsi que Leslie et Gordon Diamond de Vancouver ont connu trois propriétaires différents sur une période de trois ans. En 2007, *John Laing PLC* a acheté les PPP de la banque d'investissement australienne *Macquarie*, qui les avait achetés de la banque hollandaise *ABN Amro* en 2005.⁶⁶

Le système d'hôpitaux publics doit être abordable et épargné de la course aux profits

Les sociétés privées qui participent aux hôpitaux en PPP veulent réaliser des profits

Les PPP et les hôpitaux en PPP dilapident les fonds publics en raison de leur but lucratif. Les montants dégagés en profits ne sont pas investis dans le financement des soins de santé alors qu'ils auraient pu servir directement à la prestation de soins hospitaliers publics.

Au Royaume-Uni, les hôpitaux en PPP ou IFP ont permis d'engranger d'énormes profits. Les 12 premiers projets d'hôpitaux en IFP au Royaume-Uni affichent un rendement moyen pour leurs actionnaires (autrement dit, un bénéfice) de 58 pour cent.⁶⁷ Un article publié en 1999 dans le réputé *British Medical Journal* soulignait que les hôpitaux en IFP du Royaume-Uni dégageaient des profits de l'ordre de 15 à 25 pour cent par année.⁶⁸ Selon des représentants du gouvernement écossais, un consortium à la tête d'une IFP a réalisé un bénéfice de 90 millions de livres d'un hôpital ayant coûté 70 millions de livres.⁶⁹

Au Canada, les hôpitaux en PPP dégagent également des profits considérables. Des documents judiciaires obtenus par la Coalition ontarienne de la santé indiquent que l'hôpital en PPP de

Brampton versera des dividendes (ou profits) de quelque 299 millions de dollars aux partenaires financiers pendant la durée du contrat.⁷⁰

Les coûts d'emprunt et de refinancement privés d'hôpitaux en PPP sont trop élevés

Les énormes profits réalisés par le secteur privé découlent des coûts d'emprunt privé élevés des projets d'hôpitaux en PPP.⁷¹ L'économiste ontarien Hugh Mackenzie, dans un article de juin 2009 intitulé « Bad Before, Worse Now », a calculé que les emprunts privés contractés pour financer des PPP coûtent 83 pour cent plus cher que les emprunts publics depuis l'« effondrement » des marchés financiers mondiaux.⁷² Mark Hellowell, agrégé de recherche à l'Université d'Édimbourg, dans un article d'août 2009 portant sur les IFP au Royaume-Uni et intitulé « *Public Finance* », a affirmé que les marges de crédit – c'est-à-dire les « primes que les banques perçoivent sur leurs propres coûts d'emprunt », ont triplé depuis l'été 2008. Aujourd'hui, la dette est répartie entre de nombreux joueurs dans le marché des PPP. Plus le nombre de sociétés participant à un PPP est élevé, plus les coûts de transaction sont élevés, ce qui augmente les coûts pour les contribuables. De plus, moins de banques se partagent aujourd'hui le marché, ce qui crée un genre de « monopole » sur le plan des prix. Par exemple, en 2006-2007 au Royaume-Uni et en Europe, plus de 50 banques participaient à des IFP. En août 2009, on n'en comptait plus que 15.⁷³

Le refinancement est aussi associé à la montée en flèche des marges bénéficiaires des PPP. En mars 2006, le comité des comptes publics de la *Chambre des communes britannique* a mené une enquête sur les hôpitaux en IFP de Norfolk et de Norwich, deux IFP impliquant la société *Innisfree*. *Innisfree* a été achetée par *John Laing PLC*, la société internationale participant aux hôpitaux en PPP d'Abbotsford, de Vancouver et de Victoria, en Colombie-Britannique. Edward Leigh, président du comité britannique, a qualifié le projet d'hôpital en IFP de « face inacceptable du capitalisme » [traduction libre] en raison des énormes profits réalisés sur le dos des contribuables – profits provenant principalement des opérations de refinancement.⁷⁴ Le refinancement a fait gonfler la marge bénéficiaire de 19 pour cent à plus de 60 pour cent.⁷⁵ Carillion, la société ayant construit et financé l'hôpital en PPP de Brampton (Ontario) et l'Hôpital Royal Ottawa, a dégagé un profit de 45 millions de livres en refinançant l'hôpital en IFP de Dartford au Royaume-Uni.⁷⁶ Le professeur Dexter Whitfield, commentant son livre de 2009 intitulé *Global Auction of Public Assets: Public sector alternatives to the infrastructure market and Public Private Partnerships*, affirme que les 65 projets d'IFP au Royaume-Uni seulement ont été vendus à un profit de 257 millions de livres entre 1998 et 2008 environ et que le profit réel pourrait être encore plus élevé en raison des règles de non-divulcation!⁷⁷

Plus l'envergure d'un projet d'hôpital en PPP est grande, plus les montants requis en financement privé sont élevés, et les emprunts privés comportent habituellement des taux d'intérêt plus élevés que les emprunts publics. En juillet 2010, dans ce que le *National Post*

qualifie du plus grand projet d'hôpital en PPP au Canada, le consortium de PPP regroupant SNC-Lavalin, Innisfree et McGill Finance Inc. (pilotant le projet d'hôpital en PPP du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)) a émis pour 764 millions de dollars en obligations amortissables sur une période de 34 ans. Ce fut une des plus importantes émissions d'obligations pour un PPP au Canada, et des analystes financiers ont indiqué que le succès de cette transaction démontrait que le marché avait la capacité d'absorber de grands PPP, pavant ainsi la voie à d'importants contrats de PPP futurs au Canada.⁷⁸ Accès Recherche Montréal L.P., entreprise fondée en mai 2010 pour financer, en PPP, le CRCHUM (le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal), a réuni des fonds en émettant deux tranches d'obligations : une première de 59,3 millions en obligations sur trois ans portant intérêts au taux de 4,401 pour cent et une deuxième de 334,1 millions en obligations sur 32 ans portant intérêts au taux de **7,067 pour cent** (caractère gras ajouté).⁷⁹ André Noël, journaliste à *La Presse*, a estimé en mai 2010 que le CRCHUM coûterait 320 millions de dollars de plus que prévu parce que le partenaire privé empruntera à un taux d'intérêt de 7 pour cent, comparativement à un taux de 4,7 pour cent qui aurait prévalu si l'hôpital avait été construit en mode traditionnel par le secteur public.⁸⁰

Malheureusement, les caisses de retraite des travailleurs sont également mises à contribution dans les projets d'hôpitaux en PPP. C'est le cas du Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario (OMERS) – dont le SCFP est membre sans pour autant en avoir le plein contrôle. En décembre 2010, le *National Post* a rapporté que les régimes de retraite s'intéressent encore plus aux hôpitaux en PPP depuis que les constructeurs cherchent à se départir des projets une fois terminés et à réinvestir leurs capitaux dans de nouveaux projets en PPP. La porte est maintenant grande ouverte pour les caisses de retraite, qui veulent investir dans des liquidités stables pour acheter les dettes des hôpitaux en PPP et prendre charge des contrats de services de longue durée.⁸¹

Transfert de risques et profits privés des PPP

Les sociétés privées qui gèrent des hôpitaux en PPP soutiennent généralement que les gouvernements doivent payer pour le « risque » qu'elles acceptent d'assumer au moment du transfert du projet. De plus, elles prétendent que ce montant ne devrait pas être comptabilisé dans leurs profits. Cependant, le chiffre associé à ce « risque » est très controversé.

Par exemple, la *Cour suprême du Canada* a statué que le secteur public **ne peut transférer** les risques pour la sécurité à des entreprises à but lucratif. En 1997, le ministère des Transports de la Colombie-Britannique a été jugé responsable de la sécurité publique sur ses routes, et ce, même si le ministère avait retenu les services d'un entrepreneur privé pour réparer un tronçon de l'autoroute Sea-to-Sky.⁸²

Lewis Auerbach, ancien directeur des opérations de vérification au Bureau de la vérificatrice générale du Canada, soutient également que le risque n'est jamais entièrement transféré au secteur privé en vertu d'accords concernant des hôpitaux en PPP.⁸³ Un document produit par le Syndicat des employés d'hôpitaux (SEH) prétend que ce constat s'applique aussi aux taux d'infection dans les hôpitaux. Si ces taux augmentent dans un hôpital en PPP, le gouvernement en demeure responsable.⁸⁴

Le transfert de risques et les « taux d'actualisation » qui y sont associés sont abordés plus en détail dans le deuxième bloc.

Le professeur Dexter Whitfield, commentant son livre de 2009 intitulé *Global Auction of Public Assets: Public sector alternatives to the infrastructure market and Public Private Partnerships*, affirme que « le transfert de risques est un concept exagéré qui repose sur l'hypothèse erronée selon laquelle il est impossible de modifier le mode de gestion des contrats publics ». ⁸⁵ Or le professeur Whitfield prétend le contraire, c'est-à-dire qu'il est possible de modifier et d'améliorer la gestion des immeubles et des contrats publics au besoin.⁸⁶

Les frais modérateurs perçus par les hôpitaux en PPP et les allègements fiscaux consentis à ces derniers sont d'autres sources de profit

Les frais modérateurs perçus par les hôpitaux en PPP contribuent aussi à gonfler les profits. Lorsqu'un hôpital est géré à but lucratif, la dotation en personnel et la prestation de soins en souffrent sur le plan financier.

Au Centre de santé mentale Royal Ottawa (un PPP), une clinique privée à but lucratif appelée *MindCare Centres* est exploitée en parallèle de services publics. Les patients qui optent pour un controversé traitement de santé mentale utilisant des courants électriques doivent déboursier un montant de 7 000 \$.⁸⁷

Des accords fiscaux discutables conclus avec des entreprises peuvent également contribuer aux profits encaissés par les entreprises qui gèrent les hôpitaux en PPP. Steven Shrybman, avocat chez *Sack, Goldblatt et Mitchell*, qualifie le contrat de l'hôpital en PPP de Brampton, en ce qui concerne les multiples participants privés – notamment des constructeurs, des caisses de retraite, des financiers et des prestataires de services – d'énorme et complexe structure d'investissement contractuel qui comporte des stratagèmes de planification fiscale de grande portée.⁸⁸ Quant au professeur Dexter Whitfield, il considère que certains projets d'IFP en cours au Royaume-Uni sont exploités à partir de « paradis fiscaux étrangers » [traduction libre].⁸⁹

L'augmentation des dépenses relatives aux hôpitaux est attribuable au travail supplémentaire que nécessitent la négociation et la surveillance de contrats d'hôpitaux en PPP

Les frais d'administration supplémentaires découlant des longs processus de négociation et de surveillance des contrats gonflent nécessairement les dépenses relatives aux hôpitaux dans un système de PPP. En juin 2009, le *Columbia Institute*, un organisme de recherche affilié au mouvement syndical en Colombie-Britannique, a produit un rapport démontrant que les gouvernements retiennent les services de gestionnaires de contrats, de conseillers juridiques et de conseillers financiers externes pour gérer les contrats de PPP et que cette pratique contribue à l'augmentation des coûts.⁹⁰ En Australie, les frais de consultation supplémentaires pour l'hôpital en PPP Marjorie Jackson-Nelson totalisent probablement plus de 17 millions de dollars.⁹¹ En Ontario, le vérificateur général a établi que 34 millions de dollars avaient été dépensés en consultations juridiques, techniques et financières entre autres, entre 2000 et 2007, pour l'hôpital en PPP de Brampton et que ces coûts supplémentaires étaient entièrement attribuables au mode PPP.⁹² En décembre 2010, le *National Post* déclarait que l'avenir « demeurerait prometteur pour les grands cabinets d'avocats du Canada » puisque le financement de projets d'hôpitaux en PPP était, depuis toujours, un champ de pratique lucratif au sein de la profession.⁹³ Enfin, en juin 2010, le vérificateur général du Québec a conclu que la renégociation des contrats de PPP pour le Centre hospitalier de l'Université de Montréal avait ajouté 108,4 millions de dollars aux coûts.⁹⁴

Au Canada, les gouvernements devraient construire de nouveaux hôpitaux publics et rénover ceux déjà construits en puisant dans les fonds fédéraux et en émettant des obligations d'État et envisager la possibilité d'annuler les contrats d'hôpitaux en PPP déjà conclus

Les gouvernements au Canada doivent envisager la possibilité d'annuler les contrats d'hôpitaux en PPP déjà conclus

Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux ont intérêt à envisager l'annulation des contrats d'hôpitaux en PPP déjà conclus. Les hôpitaux en PPP coûtent trop cher et soulèvent une foule de problèmes. Sur le plan juridique, les coûts d'annuler des contrats de PPP pourraient s'avérer inférieurs aux coûts associés au maintien de ces contrats. Ce scénario est sur la table dans d'autres pays.

Des chercheurs britanniques soutiennent que les gouvernements du Royaume-Uni doivent envisager de renégocier des contrats d'hôpitaux en PPP ou de carrément « annuler » des ententes d'IFP. Le professeur Paul Corrigan, ancien conseiller auprès de deux secrétaires de la Santé du Labour Party puis du premier ministre Tony Blair, prône carrément l'annulation des ententes d'IFP. Dans un article publié en juillet 2010 pour la *British Medical Association*, le professeur Corrigan indique que des ententes similaires sont « annulées tous les jours ». Selon

M. Corrigan, si les *National Health Services* (NHS) et le Trésor du Royaume-Uni agissaient solidairement, le rapport de force ainsi créé permettrait de renégocier le cadre des ententes d'IFP.⁹⁵ Le National Audit Office (NAO) du Royaume-Uni est du même avis. Dans un rapport publié en juin 2010, le NAO avance que le gouvernement britannique devrait renégocier les contrats d'IFP dans une optique d'optimisation des ressources et que le ministère de la Santé devrait utiliser son pouvoir de négociation dans le marché.⁹⁶

UNISON, un syndicat britannique affilié au SCFP, prétend que les gouvernements devraient racheter l'infrastructure des IFP du secteur privé. Cela devrait se faire progressivement, en commençant par un petit nombre de PPP et en examinant « chaque contrat pour trouver de possibles terrains d'entente ».⁹⁷

Le Canada doit renouveler son programme fédéral d'immobilisations

Un programme fédéral d'immobilisations renouvelé pourrait contribuer à la construction et à la rénovation d'hôpitaux publics.⁹⁸ Le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) réclame la création d'un *fonds fédéral de biens publics* qui pourrait financer en partie – jusqu'à concurrence de 25 pour cent des coûts totaux – les hôpitaux publics.⁹⁹ Le CCPA fait ainsi écho à l'*Association canadienne des soins de santé* et à l'*Association canadienne des institutions de santé universitaires*, qui demandent un programme national d'investissement dans l'infrastructure de la santé.¹⁰⁰

Nonobstant l'appellation, le gouvernement fédéral doit contribuer à la réfection de l'infrastructure des hôpitaux publics du Canada. Les dernières injections majeures de fonds fédéraux dans l'infrastructure de la santé remontent à 1966 en vertu de la *Loi sur la Caisse d'aide à la santé* et du *Programme de subventions à la construction d'hôpitaux* de 1948.¹⁰¹ Ce modèle avait été créé, en 1948, par le ministre de la Santé de l'époque, Paul Martin père, et est demeuré en vigueur jusqu'en 1971. À l'époque, le gouvernement fédéral accordait un « dollar à 50 cents » pour chaque dollar que les provinces investissaient pour égaliser le montant investi par le fédéral.¹⁰²

Rénovation d'hôpitaux publics et obligations d'État

Au lieu de contracter des emprunts privés, les gouvernements ont la possibilité d'émettre des obligations d'État pour couvrir les coûts des hôpitaux publics. Dans son budget fédéral alternatif de 2009, le CCPA explique qu'une obligation d'État est un investissement sûr, et donc de qualité, qui s'impose en temps de ralentissement ou de récession économique. Les obligations d'État sont garanties et liquides et elles procurent des rendements stables. Elles sont à la portée à la fois d'investisseurs individuels et de régimes de retraite.¹⁰³ Ce n'est pas le cas des investissements des caisses de retraite dans des projets en PPP. Pensons notamment au

montant investi par le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario (OMERS) pour sauver l'hôpital en PPP de St. Catharines après le retrait de la Deutsche Bank.¹⁰⁴

Deuxième bloc sur les hôpitaux publics : Les hôpitaux publics sont plus démocratiques et contribuent à bâtir le Canada

Introduction et résumé

Les hôpitaux publics sont gérés par des élus et des employés de sorte à ce que le système bénéficie à l'ensemble des Canadiens et à l'économie canadienne. Les contrats d'hôpitaux en PPP conclus avec le secteur privé sont souvent secrets – inaccessibles à l'examen du public – et rendent impossible tout contrôle public des activités du quotidien. En conséquence, même le processus décisionnel menant à la signature d'un contrat avec un consortium de PPP peut être défaillant. De telles décisions font en sorte que des contrats d'hôpitaux en PPP conclus avec de grands consortiums multinationaux privés à l'étranger nuisent à l'économie du Canada. Il y a lieu pour la vérificatrice générale du Canada d'enquêter sur tous les hôpitaux en PPP pour y déceler toute malversation ou dilapidation de fonds publics.

Le secret des contrats d'hôpitaux en PPP

En règle générale, les contrats d'hôpitaux en PPP sont secrets et donc inaccessibles à l'examen du public. En janvier 2008, dans la publication *Public Private Finance UK*, on pouvait lire que le « voile de la confidentialité » empêche toute détermination du rendement des fonds publics des contrats de PPP.¹⁰⁵ Même le Fonds monétaire international (FMI), une institution internationale néolibérale, soutient que les finances des PPP doivent être totalement transparentes.¹⁰⁶

La Coalition ontarienne de la santé a dû recourir aux tribunaux pour obtenir copie du contrat de l'hôpital en PPP de Brampton. Elle a ainsi obtenu le droit de consulter le document de 2 000 pages, mais des sections clés étaient manquantes ou avaient été rayées. Une seule donnée financière était accessible concernant l'hôpital en PPP de North Bay (Ontario).¹⁰⁷

Le processus menant à la conclusion de contrats d'hôpitaux en PPP est souvent biaisé et antidémocratique

En raison du grand secret qui entoure ces contrats, il est très difficile de connaître et de comprendre le processus de sélection des entrepreneurs pour un hôpital en PPP. Cependant, les enquêtes menées par les vérificateurs généraux permettent de faire la lumière sur les estimations erronées des bénéfices découlant des hôpitaux en PPP.

Coûts et taux d'actualisation des hôpitaux publics faussement gonflés

Les entreprises à but lucratif qui gèrent les hôpitaux en PPP peuvent fixer des « taux d'actualisation » artificiellement élevés pour donner l'impression que les hôpitaux publics coûtent trop cher. Le taux d'actualisation est sensé représenter uniquement le coût du capital. En 2010, Loxley a démontré que si l'analyse d'un PPP (ou le rapport sur l'optimisation des ressources) est bâclée, les comparables publics sembleront coûter plus cher puisque le prétendu transfert de risques est élevé.¹⁰⁸

En juin 2010, le vérificateur général du Québec, Renaud Lachance, est arrivé à la conclusion que l'analyse de l'optimisation des ressources (ou « analyse de la valeur ajoutée ») menée par l'Agence des PPP du Québec était biaisée et favorisait indûment le PPP du CRCHUM (Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal). Le vérificateur général a trouvé que les coûts d'entretien du comparable public avaient été injustement gonflés dans le cas du CRCHUM et que rien ne justifiait le calcul d'un déficit d'entretien de 20 pour cent pour la première année d'exploitation. De plus, le vérificateur général a affirmé qu'Infrastructure Québec (IQ) avait utilisé un « un indice de condition des installations » atteignant 66 pour cent, alors que les experts dans le domaine considèrent qu'un indice de 15 à 20 pour cent est déjà très élevé pour calculer les coûts d'entretien. L'analyse du taux d'actualisation **n'avait pas été complétée** même si l'IQ avait affirmé avoir mené une analyse en fonction d'un taux d'actualisation de 6,5 pour cent!¹⁰⁹

En novembre 2009, le vérificateur général du Québec, Renaud Lachance, a trouvé que l'Agence des PPP du Québec avait accepté un taux d'actualisation de 8 pour cent pour les dossiers du Centre universitaire de santé McGill et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, tandis qu'elle avait adopté pour d'autres projets de PPP dans la province un taux d'actualisation de 6,5 pour cent. Aussi, l'Agence des PPP du Québec avait surévalué les coûts d'entretien d'un hôpital public comparable, ce qui créait faussement l'impression que les hôpitaux en PPP coûtaient environ trois fois moins cher.¹¹⁰

En Ontario, le vérificateur général a trouvé, dans le cas de l'hôpital en PPP de Brampton, que les estimations des coûts de l'approche traditionnelle de marché public avaient été gonflées de 634 millions de dollars pour la durée du projet. Ainsi, le coût d'un hôpital public semblait erronément beaucoup plus élevé que celui d'un hôpital en PPP.¹¹¹ Le vérificateur général de l'Ontario a qualifié l'évaluation d'erronée puisqu'elle attribuait une valeur arbitraire de 67 millions de dollars au transfert de risques. De plus, l'estimation des coûts de l'hôpital en PPP excluait les coûts d'emprunt et les honoraires de consultants.¹¹² Auparavant, en 2007, Lewis Auerbach (ancien directeur du Bureau de la vérificatrice générale du Canada) avait produit un rapport pour le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario (OCHU), d'autres syndicats et la Coalition ontarienne de la santé, démontrant que l'analyse de l'optimisation des ressources de

l'hôpital en PPP Osler avait été bâclée puisque les calculs n'étaient ni appropriés ni justifiés. M. Auerbach était arrivé à la conclusion que les coûts d'un hôpital en PPP étaient égaux ou supérieurs à ceux d'un hôpital public.¹¹³

En 2009, dans leur étude des PPP de la Colombie-Britannique, les vérificateurs judiciaires Ron Parks et Rosanne Terhart ont conclu que le processus utilisé pour évaluer les PPP était biaisé en faveur des PPP. La valeur du prétendu « transfert de risques » était comptabilisée en double; cette valeur était incluse dans le « taux d'actualisation » en plus d'être comptabilisée séparément.¹¹⁴ En Colombie-Britannique, Marvin Shaffer, professeur à l'Université Simon Fraser et économiste-conseil, a conclu que la méthodologie utilisée par l'agence des PPP de la Colombie-Britannique, *Partnerships BC*, pour décider de construire en mode public ou en mode PPP ne tenait pas compte du coût moins élevé du financement public. Le professeur Shaffer a aussi trouvé que *Partnerships BC* actualisait exagérément les coûts futurs de tous les projets de PPP.¹¹⁵ Cela reflète les conclusions de Murray en 2006 concernant l'hôpital en PPP d'Abbotsford (C.-B.). Des taux d'actualisation variant de 5 à 7 pour cent avaient été utilisés alors que des analyses similaires menées au Royaume-Uni avaient utilisé un taux d'actualisation de 3,5 pour cent. Le taux d'actualisation avait donc été faussement gonflé.¹¹⁶

La durée des contrats d'hôpitaux en PPP est trop longue

Les contrats de longue durée – parfois de 30 ans ou plus – sont antidémocratiques et créent des situations épineuses. Souvent, ces contrats prévoient des coûts supplémentaires qui sont exigibles vers la fin du terme. Un contrat de 30 ans n'a rien de démocratique et dépasse de loin la durée du mandat d'un politicien. Les élus les ayant conclus ont quitté depuis longtemps lorsque les coûts élevés deviennent payables. Ce sera donc à nos petits-enfants de payer le prix de nos erreurs.¹¹⁷

En 2009, en Colombie-Britannique, l'économiste Marvin Shaffer est arrivé à la conclusion que la méthodologie utilisée par *Partnerships BC* pour choisir entre le mode public et le mode en PPP ne tenait pas adéquatement compte des obligations locatives à long terme des projets de PPP. Il en résulte donc que les projets de PPP semblent erronément moins coûteux.¹¹⁸

L'évaluation des contrats d'hôpitaux en PPP n'est pas exhaustive

Souvent, les contrats de PPP ne sont pas soumis à une évaluation indépendante. En 2009, Renaud Lachance, le vérificateur général du Québec, a conclu que les PPP du Centre universitaire de santé McGill et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation indépendante.¹¹⁹

De plus, dans son rapport de juin 2010, le vérificateur général a indiqué que le CUSM et l'aire de stationnement du CUSM sur le campus Glen n'avaient pas fait l'objet d'une analyse comparative de l'optimisation des ressources. Aussi, bien que l'appel de propositions pour les deux hôpitaux (le CUSM et le CRCHUM) ait été prolongé de janvier à mars 2010, les « dérogations » ou les modifications dans les propositions de PPP révisées (totalisant parfois jusqu'à 325 modifications) n'avaient pas été évaluées!¹²⁰

En 2008, le vérificateur général de l'Ontario est arrivé à la conclusion que l'analyse de l'optimisation des ressources de l'hôpital en PPP William Osler de Brampton, menée à l'aide d'un comparable public, avait été complétée trop tard, soit après que la décision de construire l'hôpital en mode PPP avait été prise.¹²¹ Ce fut également le cas de l'hôpital en PPP d'Abbotsford en Colombie-Britannique, où le contrat avait été signé et les travaux de construction avait débuté avant le début de l'analyse.¹²²

En fait, les analyses de l'optimisation des ressources sont inutiles lorsque les entreprises de PPP optent pour le refinancement. (Voir le premier bloc pour plus d'information sur le refinancement.) Dans son livre de 2009 sur les projets de PPP, le professeur Whitfield explique que la recherche du profit par l'émission d'actions enlève toute crédibilité aux analyses de l'optimisation des ressources.¹²³

Manque de concurrence dans le système de « mise en concurrence » des PPP

En 2006, le chercheur Stuart Murray a conclu qu'une seule entreprise avait fini par présenter une soumission pour le contrat de l'hôpital en PPP d'Abbotsford en Colombie-Britannique. Cette absence de concurrence à elle seule a été responsable d'une augmentation du coût du projet.¹²⁴ En date de mars 2010, il ne restait plus qu'un soumissionnaire en lisse pour le PPP du CRCHUM à Montréal.¹²⁵ Un système d'hôpitaux en PPP ne comptant que quelques soumissionnaires ou qu'un seul soumissionnaire ne laisse pas beaucoup de marge de manœuvre pour une évaluation exhaustive. Le professeur Hamel note que les systèmes de PPP laissent très peu de place à la mise en concurrence.¹²⁶

Possible impression de connivence entre les fonctionnaires et les consortiums d'hôpitaux en PPP

Les conflits d'intérêts sont possibles lorsque les entreprises participant à des projets d'hôpitaux en PPP et les fonctionnaires agissent de connivence. Est-il possible que des fonctionnaires se voient promettre des postes au sein de grandes entreprises à la suite de leur retrait de la société civile moyennant la conclusion de certains contrats d'hôpitaux en PPP? Prenons l'exemple de Mike Marasco, ancien fonctionnaire du gouvernement de la Colombie-Britannique et actuel PDG de *Plenary Health* – une entreprise spécialisée dans les PPP.¹²⁷ Au Royaume-Uni,

plusieurs anciens fonctionnaires sont passés à l'emploi de sociétés participant à des projets d'hôpitaux en PPP. Le journal britannique *Guardian* a rapporté que Simon Stevens, l'ancien conseiller en matière de santé de Tony Blair, avait été embauché au poste de président européen de la société américaine *UnitedHealth*. Patricia Hewitt, ancienne secrétaire à la santé, gagne aujourd'hui plus de 100 000 livres par an comme consultante auprès d'un groupe de capital à risque privé qui a acheté 25 hôpitaux privés de *Bupa*, *Alliance Boots* et *Cinven*. Entre 2006 et juillet 2009, 37 anciens fonctionnaires du gouvernement britannique se sont replacés dans le secteur privé moins de deux ans après avoir quitté leur poste gouvernemental.¹²⁸

En juin 2010, le vérificateur général du Québec a recommandé « de mettre en œuvre des mesures concrètes pour divulguer et documenter les situations de conflits d'intérêts potentiels ou d'avantages indus » en respect des contrats pour le PPP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.¹²⁹ En décembre 2010, l'impartialité des « experts indépendants » ayant mené l'analyse sur le CHUM a été remise en question, car Alain Boisset et Daniel Roth avaient tous deux travaillé comme consultants pour l'Agence des PPP du Québec.¹³⁰

Les hôpitaux en PPP nuisent à l'économie canadienne

L'arrivée des hôpitaux en PPP a nui à l'économie canadienne. Les hôpitaux en PPP ont également nui aux industries locales de la construction et notamment aux ingénieurs et aux architectes.¹³¹ Enfin, les travailleurs d'hôpital, provenant déjà souvent des groupes vulnérables de la population comme les travailleuses migrantes, ont subi les contrecoups de l'arrivée des hôpitaux en PPP.¹³²

Les hôpitaux en PPP nuisent à l'industrie canadienne de la rénovation d'hôpitaux

Les hôpitaux en PPP sont en train d'éliminer de bons emplois au Canada. La conception et la construction d'hôpitaux en PPP sont confiées à de grands consortiums multinationaux, éliminant du coup la contribution d'entreprises canadiennes. Au contraire, les hôpitaux publics peuvent renforcer l'économie canadienne à la condition que des experts canadiens soient retenus pour les phases de construction et que de bons emplois soient maintenus. Tout programme national de rénovation des hôpitaux publics doit comprendre une politique « Fait au Canada ».

L'*Alberta Construction Association* et la *Merit Contractors Association* ont déclaré, en juillet 2009, que les PPP détruisent l'industrie locale de la construction parce que les projets de PPP sont « trop regroupés », ce qui fait en sorte que le gouvernement ne réalise pas les économies qu'il pourrait réaliser en optant pour un modèle traditionnel de financement des acquisitions, soit un modèle public.¹³³ Ce message fait écho à celui lancé dans un article du numéro de juin 2008 du *Business Examiner* expliquant que l'industrie de la construction tout

entière souffre énormément de la dégradation des politiques en matière d'achats gouvernementaux, en général, et des partenariats public-privé en particulier.

Au Canada, les projets de PPP font appel à des joueurs étrangers qui prennent le contrôle du marché. À Victoria, en Colombie-Britannique, l'hôpital en PPP Royal Jubilee est en voie d'être construit par un consortium hispano-britannique.¹³⁴ Toujours en Colombie-Britannique, l'hôpital en PPP d'Abbotsford est exploité par *John Laing plc*, une société multinationale anglaise.¹³⁵ Au Québec, le prolongement de l'autoroute 30 sera construit en PPP par une firme espagnole, tandis que le pont de l'autoroute 25 a été construit en PPP par la société financière australienne *Macquarie Group*.¹³⁶ La multinationale *Carillion* prévoit bonifier son programme d'investissement dans les PPP de 10 milliards de livres au Canada au cours des cinq prochaines années et s'est récemment portée acquéreuse de *Vanbots*, un groupe canadien de gestion de projets de construction.¹³⁷

En Ontario, des architectes ont beaucoup souffert financièrement et professionnellement de projets de PPP. En juin 2009, on rapportait que les architectes ne bénéficient pas de leur couverture d'assurance responsabilité professionnelle lorsqu'ils travaillent dans le cadre de PPP. La filiale d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des architectes de l'Ontario (OAA) a pris la décision inhabituelle d'émettre un avenant qui limite la couverture dans le cadre de projets pour Infrastructure Ontario – la branche du gouvernement de l'Ontario responsable des hôpitaux en PPP.¹³⁸

Les ingénieurs du Québec ont aussi des réserves quant aux hôpitaux en PPP. Zaki Ghavitian, président de l'Ordre des ingénieurs du Québec, craint que le gouvernement du Québec tente d'économiser sur les honoraires de génie-conseil dans le cadre de chaque projet d'hôpital en PPP, ce qui serait dévastateur pour sa profession.¹³⁹

Les PPP pourraient aussi nuire aux collectivités des Premières nations. Godyne Sibay, une avocate pro-PPP au cabinet McCarthy Tetrault LLP de Toronto, soutient que les Premières nations représentent le prochain grand marché potentiel pour les PPP au Canada.¹⁴⁰

Mise à pied de travailleurs d'hôpital

Les hôpitaux en PPP font perdre de bons emplois aux collectivités. Allyson Pollock, chercheuse émérite en politiques sur la santé à l'Université d'Édimbourg, considère que « le seul moyen pour les entreprises de dégager un bénéfice des hôpitaux en PPP est de couper dans le personnel hospitalier ». ¹⁴¹ Bob Richards, ancien PDG de l'hôpital William Osler de Brampton, en Ontario, a affirmé que chaque tranche de un million de dollars payés en frais de la dette d'un PPP mène à la mise à pied de dix membres du personnel infirmier.¹⁴²

Selon la British Medical Association (BMA), au Royaume-Uni, « beaucoup d'argent a été soutiré des fonds affectés aux soins de la santé... ainsi, de l'argent destiné aux soins aux patients a été détourné des premières lignes pour se retrouver entre les mains d'entreprises privées » [traduction libre]. La BMA a d'ailleurs déjà mis en garde le Canada contre les hôpitaux en PPP.¹⁴³

En Colombie-Britannique, les hôpitaux en PPP de Vernon et de Kelowna ont remercié des travailleurs d'entretien et de métier membres du SEH.¹⁴⁴ En 2006, le refinancement des hôpitaux en PPP de Norfolk et de Norwich, au Royaume-Uni, a probablement mené à l'élimination de jusqu'à 450 postes et une réduction des services offerts aux patients cardiaques.¹⁴⁵ L'hôpital de soins aigus en IFP de Worchestershire a voulu remercier 675 de ses employés pour respecter son budget.¹⁴⁶

Dans son livre de 2010 intitulé *Public Service Private Profits*, le professeur John Loxley avertit que les ententes sur les hôpitaux en PPP exercent des pressions sur les emplois et les salaires.¹⁴⁷ Le professeur Whitfield est du même avis : les PPP mènent à des compressions de main-d'œuvre.¹⁴⁸

Détérioration des conditions de travail et des conditions salariales en milieu hospitalier

Les travailleurs d'hôpital, qu'ils travaillent à l'intérieur ou à l'extérieur du bâtiment, accordent beaucoup d'importance à l'équité lorsqu'il est question de rémunération et d'avantages sociaux. Habituellement, les salaires et les avantages sociaux sont moins généreux dans les hôpitaux en PPP. Au terme de son étude d'IFP menée en 2008 au Royaume-Uni, le professeur Dexter Whitfield a conclu que le salaire horaire de tous les travailleurs était plus bas, exception faite des cadres supérieurs.¹⁴⁹ Toujours au Royaume-Uni, les travailleurs migrants à l'emploi d'un hôpital en IFP gagnent moins de 10 livres par semaine.¹⁵⁰

Dans les hôpitaux en PPP, la plupart des emplois de soutien sont privatisés ou confiés à des sous-traitants. L'entente de l'hôpital en PPP de Brampton (Ontario) prévoit l'impartition de nombreuses fonctions de soutien, de la gestion des « dossiers de patients aux services alimentaires ». ¹⁵¹ Les services alimentaires, les services de sécurité, les services de buanderie et la gestion des dossiers de patients n'y font pas exception.¹⁵²

Sur une note positive, les batailles livrées par des syndicats et des coalitions de la santé ont forcé les gouvernements en Ontario à limiter l'impartition des services de santé. Au début de 2007, le gouvernement ontarien a fait parvenir à tous les hôpitaux une nouvelle politique en matière de PPP qui excluait l'impartition de la plupart des services de soutien.¹⁵³ En Colombie-Britannique, grâce aux efforts du SEH et du SCFP, les services de nettoyage ne seront pas privatisés à l'hôpital en PPP d'Okanagan, ce qui sauvera quelque 250 emplois de qualité qui apportent des revenus aux familles.¹⁵⁴

En Colombie-Britannique, les salaires et les avantages sociaux associés aux soins hospitaliers à but lucratif ont fondu presque de moitié pour les travailleurs qui ont conservé leur emploi et se chiffrent aujourd'hui à entre 9,50 \$ et 11,50 \$ l'heure. L'équité salariale est chose du passé et des avantages sociaux ont été réduits ou carrément éliminés. Les travailleurs ne bénéficient d'aucune caisse de retraite.¹⁵⁵ En Colombie-Britannique, les travailleurs dans les hôpitaux à but lucratif ne jouissaient pas de bonnes conditions de travail en 2004-2005.¹⁵⁶ L'absence de sécurité d'emploi ou de garantie d'heures de travail était courante. Les charges de travail ont augmenté, la formation offerte aux travailleurs était minime et les travailleurs se faisaient demander d'accélérer la cadence sans pour autant avoir le temps de dispenser des soins. Souvent, les travailleurs se sentaient coupables et acceptaient de travailler des heures supplémentaires non rémunérées pour terminer ce qu'ils n'avaient pas eu le temps de faire durant leur quart. Les maladies, les infractions en matière de santé et de sécurité, les blessures et la violence étaient courantes et, comme l'expliquent Pat et Hugh Armstrong dans leur livre de 2008 intitulé *About Canada: Health Care*, les soins prodigués dans les hôpitaux à but lucratif demeurent problématiques. Des infractions en matière de santé et de sécurité ont également été rapportées à l'hôpital en PPP Royal Ottawa.¹⁵⁷

Les hôpitaux en PPP affectent négativement certains des membres les plus vulnérables de notre société. Les femmes représentent 82 pour cent de la main-d'œuvre dans les secteurs des soins de santé et de l'aide sociale, par rapport à 47 pour cent toutes industries confondues.¹⁵⁸ Plusieurs des travailleurs de la santé de première ligne et de soutien sont des immigrants et des membres de minorités visibles.¹⁵⁹ Au Royaume-Uni, plusieurs PFI emploient aussi des travailleurs migrants temporaires.¹⁶⁰ Ces derniers figurent parmi les travailleurs les plus marginalisés et exploités de la société étant donné qu'ils n'ont pas les mêmes droits que d'autres travailleurs dans le pays d'accueil.¹⁶¹

Des collectivités entières en souffrent lorsque les conditions de travail sont médiocres. En Colombie-Britannique, nombre de travailleurs dans les hôpitaux à but lucratif ont dit souffrir de « stress familial » en raison de la détérioration de leurs conditions de travail.¹⁶² Les conditions de travail médiocres dans le milieu hospitalier nuisent à l'économie tout entière, y compris à l'emploi des femmes dans d'autres secteurs.¹⁶³ La syndicalisation de la main-d'œuvre au sein de grandes unités de négociation contribue à améliorer les salaires, les avantages sociaux et les conditions de travail.

La vérificatrice générale du Canada doit enquêter sur les hôpitaux en PPP

Le Canada doit enquêter de façon exhaustive sur les hôpitaux en PPP déjà construits et les hôpitaux en PPP proposés. Par l'entremise du comité fédéral de la santé et de la vérificatrice générale fédérale, le gouvernement fédéral devrait mener une enquête exhaustive sur tous les

hôpitaux en PPP. À ce jour, plusieurs vérificateurs généraux ont produit des résultats étonnants au terme de telles enquêtes.

En 2008, le vérificateur général de l'Ontario a annoncé que le coût final de la construction de l'hôpital en PPP de Brampton se chiffrait à 614 millions de dollars. Le vérificateur général est arrivé à la conclusion que l'hôpital aurait pu être construit en mode public pour 194 millions de dollars de moins.¹⁶⁴

Les gouvernements doivent enquêter en bonne et due forme sur les hôpitaux en PPP. Dans le passé, le vérificateur général de la Colombie-Britannique n'était autorisé qu'à « examiner » les rapports d'optimisation des ressources de projets de PPP rédigés par *Partnerships BC*. Ces examens étaient limités au niveau de la plausibilité (par exemple, il est « plausible » que le budget des Jeux Olympiques soit respecté). De plus, le coût de ces examens était payé par *Partnerships BC*, c'est-à-dire par l'agence de promotion des PPP du gouvernement de la Colombie-Britannique. Même le vérificateur général de la Colombie-Britannique a remis ce processus en question. Les vérificateurs généraux doivent pouvoir soumettre les PPP à des vérifications exhaustives plutôt que devoir se limiter à de simples examens. Les résultats de vérifications en bonne et due forme menées en Ontario et au Québec ont peint un portrait très critique des PPP étudiées.¹⁶⁵

Troisième bloc sur les hôpitaux publics : Un système d'hôpitaux publics assure des services de qualité et plus accessibles aux patients

Introduction et résumé

La qualité et l'accessibilité des soins de santé sont meilleures dans les hôpitaux publics. Les hôpitaux en PPP fonctionnent à but lucratif. Les soins hospitaliers peuvent en souffrir dans les hôpitaux en PPP, comme c'est le cas de tous les hôpitaux à but lucratif aux États-Unis. Au Canada, les hôpitaux en PPP ont réduit le nombre total de lits dans plusieurs régions, rendant ainsi les services moins accessibles. Souvent, les hôpitaux en PPP sont situés très loin pour nombre de patients, ce qui nuit également à leur accessibilité. Enfin, la construction d'un hôpital en PPP prend habituellement plus de temps que celle d'un hôpital public en mode traditionnel.

Services privatisés, hôpitaux en PPP et soins de moindre qualité

Les soins hospitaliers peuvent en souffrir dans les hôpitaux en PPP, comme c'est le cas de tous les hôpitaux à but lucratif aux États-Unis. Au Canada, il peut devenir de plus en plus difficile de convertir des hôpitaux en PPP qui ne vont pas bien en hôpitaux publics en raison des accords

commerciaux en vigueur. À l’instar des hôpitaux à but lucratif, les hôpitaux en PPP peuvent offrir des conditions de travail médiocres qui nuisent à la qualité des soins prodigués.

Les soins hospitaliers à but lucratif peuvent nuire à votre santé

Les hôpitaux en PPP sont assimilables à des hôpitaux à but lucratif, puisque ce sont des entreprises privées qui participent à la prestation des soins hospitaliers. Les soins à but lucratif peuvent être nocifs pour la santé. Vingt années de données et 149 études sur les soins de santé à but lucratif et à but non lucratif prodigués aux États-Unis ont été soumises à un examen. Cet examen a révélé que dans une majorité de cas (88 études), la conclusion était que le rendement des soins de santé à but non lucratif était supérieur. Les études en question portaient sur des hôpitaux, des foyers de soins infirmiers, des organisations de soins de santé intégrés (OSSI), des centres de soins palliatifs, des centres de dialyse et des hôpitaux psychiatriques. Dans le cadre d’une autre étude, auprès de 500 000 dialysés aux États-Unis, les patients qui recevaient leurs traitements dans un centre à but lucratif étaient plus susceptibles de décéder que ceux traités dans des centres à but non lucratif.¹⁶⁶

Les hôpitaux en PPP peuvent aussi nuire à la santé en raison de l’absence d’une « équipe ». Les entrepreneurs hospitaliers privés, impliqués dans les hôpitaux en PPP, peuvent faire entrave à l’exploitation d’un hôpital. Souvent, dans les hôpitaux en PPP, les services « cliniques » relèvent davantage du public tandis que ce sont les services de soutien qui sont plus susceptibles d’être privatisés. Les difficultés opérationnelles qui découlent de la multiplication d’administrations différentes peuvent être problématiques.¹⁶⁷

La Coalition ontarienne de la santé soutient qu’une approche publique d’équipe est requise pour les hôpitaux sans contrat privé ou entreprise en PPP.¹⁶⁸ En 2007, l’éminent avocat Steven Shrybman a avancé que les services de soutien et les services cliniques dans les hôpitaux ne pouvaient être séparés sans nuire à la qualité des soins prodigués. Lorsqu’un hôpital public perd le contrôle de services de soutien comme les déplacements de patients, les services alimentaires ainsi que les services de nettoyage, de buanderie et d’entretien au profit de PPP à but lucratif, cela ouvre la porte à des problèmes.¹⁶⁹

Les entreprises qui gèrent les hôpitaux en PPP cherchent à accroître l’offre de soins à but lucratif

Dans les hôpitaux en PPP, certains services de soutien sont souvent privatisés. Cependant, les preuves indiquent que les entreprises qui gèrent les hôpitaux en PPP cherchent à accroître l’offre de soins hospitaliers à but lucratif – outrepassant ainsi la ligne entre les services de soutien et autres services. Mike Marasco, aujourd’hui à l’emploi de l’entreprise en PPP *Plenary Health*, exerce des pressions pour faire privatiser davantage la prestation des soins de santé

dans les hôpitaux en PPP. Il soutient que la prestation de ces soins par le secteur privé contribuera à la rentabilité des PPP pour les entreprises qui y participent. En « jargon corporatif », M. Marasco considère que de plus grandes économies doivent être réalisées dans les soins de santé. En réalité, il cherche à permettre aux entreprises de PPP de « réaliser plus d'économies » aux dépens des gouvernements et des contribuables. Il affirme que la prochaine étape consiste à intégrer les technologies de l'information et l'équipement médical dans les contrats de PPP.¹⁷⁰

Allyson Pollock, une experte réputée en matière de partenariats public-privé à l'Université d'Édimbourg, juge que le Canada devrait prendre la bonne décision de rester loin des hôpitaux en PPP. Elle considère que les hôpitaux en PPP représentent « une première étape vers la privatisation des soins de santé et font partie d'une pléthore de politiques visant à démanteler le système canadien des soins de santé. Depuis toujours, nous considérons que le Canada est plus avisé pour avoir compris que c'est par l'infrastructure qu'on réussit à privatiser entièrement les hôpitaux » [traduction libre].¹⁷¹

L'avocat Steven Shrybman souligne qu'étant donné que les gouvernements sont liés par de coûteux contrats de 25 ou 30 ans avec les entreprises qui gèrent les hôpitaux en PPP, ils peuvent être tentés de trouver d'autres moyens de générer des revenus pour payer les profits de ces entreprises. Des hôpitaux subissent des pressions pour offrir des services « supplémentaires » payants afin de compenser l'insuffisance du financement. De telles situations sont très favorables à une privatisation accrue des soins de santé.¹⁷²

Accords commerciaux et hôpitaux en PPP

La multiplication des hôpitaux en PPP et des soins à but lucratif pourrait mettre en péril le système canadien d'hôpitaux publics et de soins de santé publics – surtout à la lumière des accords sur le commerce intérieur et des accords commerciaux internationaux, ou « ententes corporatives internationales ». Des accords internationaux comme l'ALENA ou l'AGCS¹⁷³, et de plus récents accords intérieurs comme l'Accord sur le commerce, l'investissement et la mobilité de la main-d'œuvre (TILMA) compliquent l'annulation de contrats de PPP si les entreprises en cause dans ces PPP refusent de mettre fin à leur contrat. Conformément aux ententes conclues, les entreprises participant aux PPP pourraient tenter des poursuites contre les gouvernements si elles jugeaient avoir subi des pertes attribuables à une action gouvernementale.¹⁷⁴ Voilà des raisons de plus qui devraient nous motiver à annuler les contrats avec les hôpitaux en PPP pendant que nous en avons encore la possibilité.

De bonnes conditions de travail sont essentielles pour assurer la qualité des soins hospitaliers

De bonnes conditions de travail incluent un rythme de travail approprié et sécuritaire et une dotation en personnel suffisante pour minimiser le recours aux heures supplémentaires. Les employés doivent recevoir une formation adéquate, et le personnel hospitalier doit bénéficier d'un lieu de travail sécuritaire en tout temps.

Si les conditions de travail dans un hôpital sont médiocres, la qualité des soins hospitaliers peut en souffrir. Lorsque les conditions de travail sont médiocres, le roulement du personnel est élevé. La qualité des soins hospitaliers dépend de la « continuité des soins ». Autrement dit, la main-d'œuvre doit rester en place dans le lieu de travail assez longtemps pour connaître les besoins des patients.¹⁷⁵

La qualité des soins hospitaliers dispensés dans les hôpitaux à but lucratif et en PPP est médiocre. En Colombie-Britannique, le niveau de propreté d'un hôpital à but lucratif a baissé – y compris dans les chambres où séjournent des patients atteints d'infections résistant aux antibiotiques – en raison des conditions de travail ressemblant à celles d'un atelier de misère.¹⁷⁶

En février 2008, au Royaume-Uni, la commission sur l'état des soins de santé a trouvé des chaises d'aisance souillées, des taches de sang sur les côtés de lit et d'épaisses couches de poussière dans les unités à l'hôpital universitaire en PPP Princess Royal d'Orpington, dans le comté de Kent. L'hôpital en PPP a sous-traité les services de nettoyage à *ISS Mediclean*, membre du consortium du PPP, en vertu d'un contrat d'une durée de 33 ans. L'hôpital en IFP a reçu un « avis d'amélioration »; ce type d'avis est émis lorsque de « graves manquements au code d'hygiène du gouvernement » sont découverts lors d'une vérification ponctuelle sans préavis.¹⁷⁷ En juillet 2009, un article publié dans le *Guardian* portait sur deux entreprises privées assurant des services de nettoyage dans les hôpitaux. On y apprenait que l'employeur avait réduit de quatre à deux le nombre d'employés affectés à chaque unité, mais que les employés n'étaient plus tenus de passer l'aspirateur. Autrement dit, on « nettoyait moins ». ¹⁷⁸ Carillion, l'entreprise en PPP ayant financé et construit les hôpitaux en PPP Royal Ottawa et de Brampton, en Ontario, a aussi financé et construit plusieurs hôpitaux en IFP au Royaume-Uni dont les antécédents en matière de santé et de sécurité sont peu reluisants. De plus, Carillion verse des salaires peu élevés à nombre de ses employés au Royaume-Uni.¹⁷⁹

Le personnel du Centre de santé mentale de l'Hôpital Royal Ottawa a décrié le manque de préposés au nettoyage pour assurer un niveau de salubrité adéquat dans le nombre le plus élevé de toilettes dans les nouvelles installations et garder l'ensemble du bâtiment propre.¹⁸⁰

La qualité de conception et de construction médiocre des hôpitaux en PPP peut nuire à la santé des patients et des employés

Dans le cadre d'un processus de PPP, les concepteurs et les experts en construction ne consultent pas les personnes qui utiliseront l'hôpital ou y travailleront. Lorsqu'il est question d'un hôpital en PPP, il est difficile d'innover; pourtant, la construction d'hôpitaux « verts » et sécuritaires passe nécessairement par l'innovation.

La conception des hôpitaux en PPP est couramment criblée de failles. L'Hôpital Royal Ottawa a été affligé par de graves erreurs de conception et de construction. Les installations ne sont pas dotées d'un système d'alarme adéquat et les serrures de porte brisent. Les toilettes et les aires de travail ne sont pas accessibles aux personnes en fauteuil roulant électrique, tandis que les portes à deux battants sont trop lourdes et blessent les patients qui se coincent entre les deux battants. De plus, les pommes de douche installées dans l'Hôpital Royal Ottawa sont inappropriées et les patients ne peuvent plus prendre leur douche seuls. Enfin, les barres d'appui sont inutilisables par les patients et on constate de nombreux autres problèmes de conception.¹⁸¹ Des architectes et d'autres, dont des parlementaires, considèrent que la qualité de la conception de plusieurs des premiers projets d'IFP au Royaume-Uni est inférieure aux normes.¹⁸² Les hôpitaux en IFP de Swindon et de Dartford, construits par Carillion (la même entreprise qui a construit en PPP l'Hôpital Royal Ottawa), comportent de nombreuses lacunes sur le plan de la conception.¹⁸³

Dans un bulletin de 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a révélé que les hôpitaux en PPP dont la construction avait été réalisée à l'intérieur du budget et des délais prévus avaient été construits au détriment de la qualité. Autrement dit, les constructeurs avaient coupé les coins ronds pendant la construction.¹⁸⁴

Bâtir un hôpital de qualité dépend d'un travail d'équipe, alors qu'un PPP rend le travail d'équipe impossible. Dans le cas d'un hôpital en PPP, les experts de la prestation des soins hospitaliers ne consultent pas les concepteurs. Chaque phase des travaux (conception, construction, financement, entretien ou exploitation) est compartimentée. Au Québec, en juin 2010, le vérificateur général a déclaré que « la complexité de la structure de gouvernance ne favorise toujours pas, dans certains cas, l'imputabilité des CHU (centres hospitaliers universitaires), du directeur exécutif et de l'IQ (Infrastructure Québec) ». Autrement dit, une structure de gouvernance trop complexe est risquée et non redevable.¹⁸⁵

Au Québec, le vérificateur général a trouvé que le CUSM, le CHUM et les autres instances sanitaires concernées n'ont pas donné leur approbation formelle des contrats pour les hôpitaux en PPP.¹⁸⁶ L'architecte Brian Watkinson, ancien directeur général de l'Ordre des architectes de l'Ontario, fait valoir qu'au Royaume-Uni, les hôpitaux en IFP ont été conçus en consultation

davantage avec la direction de l'entretien et des installations qu'avec les personnes appelées à dispenser des soins de santé.¹⁸⁷ L'ingénieur Kazimir Olechnowicz, de la firme de services-conseils *CIMA+*, ne veut pas participer à la construction du méga-hôpital en PPP du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), et ce, même si c'est sa firme qui en a conçu les plans initiaux.¹⁸⁸ M. Olechnowicz considère que le CHUM est un projet trop complexe pour être réalisé en PPP.¹⁸⁹ En juin 2010, le conseil d'administration du CHUQ (l'Hôtel-Dieu de Québec) a voté contre le recours au PPP, entre autres parce qu'il jugeait que le projet était trop complexe.¹⁹⁰ Ce vote a été pris à la suite de la publication par le professeur Pierre J. Hamel d'une étude de 300 pages soutenant que la construction et la rénovation d'hôpitaux sont trop complexes pour être réalisées en PPP.¹⁹¹

L'innovation et les hôpitaux en PPP vont difficilement de pair lorsqu'il est question de conception. Un rapport publié par l'Ordre des architectes de l'Ontario indique que de nombreux architectes jugent que leur capacité d'innover est fortement contrainte dans le cadre d'un PPP.¹⁹² L'architecte Moshe Safdie, qui jouit d'une renommée internationale, a refusé de travailler dans le cadre d'un PPP lorsque sa ville natale de Montréal l'a approché pour la construction du Centre universitaire de santé McGill en PPP. Dès que l'intention de le construire en mode PPP a été annoncée, M. Safdie s'est retiré du dossier, invoquant des inquiétudes par rapport à la qualité pour justifier sa décision. Selon lui, l'environnement d'un hôpital doit être humain. De plus, M. Safdie considère que le système d'hôpitaux publics offre une portée élargie propice à l'examen de différentes visions de la conception.¹⁹³

Les concepteurs d'hôpitaux doivent faire preuve d'innovation pour permettre aux hôpitaux de prévenir la propagation d'infections dangereuses. En cette ère de « superbactéries » hospitalières (les infections nosocomiales) et de maladies infectieuses comme la grippe H1N1 (la « grippe porcine »), il devient encore plus important d'assurer que les nouveaux hôpitaux et les hôpitaux rénovés respectent les normes d'hygiène et de sécurité les plus élevées. La conception de l'environnement physique peut jouer gros dans la prévention et le contrôle des infections, selon Tye S. Farrow et Stephen M. Black, dans un article publié dans *Healthcare Papers* en 2009.¹⁹⁴ Le conseil d'administration du CHUQ (l'Hôtel-Dieu de Québec) a décidé de ne pas avoir recours à une structure de PPP, en partie parce qu'il jugeait que ce mode mènerait à un accroissement des besoins en matière de soins.¹⁹⁵

Le professeur Pierre J. Hamel est du même avis. Dans son étude, il explique qu'un hôpital à la fine pointe technologique ne peut être contraint par une approche de PPP ou des contrats d'une durée de 20 ou 30 ans. Ces contrats inhibent l'innovation et la souplesse. Selon lui, rouvrir un contrat de PPP est trop compliqué et coûteux.¹⁹⁶

Les processus de PPP peuvent même inhiber les hôpitaux « verts ». L'Association canadienne des institutions de santé universitaires et l'Association canadienne des soins de santé demandent aux gouvernements de construire et de rénover des installations de soins de santé qui sont plus « respectueuses de l'environnement ».¹⁹⁷ Pour obtenir une certification environnementale, un hôpital doit d'abord obtenir la certification LEED (Leadership in Energy and Environmental Design). C'est une tierce partie qui certifie que le processus de construction respecte la norme LEED. Certains contrats de PPP stipulent un niveau de certification LEED qui doit être atteint et, dans les faits, certains hôpitaux en PPP, comme l'hôpital d'Abbotsford, en Colombie-Britannique, ont atteint un niveau de certification LEED. Cependant, étant donné que la certification est accordée par une tierce partie, il est difficile pour l'architecte de garantir qu'un niveau donné de certification LEED sera atteint dès le début du processus. C'est tellement difficile de le garantir que l'assurance contre les erreurs et les omissions de certains architectes refusera probablement de défendre l'architecte en cas de poursuite en lien avec le niveau « vert » ou la norme LEED d'un hôpital en PPP. C'est ce que prétend Brian Watkinson dans son article intitulé « P3s for You and Me? », publié en 2008 dans *Canadian Architect*.¹⁹⁸

Le *Columbia Institute* fait valoir que les PPP portent atteinte à la capacité des gouvernements d'agir contre les changements climatiques, puisque les contrats sont de longue durée et ne peuvent être rouverts facilement.¹⁹⁹ Par exemple, dans quelle mesure un hôpital en PPP pourra s'adapter à l'évolution vers des sources d'énergie autres que le pétrole?

Les hôpitaux en PPP semblent davantage axés sur la démolition et la construction elles-mêmes, sans souci pour l'environnement ou l'histoire. Au Québec, le projet de PPP pour le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) devait initialement combiner une infrastructure neuve et une infrastructure renouvelée par la rénovation de l'Hôpital Saint-Luc dans le cadre d'une initiative verte et historique. Cependant, en raison des négociations du contrat de PPP, l'hôpital public en place sera démoli, mettant ainsi fin à toute initiative historique ou écologique.²⁰⁰ Aussi, le professeur Hamel souligne que les entreprises de PPP tentent d'éviter les travaux de rénovation. Bien qu'ils représentent un choix plus écologique, ces travaux comportent de nombreux « inconnus ».²⁰¹

Accès limité aux soins hospitaliers pour les patients dans un système de PPP

Dans certaines régions du Canada, le nombre total de lits a été réduit par les hôpitaux en PPP, compliquant du coup l'accès à des soins de santé. De plus, dans bien des cas, de nombreux patients doivent parcourir de grandes distances pour se rendre à l'hôpital en PPP le plus près. Voir l'annexe B à la fin du document pour plus d'information sur le nombre de lits dans les hôpitaux en PPP.

Réduction du nombre de lits et hôpitaux en PPP

Bien qu'ils promettent plus de lits, les hôpitaux en PPP finissent habituellement par ouvrir leurs portes avec moins de lits que les hôpitaux publics qu'ils remplacent. Nous en avons un exemple dans la région d'Ottawa, en Ontario. Le groupe Services de santé Royal Ottawa est actif à la fois au Centre de santé mentale Royal Ottawa (PPP) et au Centre de santé mentale de Brockville.²⁰² En mars 2011, le Centre de santé mentale de Brockville compte fermer 64 lits de traitement transitoire, dont 24 lits pour patients ayant reçu un diagnostic mixte (des patients atteints à la fois d'un trouble psychiatrique et d'un trouble du développement), 20 lits en services psychogériatriques et 20 lits en services de réadaptation. Ces fermetures sont annoncées quelques années après l'ouverture du Centre de santé mentale Royal Ottawa. Les services seront centralisés et les patients doivent être redirigés vers l'hôpital en PPP d'Ottawa. Cependant, on ne prévoit pas déménager les patients de Brockville à Ottawa; on tentera plutôt de leur trouver des services « dans la collectivité » de Brockville. Certaines infirmières à Brockville affirment que les services « communautaires » se font rares à Brockville et qu'il est peu probable que ces patients aient accès aux soins dont ils ont besoin.²⁰³

Carillion, l'entreprise de PPP qui a construit et financé les hôpitaux de Swindon et de Dartford au Royaume-Uni (ainsi que les hôpitaux de Brampton et Royal Ottawa, en Ontario), a ouvert de nouveaux hôpitaux dont la capacité est insuffisante.²⁰⁴

En Colombie-Britannique et en Ontario, les coalitions de la santé ont toutes deux démontré que les hôpitaux en PPP qui ont ouvert leurs portes dans ces provinces comptent moins de lits que les hôpitaux publics qu'ils ont remplacés dans la région, malgré la croissance démographique.²⁰⁵ (Voir l'annexe B.)

En 2008, le vérificateur général de l'Ontario a découvert que l'hôpital en PPP William Osler de Brampton avait ouvert ses portes avec seulement 479 lits en service (sur un total de 608 lits), alors que le plan initial de rénover l'hôpital public prévoyait un total de 716 lits.²⁰⁶

Le système de santé tout entier souffre des hôpitaux en PPP, à mesure que des services et des lits sont éliminés pour permettre aux entreprises qui gèrent les PPP d'encaisser des profits. Dans son livre de 2009, le professeur Whitfield soutient que les hôpitaux en PPP mènent à une augmentation des engagements budgétaires et – inévitablement – à une baisse des ressources pour financer les services.²⁰⁷

Les hôpitaux en PPP centralisés sont inaccessibles et trop éloignés

Les soins hospitaliers urgents deviennent moins accessibles lorsque de plus petits hôpitaux publics sont remplacés par des hôpitaux en PPP. En Ontario et en Colombie-Britannique, des hôpitaux en PPP ont ouvert leurs portes dans des régions urbaines; d'autres grands hôpitaux sont à vocation régionale. De plus petits hôpitaux publics, souvent en régions plus rurales, ont fermé avant ou au moment de l'ouverture d'un nouvel hôpital en PPP. Les patients qui habitent des collectivités plus petites doivent donc voyager parfois pendant des heures pour se rendre à l'hôpital en PPP le plus près.²⁰⁸

Pour rester en santé, les Canadiens doivent avoir accès à des hôpitaux publics. Les petites et grandes collectivités doivent être desservies par des hôpitaux publics conformément à une loi fédérale conductrice, la *Loi canadienne sur la santé*. Les hôpitaux publics qui ont été fermés ou qui seront fermés sont indiqués à l'annexe B.

On trouve un exemple de fermetures d'hôpitaux publics dans le sud de l'Ontario. Dans la région de Niagara, de petites unités hospitalières à Port Colborne et à Fort Erie seront fermées et un nouvel hôpital en PPP sera construit à St. Catharines. Si ces plus petits hôpitaux sont carrément fermés, une partie de la clientèle qu'ils desservaient devra se déplacer sur de longues distances pour se rendre à St. Catharines.²⁰⁹ Quant au nouvel hôpital en PPP de St. Catharines, il sera construit dans un endroit difficile d'accès, près de grands magasins et peu desservi par les autobus, dans le nord-ouest de la ville.²¹⁰

En Colombie-Britannique, il a été proposé de fermer deux petits hôpitaux locaux à Comox Valley et Campbell River (sur l'île de Vancouver) et de les remplacer par un grand hôpital en PPP pour desservir toute la partie nord de l'île. Le SEH et Citizens for Quality Healthcare ont travaillé fort et forcé les autorités à abandonner ce projet de grand hôpital régional en PPP.²¹¹

Lenteur du processus des hôpitaux en PPP

Les hôpitaux en PPP prennent plus de temps à construire que les hôpitaux publics. Selon le *Columbia Institute*, les projets de PPP comportent souvent un processus d'approvisionnement long, complexe et coûteux qui nuit au renouvellement de l'infrastructure publique.²¹²

Pour chaque jour de retard dans un projet d'infrastructure hospitalière, un mois supplémentaire de frais s'ajoutent au coût définitif du projet en raison de l'inflation. D'Arthur Porter, du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), affirme que chaque jour de retard dans le projet de l'hôpital en PPP ajoute 100 000 \$ au coût final du projet.²¹³ En août 2010, le *Globe and Mail* a dévoilé que le CUSM avait enregistré plus d'une décennie de délais et de faux départs.²¹⁴

En juin 2010, le conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu de Québec a voté en faveur du modèle traditionnel pour accélérer le processus.²¹⁵

Plusieurs autres hôpitaux, dont la construction est prévue en PPP, accusent des délais. Par exemple, l'hôpital en PPP de Sault Ste. Marie, en Ontario, devait ouvrir en octobre 2010. L'ouverture est maintenant prévue pour avril 2011, et ce n'est qu'un exemple parmi plusieurs autres. Voir l'annexe A à la fin de ce document pour plus d'information.

Conclusion

Ce rapport porte sur les trois principales lacunes des hôpitaux en PPP à but lucratif : les hôpitaux en PPP sont associés à des dépassements de coûts; les hôpitaux en PPP sont antidémocratiques et nuisent à l'économie canadienne; et le système d'hôpitaux en PPP est moins accessible, ce qui peut mettre en péril la qualité des soins. Il démontre qu'un système d'hôpitaux publics est moins coûteux qu'un système d'hôpitaux en PPP à but lucratif. Les profits, les frais d'administration supplémentaires et les coûts d'emprunt plus élevés font qu'un système d'hôpitaux en PPP coûte beaucoup plus cher aux contribuables. Le rapport indique que les hôpitaux en PPP sont régis par des contrats secrets qui lient les Canadiens, souvent pendant 30 ans ou plus. Les hôpitaux en PPP à but lucratif ne relèvent pas d'un modèle de propriété publique démocratique. Ils sont construits par de grandes sociétés multinationales qui éliminent des emplois dans les industries locales de la construction d'un bout à l'autre du Canada. Les hôpitaux en PPP remplacent de bons emplois dans les hôpitaux publics par des emplois moins bien payés et assortis de conditions de travail généralement médiocres. Quant à l'accès aux hôpitaux, le rapport démontre qu'un système d'hôpitaux en PPP regroupe moins de lits dans des lieux centralisés. Souvent, la construction d'un grand hôpital en PPP mène à la rationalisation ou à la fermeture de plus petits hôpitaux publics dans les ruralités. Les patients et les familles habitant les petites collectivités canadiennes doivent souvent se déplacer sur de longues distances pour se rendre aux nouveaux hôpitaux en PPP, ce qui nuit à l'accessibilité des services hospitaliers. À l'instar des hôpitaux à but lucratif aux États-Unis, les hôpitaux en PPP prodiguent des soins dont la qualité peut laisser à désirer.

Il est impératif de renouveler le système canadien d'hôpitaux publics. Après des décennies de compressions du financement public, les bâtiments hospitaliers ont été laissés à l'abandon pendant que la technologie a progressé à pas de géant. L'évolution du portrait démographique, le vieillissement et l'appauvrissement de la population ainsi que le resserrement des normes de prévention des infections et de protection de l'environnement sont d'autant de facteurs qui justifient le renouvellement des hôpitaux publics.²¹⁶

Le secteur privé des soins de santé à but lucratif sait que le Canada doit renouveler ses hôpitaux et cherche donc à en tirer profit. Il propose de construire des hôpitaux en PPP à but lucratif. Des sociétés privées cherchent ainsi à se payer des profits à même les fonds publics alloués aux hôpitaux en PPP. Elles cherchent aussi à tirer profit de taux d'emprunt plus élevés.

Ces mêmes sociétés cachent des détails aux Canadiens dans des contrats qu'elles tentent de garder secrets et de soustraire de l'examen du public. Elles proposent des ententes d'une durée de 30 ans dans lesquelles de nombreux coûts sont exigibles vers la fin. Les contrats d'hôpitaux en PPP prévoient le recours à de grandes sociétés multinationales et nuisent aux industries locales de la construction. Les collectivités canadiennes, surtout les plus petites, souffrent lorsque de bons emplois dans le milieu hospitalier public sont remplacés par un nombre moindre d'emplois dans les hôpitaux en PPP assortis de conditions de travail médiocres.

Souvent, lorsque des fonds publics servent à permettre aux entreprises d'engranger des profits, il reste moins d'argent pour ouvrir des lits pour les patients et les hôpitaux en PPP comptent moins de lits que promis au moment d'ouvrir leurs portes au public. La fermeture d'hôpitaux publics en milieu rural réduit l'accessibilité des soins d'urgence pour nombre de patients et leurs proches. La privatisation des soins dans les hôpitaux en PPP soulève bien des questions, puisque certains services comme l'entretien ménager sont négligés faute de personnel suffisant et les profits ont préséance sur la qualité des soins.

Comme le démontre le présent rapport, le renouvellement d'hôpitaux publics au Canada doit être financé et effectué en mode public. Dans des articles publiés dans le *Canadian Medical Association Journal* en 2008 puis en 2010, on rapporte que la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec ont rapidement sauté sur l'occasion des PPP au cours des dernières années sans vraiment s'arrêter aux risques associés à ce choix.²¹⁷

Nos deux recommandations serviront à renforcer le Canada par des soins de santé publics :

- 1) Les gouvernements au Canada doivent envisager l'annulation des contrats d'hôpitaux en PPP existants, puisque cette option pourrait s'avérer moins coûteuse sur le plan juridique que le maintien de ces contrats. Les gouvernements doivent construire de nouveaux hôpitaux publics et rénover les hôpitaux publics existants. L'émission d'obligations d'État pour financer les hôpitaux publics pourrait contribuer à atténuer la pression de l'endettement sur les gouvernements appelés à les financer. Cependant, le financement fédéral doit représenter la pierre angulaire du renouvellement des hôpitaux publics.

- 2) Les vérificateurs généraux doivent mener des enquêtes exhaustives sur tous les hôpitaux en PPP existants et proposés au Canada. Les Canadiens doivent savoir pourquoi et comment les hôpitaux en PPP dilapident des fonds publics. Ils doivent connaître la vérité sur les hôpitaux en PPP.

Pendant que les États-Unis discutent de la création d'un système de santé davantage public et universel²¹⁸, le Canada ne peut se permettre de perdre d'autres soins hospitaliers publics en continuant de construire de nouveaux hôpitaux en PPP ou en maintenant les hôpitaux en PPP existants. Les coûts sont exorbitants et nous devons aussi veiller à notre santé.

Annexe A

	Hôpitaux en PPP au Canada :	État		Durée du mandat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
Nouveau-Brunswick	Centre de soins psychiatriques Centracare, South Bay, Saint-Jean	En exploitation depuis le 28 fév. 1998	DP publiée le 25 fév. 1997	25 ans	CCFE	Inconnu	6 425 000 \$ ²¹⁹	Cardinal Pomerleau Itée
	Centre hospitalier Restigouche (Campbellton) [santé mentale]	AO lancé le 14 sept. 2010	Inconnu	À déterminer	CCE	85 millions de dollars ²²⁰	En construction	Liste restreinte : Walker Brook Health SNC-Lavalin inc. Plenary Health ²²¹
Québec	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Date d'achèvement prévue pour 2018 ²²² AO maintenant pour le 15 juin 2011, était pour mars 2010 Infrastructure Québec (IQ) étudie le rapport du gouvernement du Québec qui appuie le PPP (30 nov. 2010) ²²³	DDQ publiée le 28 juin 2007	30 ans	CCFE	Maintenant 2,5 milliards de dollars, était 1,4 milliard de dollars ²²⁴	RFP	Liste restreinte : Innisfree-Axor-OHL-Dalkia comprend le Groupe Axor, Cannon et R.G. Vanderveil et Accès Santé CHUM comprend Fiera Axium, HSIL, Acciona, Parking et Honeywell
	Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)	Date d'achèvement de la construction prévue pour le 30 sept. 2013	DDQ publiée le 28 juin 2007	30 ans	CCFE	584,1 millions de dollars ²²⁵	En construction	Accès Recherche CHUM comprend Fiera Axium, Pomerleau, Parking et le Groupe Lemay
	Hôpital Hôtel-Dieu, Québec [Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)] (Il est possible que cet hôpital soit construit selon le processus public traditionnel et ne fait pas partie du total)	Date d'achèvement prévue pour 2015 ²²⁶	DEI fermée le 23 sept. 2008	À déterminer	À déterminer	À déterminer	En litige	À déterminer

	Hôpitaux en PPP au Canada :	État		Durée du mandat	Type	Coût estimatif	Coût/ état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) (N'apparaît pas sur le site Web de PPP Québec, ni sur celui du CCPPP, janvier 2011)	Date d'achèvement prévue : 2018 ²²⁷	S.O.	S.O.	Traditionnel ²²⁸	Maintenant 500 M\$, était de 353 M\$ ²²⁹ .	En construction	S.O.
	Salle d'urgence de l'Hôpital général juif, Montréal (N'apparaît pas sur le site Web du CCPPP, janvier 2011)	Annonce faite en juin 2010 Date d'achèvement prévue : 2012 ²³⁰	S.O.	S.O.	Traditionnel	119,8 M\$	En construction	S.O.
Ontario	Centre de santé mentale Royal Ottawa	En exploitation depuis le 8 novembre 2006	Annonce faite en 2001 Demande de prix émise le 13 juin 2002	20 ans	CCFGE	95 M\$	146 M\$	The Healthcare Infrastructure Co. of Canada avec Adamson, Borealis (OMERS), Carillion, EllisDon, Oxford et Parking
	Hôpital de Brampton (William Osler)	En exploitation depuis le 28 octobre 2007	Demande d'offres émise le 15 mars 2002.	25 ans	CCFG	350 M\$, puis 536 M\$	650 M\$ ²³¹	The Healthcare Infrastructure Co. of Canada avec Borealis (OMERS), Carillion et EllisDon
	Système de santé de Niagara (St. Catharines)	Date d'achèvement prévue : fin de 2012	Demande de prix émise le 14 nov. 2006	30 ans	CCFE	Maintenant 851,4 M\$, était de 759 M\$	En construction	Plenary Health Niagara avec Borealis, Johnson Controls, PCL, Bregman et Silver Thomas
	Centre de santé Bridgepoint, Toronto	Date d'achèvement prévue : printemps 2013	Demande de prix émise le 26 nov. 2007	30 ans	CCFE	200 M\$ en 2003 ²³²	En construction	Plenary Group Canada Ltd. comprend Johnson Controls, Innisfree, RBC Marchés des Capitaux

	Hôpitaux en PPP au Canada :	État		Durée du mandat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
	Services de santé de Halton, Oakville (Proposition d'une certification LEED niveau argent)	DP fermée le 15 mars 2011	Demande de prix émise le 26 nov. 2009	À déterminer	CCFE	À déterminer	DP	<i>Liste restreinte :</i> Hospital Infrastructure Partners Inc. Plenary Health Community Health Consortium comprend Sprint-Insight Inc.
	Humber River Regional, Toronto	Demande de propositions émise le 26 oct. 2010	Demande de prix émise le 27 mai 2010	À déterminer	CCFE	À déterminer	DP	<i>Liste restreinte :</i> Le consortium Future Health comprend Honeywell, Canon Les partenariats Plenary Health Care comprennent Johnson Controls, Hewlett Packard, RBC Marchés des Capitaux Les partenariats Hospital Infrastructure comprennent : Scotia Capitaux, Univex Group of Companies
	Centre for Addiction and Mental Health, Toronto	Date d'achèvement de la construction : 2012	Demande de prix émise le 27 juin 2008	À déterminer	CCFE	À déterminer	En construction	Carillion Health Solutions comprend Vanbots et Scotia Capital Inc.
	Quinte Health Care, région de Belleville	En exploitation depuis le 1 ^{er} fév. 2010	Demande de prix émise le 21 mars 2006	Indéterminée	CF	72,2 M\$	99,5 M\$ ²³³	M. Sullivan & Son avec Corporation Financière Stonebridge

	Proposition ou en construction	État		Durée du contrat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
	Hôpital régional de Sudbury	En exploitation depuis le 23 nov. 2009	Demande de prix émise le 21 mars 2006	Indéterminée	CF	131,9 M\$ (I.O.)	Indéterminé	EllisDon Corp. avec RBC Marchés des Capitaux
	Trillium, Mississauga (Toronto et Queensway)	En exploitation depuis le 8 mai 2009	Demande de prix émise le 21 mars 2006	Indéterminée	CF	104,1 M\$ (I.O.)	100 M\$ ²³⁴	EllisDon Corp. avec RBC Marchés des Capitaux
	Bluewater Health de Sarnia	En exploitation depuis le 29 juillet 2010	Demande de prix émise le 21 mars 2006 20 ans de planification ²³⁵	Indéterminée	CF	Maintenant 214,1 M\$, était de 135 M\$ en 2006 ²³⁶	319 M\$ ²³⁷	EllisDon Corp. avec Pacific & Western Bank of Canada
	Hamilton Health Sciences, Hamilton General Hosp.	Quasi-achèvement seulement au printemps 2009 (Infrastructure Ontario)	Demande de prix émise le 3 nov. 2006	Indéterminée	CF	Maintenant 60,3 M\$, était évalué à 44,9 M\$.	À déterminer	EllisDon Corp. avec Marchés mondiaux CIBC et Pacific & Western Bank of Canada
	Hôpital de Hamilton (Juravinski Hosp. & Cancer Centre, anciennement Henderson General)	Date d'achèvement de la construction maintenant prévue pour le printemps 2012, était pour l'été 2010	Demande de prix émise le 3 nov. 2006	Indéterminée	CF	198,1 M\$	En construction	EllisDon Corp. avec Pacific & Western (P&W) Bank of Canada
	London Health Sciences Centre	Date d'achèvement prévue : début de 2011.	Demande de prix émise le 3 nov. 2006	Indéterminée	CF	211,8 M\$	En construction	EllisDon Corp. avec P&W Bank of Canada, Banque Scotia, Marchés mondiaux CIBC, Manuvie, Banque TD

	Proposition ou en construction	État		Durée du contrat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
	St. Joseph's, London Phase 1 – site Grosvenor	En exploitation depuis le 7 mars 2009	Demande de prix émise le 21 mars 2006	Indéterminée	CF	32,2 M\$ (St. Joseph's et LHSC à plus de 340 M\$ en 2005) ²³⁸	Indéterminé	D. Grant & Sons Ltd. avec RBC Marchés des Capitaux
	St. Joseph's, London Phase 2	En construction Ancienne date d'ouverture prévue : avril 2010	Demande de prix émise le 3 nov. 2006	Indéterminée	CF	49,2 M\$	À déterminer	EllisDon avec Pacific & Western Bank of Canada
	St. Joseph's, London Phase 3	Demande de propositions publiée en déc. 2010	Demande de prix émise le 7 juin 2010	Indéterminée	CF	À déterminer	DP	Liste restreinte : EllisDon Corp., Bondfield Construction Co., Grant-Nac Ltd., SNC-Lavalin Construction et McKay Cocker Construction Ltd. (projet conjoint)
	Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa	Date d'achèvement de la construction prévue : début de 2011	Demande de prix émise le 3 nov. 2006	Indéterminée	CXF	180,6 M\$	En construction	PCL avec Banque TD
	Système de santé Rouge Valley/Hôpital d'Ajaj-Pickering	En exploitation depuis le 17 fév. 2011, date prévue était l'été 2010	Demande de prix émise le 3 nov. 2006	Indéterminée	CF	63 941 270 \$	94,5 millions de dollars ²³⁹	Aecon avec Corporation Financière Stonebridge
	Runnymede Healthcare Centre, Toronto	En construction Ancienne date d'ouverture prévue : 15 sept. 2010	Demande de prix émise le 3 nov. 2006	Indéterminée	CF	Maintenant 89 M\$, était de 63 M\$	À déterminer	Bondfield avec le Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario

	Proposition ou en construction	État		Durée du contrat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
	Hôpital Montfort, Ottawa	En exploitation depuis juin 2010 ²⁴⁰ , date prévue : 2009	Demande de prix émise le 2 mars 2005	Indéterminée	CF	188,8 M\$	300 M\$ ²⁴¹	EllisDon avec BMO Marchés des capitaux, Caisse centrale Desjardins et RBC Marchés des Capitaux
	Sunnybrook, Toronto	En exploitation depuis le 12 sept. 2010	Demande de prix émise le 1 ^{er} fév. 2001	Indéterminée	CF	142 M\$	188 M\$ ²⁴²	Vanbots avec Corporation Financière Stonebridge
	Credit Valley Hospital, Mississauga, phase 2	Quasi-achèvement en mars 2011	Demande de prix émise le 4 avril 2007	Indéterminée	CF	162,8 M\$	À déterminer	Bondfield avec Banque Nationale du Canada (conseiller financier) et Société Générale (arrangeur)
	Toronto Rehabilitation Institute (site du centre universitaire)	Date d'achèvement de la construction prévue : automne 2011	Demande de prix émise le 4 avril 2007	Indéterminée	CF	112,1 M\$	En construction	Aecon Tri Inc. comprend Stonebridge, Manuvie, Industrielle Alliance et Services financiers, London Life et L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada
	Lakeridge, Durham (Oshawa)	Date d'achèvement de la construction maintenant prévue pour l'été 2011, était pour le printemps 2011	Demande de prix émise le 5 oct. 2007	Indéterminée	CF	91,5 M\$	En construction	Aecon Concessions comprend Stonebridge, Canada Life, Industrielle Alliance, Manuvie et L'Équitable, compagnie d'assurance vie
	Royal Victoria Hospital, Barrie	Date d'achèvement de la construction maintenant prévue pour le printemps 2013, était pour 2010/2011	Demande de prix émise le 25 oct. 2007	Indéterminée	CF	258,5 M\$	En construction	Vanbots avec Banco Espirito Santo de Investimento S.A., National Australia Bank Ltd., Norddeutsche Landesbank

	Proposition ou en construction	État		Durée du contrat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
								Gironzentrale, Banque de Montréal, CIT Financial Ltd., Banque Nationale du Canada inc. et Banque Toronto-Dominion
	St. Joseph's, Hamilton, campus Ouest 5 ^e (Proposition d'une certification LEED de niveau argent)	Sélection du meilleur soumissionnaire le 27 sept. 2010	Demande de prix émise le 24 mars 2009	Indéterminée	CCFE	À déterminer	DP	Plenary Group/Innisfree avec Canon, PCL
			2009					Construction, Honeywell et RBC
	Women's College Hospital, Toronto	Date d'achèvement de la construction prévue : printemps 2016.	Demande de prix émise le 31 oct. 2008.	Indéterminée	CCFE	À déterminer	En construction	Partenariat du Women's College Hospital avec Bilfinger Berger, Perkins Eastman Black/IBI, The Walsh Group/Bondfield Const., Black & McDonald/HSG Zander
	Hôpital général de North Bay (Certification LEED)	En exploitation depuis le 30 janv. 2011, la date prévue était le 18 juin 2010	Demande de prix émise le 27 sept. 2005	30 ans	CFE	Maintenant 551 M\$, était de 220 M\$.	À déterminer	Plenary Group, Deutsche Bank, PCL Constructors et Johnson Controls L.P.
	Hôpital de Sault Ste Marie	En exploitation depuis le 6 mars 2011. Construction terminée le 13 oct. 2010	Demande de prix émise le 24 avril 2006	30 ans	CCFE	Maintenant environ 988 M\$ (comprend plus que les coûts de	À déterminer	Hosp. Infrastructure Partners (HIP) avec Carillion Canada, EllisDon, Labourers' Pension Fund of Central & Eastern Canada

	Proposition ou en construction	État		Durée du contrat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
						construction, soit le mobilier, etc.), était de 408 M\$.		
	Kingston General Hospital and Cancer Centre of Southeastern Ontario	Date d'achèvement de la construction prévue : printemps 2012	Demande de prix émise le 4 avril 2007	Indéterminée	CF	142,1 M\$	En construction	PCL Constructors Canada avec Banque TD
	Mental Health Centre Penetanguishene	Sélection du meilleur soumissionnaire à l'automne 2010	Demande de prix émise le 17 août 2009	À déterminer	CCFE	À déterminer	DP	<i>Liste restreinte :</i> Carillion comprend Siemens Integrated Team Solutions comprend EllisDon, Cannon, Honeywell, Banque Nationale du Canada et Univex (Ontario) Plenary Health comprend PCL Constructors, Johnson Controls, Innisfree, RBC Marchés des Capitaux, Lobo et Vipond
	Hôpital régional de Windsor (campus de l'ouest)	Date d'achèvement de la construction prévue : printemps 2012	Demande de prix émise le 25 oct. 2007	Indéterminée	CF	91,7 M\$	En construction	2205234 ON Inc. avec Bondfield, Banque de Montréal, Banque Nationale du Canada, Banque Laurentienne du Canada et Banque TD

	Proposition ou en construction	État		Durée du contrat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
	St. Joseph's Regional Mental Health (London et St. Thomas)	Date d'achèvement de la construction prévue : décembre 2014	Demande de prix émise le 1 ^{er} juin 2009	30 ans	CCFE	830,5 M\$	En construction	Integrated Team Solutions comprend EllisDon, Fengate/LPF, Honeywell et Scotia Capitaux inc.
	Réaménagement du Réseau universitaire de santé	En exploitation Clôture financière le 8 déc. 1998	Demande de prix émise le 15 avril 1998	Inconnue	F	Inconnu	349 M\$ (281 M\$ du secteur privé)	Scotia Capitaux inc. (Émission d'obligations du secteur privé appuyée par l'Office ontarien de financement.)
Colombie-Britannique	Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre Certification LEED de niveau or	En exploitation depuis le 24 août 2008	Demande d'expression d'intérêt émise le 23 janv. 2008 (Première proposition faite en 1988 ²⁴³)	30 ans	CCFEG	Maintenant 356 M\$ (était de 211 M\$ en 2001) ²⁴⁴ .	449 M\$ ²⁴⁵	AHA Access Health Abbotsford Ltd. comprend PCL Constructors, Johnson Controls, Sodexho, Intercon Security, Impark
	BC Cancer Agency Centre for the North, Prince George	Date d'achèvement de la construction prévue : sept. 2012	Demande de prix publiée le 31 juillet 2008	30 ans	CCFE	69,9 M\$	En construction	Plenary Group, PCL Constructors, CEI Architecture, Johnson Controls
	Fort St. John Hospital and Residential Care Project	Date d'achèvement de la construction prévue : printemps 2012	Demande de prix émise le 6 mai 2008	30 ans	CCFE	297,9 M\$	En construction	ISL Health avec Innisfree, Acciona S.A., Acciona, Stuart Olson, Cannon, Health Care Projects, ACML Management Western Ltd.

	Proposition ou en construction	État		Durée du contrat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
	Gordon and Leslie Diamond, Vancouver General (AACC) The Academic Ambulatory Care Centre	En exploitation depuis le 20 oct. 2006	Demande d'expression d'intérêt émise le 15 oct. 2002. (Plan approuvé par la ville en 2001)	30 ans	CCFE	95 M\$	203 M\$ ²⁴⁶	Access Health Vancouver avec John Laing, PCL Constructors, IBI Group, Henriquez Architects, Brookfield LePage Johnson Controls
	Kelowna and Vernon Hospital Project	Date d'achèvement de la construction prévue : août 2012	Demande de prix émise le 7 mai 2007	30 ans	CCFE	432,9 M\$	En construction	Infusion Health avec Graham Construction, Bilfinger Berger, John Laing, Stantec et Black & McDonald
	Hôpital Royal Jubilee, Victoria	En exploitation depuis mars 2011 ²⁴⁷ Construction terminée le 31 déc. 2010	Demande de prix émise le 11 mai 2007	30 ans	CCFE	269 M\$ ²⁴⁸	348 M\$ ²⁴⁹	ISL Health avec Health Care Projects Canada, Acciona S.A., Lark Group et Innisfree Ltd.
	Surrey Memorial Hospital/Surrey Ambulatory Care Facility/Green Timbers	Date d'achèvement de la construction prévue : 31 déc. 2014 Sélection du meilleur soumissionnaire le 7 oct. 2010	Demande de prix émise le 23 juillet 2009	À déterminer	CCFE	À déterminer	DP	Integrated Team Solutions avec EllisDon, Fengage, CEI Architecture, Parkin Architects, Honeywell

	Proposition ou en construction	État		Durée du contrat	Type	Coût estimatif	Coût/état actuel	Consortium à but lucratif
Province		Date d'achèvement	Début					
	Surrey Outpatient Hospital	Date d'achèvement de la construction prévue : avril 2011	Demande de prix émise le 21 mars 2007	30 ans	CCFE	239,1 M\$	En construction	BCHS Healthcare avec Bouygues Bâtiment International, HSBC Infrastructure, Ecovert, Bird Construction, Kasian Architecture et Groupe Helios
La Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan sont sur le front des hôpitaux en PPP!								
Sources :								
SCFP Ontario, juin 2009 <i>Four Privatized P3 Ontario Hospital Projects</i>								
Infrastructure Ontario								
Partnerships BC								
CCPPP (Affirme que l'Ontario paiera 356 M\$ sur 20 ans pour le PPP de l'Hôpital Royal Ottawa.)								
PPP Québec Vérificateur général du Québec Conseil canadien pour les partenariats public-privé (CCPPP)								

S.O. : Sans objet

Tous les coûts représentent uniquement des dépenses d'immobilisations (ou de construction), à moins d'avis contraire.
L'utilisation du mot « avec » signifie que toutes les entreprises participantes sont inscrites.
L'utilisation du mot « comprend » signifie que seulement certaines entreprises sélectionnées sont inscrites.

Annexe B

Nombre de lits dans des hôpitaux en PPP sélectionnés du Canada				
Province	Hôpital proposé ou en construction	N ^o estimé de lits	N ^o réel de lits	Remarques
Nouveau-Brunswick	Centre de soins psychiatriques Centracare, South Bay, Saint-Jean	Inconnu	50	Établissement public de 1 500 lits situé à Lancaster fermé après la vente à J.D. Irving ²⁵⁰ .
Ontario	Centre de santé mentale Royal Ottawa	284	188	
	Hôpital de Brampton (William Osler)	608	479	Seulement 125 nouveaux lits, tandis que le Conseil régional de santé avait recommandé 930 lits au total (ou 451 nouveaux lits) en raison de l'accroissement de la population, etc. Fermeture de l'Hôpital Peel Memorial ²⁵¹ .
	Bluewater Health, Sarnia	À déterminer	À déterminer	Un hôpital de région, Charlotte Eleanor Englehart à Petrolia, ferme partiellement sa salle d'urgence environ au même moment que l'ouverture du PPP ²⁵² .
	Système de santé de Niagara (St. Catharines)	Maintenant 375, était de 400	À déterminer	Réduction des services et du nombre de lits dans les hôpitaux publics existants de Port Colborne, de Fort Erie, de Niagara-on-the-Lake, de Niagara Falls, de St. Catharines (hôpital général) et de Welland ²⁵³ .
	Hôpital régional de Sudbury	507	429	Fermeture de deux autres hôpitaux publics locaux ²⁵⁴ .

Nombre de lits dans des hôpitaux en PPP sélectionnés du Canada				
	Hôpital proposé ou en construction	N° estimé de lits	N° réel de lits	Remarques
	Woodstock General Hospital	Maintenant 154, était de 178	À déterminer	À déterminer
	Hamilton Health Sciences, Hôpital Hamilton General	91	À déterminer	(44 nouveaux lits)
Colombie-Britannique	Abbotsford	300	261 ²⁵⁵	300 lits dans les anciens hôpitaux publics de Abbotsford-Mission (1991). Accroissement de la population à Abbotsford-Mission entre 1991 et 2008 : 50 000 ²⁵⁶ .
	Gordon and Leslie Diamond, Vancouver General, AACC (The Academic Ambulatory Care Centre)	60 % Faculté de méd. 20 % Commercial 20 % Partenariat public-privé	Augmentation des lits pour la salle d'urgence de 22 à 28 ²⁵⁷ .	
	Hôpital Royal Jubilee, Victoria	401	416	Une très faible augmentation de 15 lits pour un coût de 348 millions de dollars ²⁵⁸ .
Sources :				
SCFP Ontario, juin 2009 <i>Four Privatized P3 Ontario Hospital Projects</i>				
Infrastructure Ontario				
Partnerships BC				
CCPPP				

S.O. : Sans objet

ssj/sepb491

T:\HC-RA\HCNational\P3\P3 Hospital Backgrounder\Final\

Notes de fin

- ¹ Nanos, Nik. Novembre 2009. « Canadians overwhelmingly support universal health care; think Obama is on right track in United States » dans *Policy Options*; Picard, André. 12 août 2009. « Canadians back 'public solutions' to improve care, poll finds » dans *Globe and Mail*.
- ² Mackenzie, Hugh. Octobre 2004. *Financing Canada's Hospitals: Public Alternatives to P3s*.
- ³ Site Web de Statistique Canada. 22 décembre 2010. En décembre 2001, la population canadienne comptait 31 021 000 habitants; en décembre 1956, la population canadienne s'établissait à 16 081 000 habitants.
- ⁴ Pollock, Allyson M., Jean Shaoul et Neil Vickers. 18 mai 2002. « Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? » dans *British Medical Journal* 324. p. 1205-1209; Auerbach, Lewis, Arthur Donner, Douglas D. Peters, Monica Townson et Armine Yalnizyan. Novembre 2003. « Funding Hospital Infrastructure: Why P3s Don't Work, and What Will » dans *Centre canadien de politiques alternatives*. Et Pollack, Allyson. 11 juin 2008. « Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market » dans *The Guardian*.
- ⁵ 4 juillet 2009. « PFI deals in recession: Singing the blues » dans *The Economist*. p. 22.
- ⁶ Hall, David. Janvier 2009. « A crisis for public-private partnerships (PPPs)? ». Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. Londres, R.-U.; Parks, Ronald H. et Rosanne E. Terhart. 5 janvier 2009. *Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology*; Vérificateur général de l'Ontario. 2008. *Rapport annuel*. Chapitre 3; Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*.
- ⁷ Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*.
- ⁸ Pour des exemples des résultats obtenus par des groupes de pression contre les PPP, voir les pages 10 à 12 du document.
- ⁹ La Coalition CHU sans PPP. 9 juin 2009. « Non aux PPP pour les hôpitaux universitaires! » Site Web du groupe CNW; Rancourt, Marie-Eve. Novembre 2010. « Coalition Against User Fees and the Privatization of Public Services ».
- ¹⁰ Mehra, Natalie. 10 décembre 2007. *The Pulse: Update: Brampton P3 Hospital Target of Massive Community Unrest*. Coalition ontarienne de la santé.
- ¹¹ Site Web de la BC Health. 11 décembre 2009. <http://www.bchealthcoalition.ca/content/view/86/30/>.
- ¹² Silversides, Ann. Octobre 2008. « Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave » dans *Canadian Medical Association Journal*.
- ¹³ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Mars 2004. « Mythe : Les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace » dans Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 2008. *About Canada: Health Care*. Fernwood Publishing. p. 123.
- ¹⁴ Block, Sheila. Mai 2008. « From P3s to AFPs: New Branding But Same Bad Deal » dans *Ontario Alternative Technical Paper Five*. CCPA. RNAO.
- ¹⁵ Pollock, Allyson M., Jean Shaoul et Neil Vickers. 18 mai 2002. « Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? » dans *British Medical Journal* 324. p. 1205-1209.
- ¹⁶ Pollock, Allyson M., Jean Shaoul et Neil Vickers. 18 mai 2002. « Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? » dans *British Medical Journal* 324. p. 1205-1209; Auerbach, Lewis, Arthur Donner, Douglas D. Peters, Monica Townson et Armine Yalnizyan. Novembre 2003. « Funding Hospital Infrastructure: Why P3s Don't Work, and What Will » dans *Canadian Centre for Policy Alternatives*. Et Pollack, Allyson. 11 juin 2008. « Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market » dans *The Guardian*.
- ¹⁷ Pollock, Allyson M., Jean Shaoul et Neil Vickers. 18 mai 2002. « Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? » dans *British Medical Journal* 324. p. 1205-1209.
- ¹⁸ Silversides, Ann. Octobre 2008. « Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave » dans *Canadian Medical Association Journal*; Silversides, Ann. 3 novembre 2008. « Public-private partnerships, part 2: calculations of risk » dans *Canadian Medical Association Journal* 179(10); Wikipédia. Centracare hospital, New Brunswick, téléchargé le 14 août 2009.
- ¹⁹ Adam, Mohammed. 26 janvier 2009. « Audit on Royal Ottawa sought; Same group that built centre blasted by auditor over Brampton hospital costs » dans *The Ottawa Citizen*; Wikipédia. Centracare hospital, New Brunswick, téléchargé le 14 août 2009.
- ²⁰ Site Web du Conseil canadien pour les partenariats public-privé. Novembre 2009.
- ²¹ Gordon, Sean. 18 août 2010. « Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital... » dans *The Globe and Mail*.
- ²² Ravensbergen, Jan. 18 juin 2010. « Jewish General to build new ER by 2012 » dans *Montreal Gazette*.
- ²³ Roy, Johanne. 22 juin 2010. « The CHUQ wants to drop the PPP » dans *Health News*.
- ²⁴ Georgetti, Ken. Avril 2009. « Public-private partnerships fail to deliver » dans *Public Values*; site Web d'Infrastructure Ontario. 23 novembre 2009.
- ²⁵ SCFP National. 3 janvier 2007. « Des militants remportent une victoire contre un hôpital en PPP ». www.scfp.ca. Téléchargé le 15 septembre 2008.
- ²⁶ Silversides, Ann. Octobre 2008. « Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave » dans *Canadian Medical Association Journal*.

- ²⁷ Loxley, John avec Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 110.
- ²⁸ SCFP. 27 septembre 2007. « Les services de nettoyage ne seront pas privatisés aux hôpitaux en PPP d'Okanagan ». www.scfp.ca.
- ²⁹ Site Web de Partnerships BC. Novembre 2009.
- ³⁰ HEU Guardian. Printemps 2008. « North Island coalition scores recent victory ».
- ³¹ Whitfield, Dexter. Octobre 2008. « Privatization and P3s in Britain: Impacts and Strategies ». Présentation au congrès du SCFP Nouveau-Brunswick.
- ³² *Public Private Finance*. Janvier 2008/décembre 2007. « Mixed fortunes for hospital schemes ».
- ³³ Silversides, Ann. Octobre 2008. « Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave » dans *Canadian Medical Association Journal*.
- ³⁴ Larocque, Sylvain. 4 mai 2010. « Bombardier s'interroge sur la viabilité des PPP » dans *La Presse*.
- ³⁵ Edwards, Chris. Juin 2009. « Private Gain and Public Loss; the Private Finance Initiative (PFI) and the Norfolk and Norwich University Hospital (NNUH); a Case Study » dans *University of East Anglia*; Silversides, Ann. Octobre 2008. « Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave » dans *Canadian Medical Association Journal*; Silversides, Ann. 3 novembre 2008. « Public-private partnerships, part 2: calculations of risk » dans *Canadian Medical Association Journal* 179(10); Parks, Ronald H. et Rosanne E. Terhart. 5 janvier 2009. « Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology »; 4 juillet 2009. « PFI deals in recession: Singing the blues » dans *The Economist*. p. 22.; Pollack, Allyson. 11 juin 2008. « Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market » dans *The Guardian*; Cuthbert, Jim et Margaret Cuthbert. Mars 2008. « The Implications of Evidence Released Through Freedom of Information on the Projected Returns from the New Royal Infirmary of Edinburgh and Certain Other PFI Schemes »; Hellowell, Mark. 2008. *Written evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment*. The Centre for International Public Health Policy; Gosling, Paul. Septembre 2008. « The rise of the "public services industry" ». UNISON; Vérificateur général de l'Ontario. 2008. *Rapport annuel*. Chapitre 3; Hall, David. Janvier 2009. *A crisis for public-private partnerships (PPPs)?* Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. Londres, R.-U.; Coalition ontarienne de la santé. 6 juin 2008. *Cost Comparison Analysis of P3 Projects*. http://www.web.net/ohc/June_6_report_cost_comparisons_Peterborough_and_P3s.pdf (téléchargé le 15 octobre 2008); Site Web de la Health Coalition. 28 août 2008. « Leaflet: All that glitters is NOT gold... »; Corrigan, Kathy et Richard Neal. 18 septembre 2007. « Health Public-Private-Partnerships » Site Web de la BC Health Coalition; Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*; Ross, Thomas. 18-25 novembre 2008. « One pro and three cons in the P3 debate » dans *Business in Vancouver*. Numéro 995; *Public Private Finance*. Janvier 2008/décembre 2007. « Most PFI projects off balance sheet »; Ontario Federation of Labour (OFL). 17 septembre 2008. Présentation de l'OFL au Comité permanent des organismes gouvernementaux dans le cadre de l'examen d'Infrastructure Ontario. http://ofl.ca/uploads/library/briefs_submissions/Presentation_-_Standing_Ctte_on_Government_Agencies_-_FINAL_-_2008.09_16_.pdf (téléchargé le 20 octobre 2008); HEU. Décembre 2005). HEU Report on the Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre "Achieving Value for Money" Report; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Mars 2004. *Myth: For-Profit Ownerships of Facilities Would Lead to a More Efficient Healthcare System*.
- ³⁶ Pollock, Allyson. 11 juin 2008. « Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market' » dans *The Guardian*; Pollock, Allyson M., Jean Shaoul et Neil Vickers. 18 mai 2002. « Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? » dans *British Medical Journal* 324. p. 1205-1209.
- ³⁷ Pollock, Allyson. 11 juin 2008. « Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market' » dans *The Guardian*. Jim Cuthbert a déjà occupé le poste de statisticien en chef du bureau écossais, tandis que Margaret Cuthbert a déjà enseigné l'économie à l'Université de Glasgow.
- ³⁸ Vérificateur général du Québec. Juin 2010. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 – Rapport spécial portant sur la vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*. Faits saillants.
- ³⁹ Vérificateur général de l'Ontario. 2008. *Rapport annuel*. Chapitre 3; Coalition ontarienne de la santé. 8 décembre 2008. *Health Coalition Vindicated in Auditor General Report*.
- ⁴⁰ Brampton Health Coalition. 9 décembre 2007. *What is happening to Brampton's hospital?* <http://www.web.net/ohc/Brampton%20leaflet%20december9.pdf> (téléchargé le 15 octobre 2008).
- ⁴¹ Parks, Ronald H. et Rosanne E. Terhart. 5 janvier 2009. *Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology*; Gilbert, Richard. 25 février 2009. « CUPE study finds P3s more expensive » dans *Journal of Commerce*.
- ⁴² Vérificateur général du Québec. 2009. *Projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*; Healthcare Management Forum, hiver 2007 dans Silversides, Ann. Octobre 2008. « Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave » dans *Canadian Medical Association Journal*.
- ⁴³ Dougherty, Kevin. 18 mars 2010. « Quebec pushes ahead with superhospitals as PPPs; Province on hook for \$5 M after key bidder drops out » dans *Montreal Gazette*.
- ⁴⁴ Coalition ontarienne de la santé. 6 juin 2008. *Cost Comparison Analysis of P3 Projects*. http://www.web.net/ohc/June_6_report_cost_comparisons_Peterborough_and_P3s.pdf (téléchargé le 15 octobre 2008)
- ⁴⁵ SCFP. Juin 2009. *Four Privatized P3 Ontario Hospital Projects*. Document d'information.

- ⁴⁶ Loxley, John et Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 107.
- ⁴⁷ Adam, Mohammed. 26 janvier 2009. « Audit on Royal Ottawa sought; Same group that built centre blasted by auditor over Brampton hospital costs » dans *The Ottawa Citizen*.
- ⁴⁸ Coalition ontarienne de la santé (2005) dans Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 107.
- ⁴⁹ Pollack, Allyson et David Price. 4 novembre 2010. « Stop protecting PFI contracts » dans *The Guardian*.
- ⁵⁰ Mooney, Helen. 18 juin 2010. « News: Audit Office says government should renegotiate PFI contracts to get better value for money » dans *British Medical Journal* 340. p. c3277.
- ⁵¹ Pollack, Allyson. 11 juin 2008. « Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market » dans *The Guardian*; Cuthbert, Jim et Margaret Cuthbert. Mars 2008. *The Implications of Evidence Released Through Freedom of Information on the Projected Returns from the New Royal Infirmary of Edinburgh and Certain Other PFI Schemes*.
- ⁵² Hellowell, Mark. 2008. *Written evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment*. The Centre for International Public Health Policy.
- ⁵³ Mooney, Helen. 18 juin 2010. « News: Audit Office says government should renegotiate PFI contracts to get better value for money » dans *British Medical Journal* 340. p. c3277.
- ⁵⁴ Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 107.
- ⁵⁵ Parks, Ronald H. et Rosanne E. Terhart. 5 janvier 2009. *Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology*.
- ⁵⁶ Vérificateur général de l'Ontario. 2008. *Rapport annuel*. Chapitre 3; Coalition ontarienne de la santé. 8 décembre 2008. *Health Coalition Vindicated in Auditor General Report*.
- ⁵⁷ Hall, David. Janvier 2009. *A crisis for public-private partnerships (PPPs)?* Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. Londres, R.-U.
- ⁵⁸ Buck, Joan Juliet. Avril 2009. « Noami Klein: The Wall Street Bailout is the Greatest Heist in Monetary History » dans *Wowowow*.
- ⁵⁹ Vérificateur général du Québec dans Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*. p. 14-15.
- ⁶⁰ Hamel, Pierre J. 3 mars 2010. *Un hôpital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué*. Institut national de recherche scientifique (INRS), Montréal dans Gaudreau, Valérie. 3 mars 2010. « L'Hôtel-Dieu de Québec : un PPP trop risqué » sur www.cyberpresse.ca.
- ⁶¹ Critchley, Barry. 25 mai 2010. « P3 backs research centre » dans *National Post*.
- ⁶² Georgetti, Ken. Avril 2009. « Public-private partnerships fail to deliver » dans *Public Values*; Nagel, Jeff. 27 février 2009. « Province jettisons P3 model for Port Mann Bridge rebuild » dans *Metrovalley Newspaper Group. Surrey North Delta Leader*.
- ⁶³ Fowlie, Jonathan et Kelly Sinoski. 9 octobre 2008. « Local large-scale projects feel shock of global credit crisis » dans *The Vancouver Sun*.
- ⁶⁴ Nagel, Jeff. 11 octobre 2008. « Credit crunch raises questions » dans *MetroValley Newspaper Group*.
- ⁶⁵ Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*. p. 14.
- ⁶⁶ Sandborn, Tom. 12 novembre 2008. « Top Private Health Player in BC Slammed for 'Windfall' Profits » sur TheTyee.ca.
- ⁶⁷ 4 juillet 2009. « PFI deals in recession: Singing the blues » dans *The Economist*. p. 22.
- ⁶⁸ Gaffney, Declan, Allyson M. Pollock, David Price et Jean Shaoul. 10 juillet 1999. « PFI in NHS-is there an economic case? » dans *British Medical Journal* 319.
- ⁶⁹ Gosling, Paul. Septembre 2008. *The rise of the "public services industry: A report for UNISON*. UNISON.
- ⁷⁰ Silversides, Ann. 3 novembre 2008. « Public-private partnerships, part 2: calculations of risk » dans *Canadian Medical Association Journal* 179(10).
- ⁷¹ Hall, David. Janvier 2009. *A crisis for public-private partnerships (PPPs)?* Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. Londres, R.-U.; Parks, Ronald H. et Rosanne E. Terhart. 5 janvier 2009. *Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology*; Vérificateur général de l'Ontario. 2008. *Rapport annuel*. Chapitre 3; Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*.
- ⁷² Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*.
- ⁷³ Hellowell, Mark. 6 août 2009. « Saved from the scrap heap » dans *Public Finance*.
- ⁷⁴ Earls, John et coll. Janvier 2007. *Valuing Public Services*. Amicus. The Union. p. 24.
- ⁷⁵ Sandborn, Tom. 12 novembre 2008. « Top Private Health Player in BC Slammed for 'Windfall' Profits » sur TheTyee.ca.
- ⁷⁶ Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 107.
- ⁷⁷ Whitfield, Dexter. 10 décembre 2009. « Profiteering from public private partnerships » sur www.guardianpublic.co.uk.
- ⁷⁸ Critchley, Barry. 13 juillet 2010. « Some history made in the debt markets » dans *National Post*.

- ⁷⁹ Critchley, Barry. 25 mai 2010. « P3 backs research centre » dans *National Post*.
- ⁸⁰ Noël, André. 29 mai 2010. « CRCHUM : le PPP coûtera 320 millions de plus » dans *La Presse*.
- ⁸¹ Middlemiss, Jim. 1^{er} décembre 2010. « Public accepts P3 deals; Survey bodes well for infrastructure lawyers » dans *National Post*.
- ⁸² Cour suprême du Canada. Décisions. Mochinski c. Trendline Industries Ltd. [1997] 3 R.C.S. 1176.
- ⁸³ Auerbach, Lewis, Arthur Donner, Douglas D.Peters, Monica Townson et Armine Yalnizyan. Novembre 2003. *Funding Hospital Infrastructure: Why P3s Don't Work, and What Will*. Centre canadien de politiques alternatives.
- ⁸⁴ SEH. Décembre 2005. *HEU Report on the Abbotsford Regional Hospital et Cancer Centre "Achieving Value for Money"*. Sommaire. Pour plus d'information sur les échecs des analyses de rentabilisation de PPP, voir *The Case against Public-Private Partnership (P3) Financing for Public Infrastructure, Recent Research*. Avril 2008. Service de la recherche du SCFP, Alberta. www.cupeab.ca.
- ⁸⁵ Whitfield, Dexter. 10 décembre 2009. « Profiteering from public private partnerships » sur www.guardianpublic.co.uk.
- ⁸⁶ Whitfield, Dexter. 2010. *Global Auction of Public Assets*. Spokesman, Angleterre. p. 312.
- ⁸⁷ Section locale 479 du SEFPO. *Risky Business II*. Novembre 2007.
- ⁸⁸ Silversides, Ann. 3 novembre 2008. « Public-private partnerships, part 2: calculations of risk » dans *Canadian Medical Association Journal* 179(10).
- ⁸⁹ Whitfield, Dexter. 10 décembre 2009. « Profiteering from public private partnerships » sur www.guardianpublic.co.uk.
- ⁹⁰ Fussell, Heather et Charley Beresford. Juin 2009. *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance, une initiative du Columbia Institute.
- ⁹¹ Kelton, Greg. 19 septembre 2008. « Hospital construction advisors to cost \$17 m » sur www.news.com.au/adelaidenow.
- ⁹² Vérificateur général de l'Ontario. 2008. *Rapport annuel*. Chapitre 3.
- ⁹³ Melnitzer, Julius. 1 décembre 2010. « The pipeline of P3 deals may slow: Unease appears » et Middlemiss, Jim. « Public accepts P3 deals; Survey bodes well for infrastructure lawyers » dans *National Post*.
- ⁹⁴ Vérificateur général du Québec. Juin 2010. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 – Rapport spécial portant sur la vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*. Faits saillants.
- ⁹⁵ Davies, Peter. 20 juillet 2010. « Hard times: is this the end of the road for the private finance initiative? » dans *British Medical Journal* 341. p. c3828.
- ⁹⁶ Mooney, Helen. 18 juin 2010. « News: Audit Office says government should renegotiate PFI contracts to get better value for money » dans *British Medical Journal* 340. p. c3277.
- ⁹⁷ UNISON. Juin 2009. *Reclaiming the Initiative: Putting the Public Back into PFI*.
- ⁹⁸ Hall, David. Janvier 2009. *A crisis for public-private partnerships (PPPs)?* Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. Londres, R.-U.
- ⁹⁹ Centre canadien de politiques alternatives (CCPA). 2009. Budget fédéral alternative de 2009: *Beyond the Crisis*.
- ¹⁰⁰ Association canadienne des institutions de santé universitaires et Association canadienne des soins de santé. 2008. *Innovative Health Infrastructure*.
- ¹⁰¹ Association canadienne des institutions de santé universitaires et Association canadienne des soins de santé. 2008. *Innovative Health Infrastructure*.
- ¹⁰² British Columbia Health Coalition et coll. Décembre 2005. *Re-establishing a Federal Role in Hospital Infrastructure Finance*. Document de travail.
- ¹⁰³ Centre canadien de politiques alternatives (CCPA). 2009. Budget fédéral alternative de 2009: *Beyond the Crisis*; Stanford, Jim. 28 novembre 2003. « Paul Martin, the Deficit, and the Debt: Taking Another Look » dans Budget fédéral alternative de 2004. CCPA.
- ¹⁰⁴ Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*.
- ¹⁰⁵ Elledge, John. Janvier 2008/décembre 2007. « What are they hiding? There is so much secrecy over PFI contracts that no-one knows if they make financial sense – perhaps not even the government. Why aren't things more open? » dans *Public Private Finance*.
- ¹⁰⁶ Burger, Philippe et coll. Juillet 2009. *The Effects of the Financial Crisis on Public-Private Partnerships*. Document de travail du Fonds monétaire international (FMI).
- ¹⁰⁷ Coalition ontarienne de la santé. 18 juin 2007. *North Bay Hospital Cover-up Tactics*. <http://www.web.net/~ohc/P3s/MediaReleaseNorthBayHughMackenzie.pdf> (téléchargé le 17 octobre 2008); Coalition ontarienne de la santé. 9 mai 2007. *Brampton P3 Hospital: Disclosed Documents on Costs Background*.
- ¹⁰⁸ Burgess, David F. et Glenn P. Jenkins (éd.). 2009. *Discount Rates for Evaluation of Public Private Partnerships*; Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 72.
- ¹⁰⁹ Vérificateur général du Québec. Juin 2010. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 – Rapport spécial portant sur la vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*. Faits saillants.
- ¹¹⁰ Vérificateur général du Québec. 18 novembre 2009. Communiqué 5 – *Le vérificateur général livre les conclusions de sa vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Partenariats public-privé*;

- Dougherty, Kevin. 20 novembre 2009. « PPP hospitals go ahead; Quebec auditor-general warned that cost-evaluation process was flawed » dans *Montreal Gazette*; Dougherty, Kevin. 10 novembre 2009. « Recommendation for PPP superhospitals was skewed: auditor-general » dans *Montreal Gazette*.
- ¹¹¹ Vérificateur général de l'Ontario. 2008. *Rapport annuel*. Chapitre 3; Parks, Ronald H. et Rosanne E. Terhart. 5 janvier 2009. *Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology*; Fussell, Heather et Charley Beresford. Juin 2009. *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance. The Columbia Institute.
- ¹¹² Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 108.
- ¹¹³ Auerbach (2007) dans Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 108.
- ¹¹⁴ Le taux d'escompte donne l'impression de baisser le coût du PPP, principalement en raison du fait que le PPP est supposé assumer tous les risques associés au projet (ou conformément aux stipulations du contrat). Parks, Ronald H. et Rosanne E. Terhart. 5 janvier 2009. *Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology*. Document préparé pour le SCFP.
- ¹¹⁵ Shaffer, Marvin. Novembre 2009. *Review of Partnerships BC's Methodology for Quantitative Procurement Options: Discussion Draft – Août 2009. Document préparé pour le SCFP*.
- ¹¹⁶ Murray (2006) dans Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 110.
- ¹¹⁷ Davis, Heather Greenwood. 30 mai 2008. « P3 in the balance: Weighing the pros and cons of private-public-partnerships » dans *L'expert (Report on Business)*; Fussell, Heather et Charley Beresford. Juin 2009. *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance. The Columbia Institute.
- ¹¹⁸ Shaffer, Marvin. Novembre 2009. *Review of Partnerships BC's Methodology for Quantitative Procurement Options: Discussion Draft – Août 2009. Document préparé pour le SCFP*.
- ¹¹⁹ Vérificateur général du Québec. 18 novembre 2009. Communiqué 5 – *Le vérificateur général livre les conclusions de sa vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Partenariats public-privé*; Dougherty, Kevin. 20 novembre 2009. « PPP hospitals go ahead; Quebec auditor-general warned that cost-evaluation process was flawed » dans *Montreal Gazette*; Dougherty, Kevin. 10 novembre 2009. « Recommendation for PPP superhospitals was skewed: auditor-general » dans *Montreal Gazette*.
- ¹²⁰ Vérificateur général du Québec. Juin 2010. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 – Rapport spécial portant sur la vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*. Faits saillants.
- ¹²¹ Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 108.
- ¹²² Murray (2006) dans Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 110.
- ¹²³ Whitfield, Dexter. 10 décembre 2009. « Profiteering from public private partnerships » sur www.guardianpublic.co.uk.
- ¹²⁴ Murray (2006) dans Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 110.
- ¹²⁵ Dougherty, Kevin. 18 mars 2010. « Quebec pushes ahead with superhospitals as PPPs; Province on hook for \$5M after key bidder drops out » dans *Montreal Gazette*.
- ¹²⁶ Hamel, Pierre J. 3 mars 2010. *Un hôpital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué*. Institut national de recherche scientifique (INRS), Montréal dans Gaudreau, Valérie. 3 mars 2010. « L'Hôtel-Dieu de Québec : un PPP trop risqué » sur www.cyberpresse.ca.
- ¹²⁷ Schachter, Harvey. Janvier-février 2009. « The Polarizing Potential of PPPs » dans *Canadian Healthcare Manager*.
- ¹²⁸ Gosling, Paul. Septembre 2008. *The rise of the public services industry*. UNISON; Milne, Seumas. 1 juillet 2009. « A culture of corruption has seeped far into government » dans *The Guardian*.
- ¹²⁹ Vérificateur général du Québec. Juin 2010. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 – Rapport spécial portant sur la vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*. Faits saillants.
- ¹³⁰ Lacoursière, Ariane. 22 décembre 2010. « CHUM en PPP : la neutralité du groupe mise en question » dans *La Presse*.
- ¹³¹ Gilbert, Richard. 15 juillet 2009. « Alberta study recommends limited use of public private partnerships » dans *Daily Commercial News and Construction Record*; Weatherbe, Steve. 16 juin 2008. « The Construction Industry's Case Against P3s » dans *The Business Examiner*; BC Health Coalition. 8 octobre 2008. *The corporation behind Abbotsford's new Hospital*; Davis, Heather Greenwood. 30 mai 2008. « P3 in the balance: Weighing the pros and cons of private-public-partnerships » dans *L'expert (Report on Business)*; Ramsay, Charles-Albert. 6 septembre 2008. « La formule PPP exige que tous s'adaptent » dans *Les Affaires* 66.
- ¹³² Armstrong, Pat, Hugh Armstrong et Krista Scott-Dixon. 2008. *Critical to Care: The Invisible Women in Health Services*. University of Toronto Press; UNISON. Juillet 2008. « Migrant workers exploited on PFI site » dans *Positively Public Briefing*; Pollak, Nancy, Marcy Cohen et Jane Stinson. 27 avril 2005. *The Pains of Health Care Privatization*. Centre

- canadien de politiques alternatives; Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 2008. *About Canada: Health Care*. Fernwood Publishing.
- ¹³³ Gilbert, Richard. 15 juillet 2009. « Alberta study recommends limited use of public private partnerships » dans *Daily Commercial News and Construction Record*.
- ¹³⁴ Weatherbe, Steve. 16 juin 2008. « The Construction Industry's Case Against P3s » dans *The Business Examiner* (Vancouver).
- ¹³⁵ BC Health Coalition. 8 octobre 2008. *The corporation behind Abbotsford's new Hospital*.
- ¹³⁶ Ramsay, Charles-Albert. 6 septembre 2008. « La formule PPP exige que tous s'adaptent » dans *Les Affaires* 66.
- ¹³⁷ Express and Star. 9 octobre 2008. « Carillion's delight at 205m boost » sur www.expressandstar.com.
- ¹³⁸ Ordre des architectes de l'Ontario dans Fussell, Heather et Charley Beresford. Juin 2009. *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance, une initiative du Columbia Institute.
- ¹³⁹ *Les Affaires*. 6 septembre 2008. « Mega-Hospitals "Carbon Copies" from England? »
- ¹⁴⁰ Melnitzer, Julius. 1 décembre 2010. « The pipeline of P3 deals may slow; Unease appears » dans *National Post*.
- ¹⁴¹ Pollock dans Sandborn, Tom. 12 novembre 2008. « Top Private Health Player in BC Slammed for 'Windfall' Profits » sur TheTye.ca.
- ¹⁴² Coalition ontarienne de la santé. 7 janvier 2008. *When Public Relations Trump Public Accountability*. p. 31. <http://www.web.net/~ohc/jan08report%20final.pdf> (téléchargé le 15 octobre 2008).
- ¹⁴³ Silversides, Ann. Octobre 2008. « Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave » dans *Canadian Medical Association Journal*.
- ¹⁴⁴ SCFP National. 26 août 2008. *La privatisation enlève les travailleurs des métiers et de l'entretien aux hôpitaux de l'Okanagan*. <http://scfp.ca/soins-de-sante/La-privatisation-enl> (téléchargé le 1^{er} octobre 2008).
- ¹⁴⁵ Sandborn, Tom. 12 novembre 2008. « Top Private Health Player in BC Slammed for 'Windfall' Profits » sur TheTye.ca.
- ¹⁴⁶ Hellowell, Mark. 2008. *Written evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment*. The Centre for International Public Health Policy.
- ¹⁴⁷ Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 110.
- ¹⁴⁸ Whitfield, Dexter. 10 décembre 2009. « Profiteering from public private partnerships » sur www.guardianpublic.co.uk.
- ¹⁴⁹ Whitfield, Dexter. Octobre 2008. « Privatization and P3s in Britain: Impacts and Strategies ». Présentation au congrès du SCFP Nouveau-Brunswick.
- ¹⁵⁰ UNISON. Juillet 2008. « Migrant workers exploited on PFI site » dans *Positively Public Briefing*.
- ¹⁵¹ Coalition ontarienne de la santé. 7 janvier 2008. *When Public Relations Trump Public Accountability*. <http://www.web.net/~ohc/jan08report%20final.pdf> (téléchargé le 15 octobre 2008). p. 9.
- ¹⁵² Silversides, Ann. Octobre 2008. « Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave » dans *Canadian Medical Association Journal*.
- ¹⁵³ SCFP National. 3 janvier 2007. « Des militants remportent une victoire contre un hôpital en PPP » sur www.scfp.ca (téléchargé le 15 septembre 2008).
- ¹⁵⁴ SCFP. 27 septembre 2007. *Les services de nettoyage ne seront pas privatisés aux hôpitaux en PPP d'Okanagan*.
- ¹⁵⁵ Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 2008. *About Canada: Health Care*. Fernwood Publishing. p. 126; BC Health Coalition. Février 2005. « Fact Sheet on Health Care Privatization in BC » sur www.bchealthcoalition.ca.
- ¹⁵⁶ Pollak, Nancy, Marcy Cohen et Jane Stinson. 27 avril 2005. *The Pains of Health Care Privatization*. Centre canadien de politiques alternatives.
- ¹⁵⁷ Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 2008. *About Canada: Health Care*. Fernwood Publishing. p. 130; section locale 470 du SEFPO. 22 juin 2007. *Risky Business: The Royal Ottawa Mental Health Centre: Ontario's first P3 hospital*; section locale 479 du SEFPO. Novembre 2007. *Risky Business II: Hidden costs, security breaches, poor design, two-tier delivery and very expensive water: one year later at the secretive Royal Ottawa Mental Health Centre, Ontario's first P3 Hospital*.
- ¹⁵⁸ Statistique Canada. 2008. *Revue chronologique de la population active*.
- ¹⁵⁹ Armstrong, Pat, Hugh Armstrong et Krista Scott-Dixon. 2008. *Critical to Care: The Invisible Women in Health Services*. Université de Toronto Press. p. 41.
- ¹⁶⁰ UNISON. Juillet 2008. « Migrant workers exploited on PFI site » dans *Positively Public Briefing*.
- ¹⁶¹ Alberta Federation of Labour. 2009. *Temporary Foreign Workers: Entrenching Exploitation*.
- ¹⁶² Pollak, Nancy, Marcy Cohen et Jane Stinson. 27 avril 2005. *The Pains of Health Care Privatization*. Centre canadien de politiques alternatives.
- ¹⁶³ Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 2008. *About Canada: Health Care*. Fernwood Publishing. p. 127.
- ¹⁶⁴ Vérificateur général de l'Ontario. 2008. *Rapport annuel*. Chapitre 3.
- ¹⁶⁵ SEH. Décembre 2005. *HEU Report on the Abbotsford Regional Hospital et Cancer Centre "Achieving Value for Money" Report*. Sommaire.
- ¹⁶⁶ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Mars 2004. « Myth: For-Profit Ownerships of Facilities Would Lead to a More Efficient Healthcare System » dans Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 2008. *About Canada: Health Care*. Fernwood Publishing. p. 123.
- ¹⁶⁷ Silversides, Ann. 3 novembre 2008. « Public-private partnerships, part 2: calculations of risk » dans *Canadian Medical Association Journal* 179(10); 5 mars 2008. « New hospital won't be a P3 project; PCH board pleased to hear from premier that facility will be built in a traditional manner » dans *Grande Prairie Daily Herald-Tribune*. Alberta.

- ¹⁶⁸ Mehra, Natalie. 10 décembre 2007. *The Pulse: Update: Brampton P3 Hospital Target of Massive Community Unrest*. Coalition ontarienne de la santé.
- ¹⁶⁹ Shrybman (2007) dans Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 109.
- ¹⁷⁰ Schachter, Harvey. Janvier-février 2009. « The Polarizing Potential of PPPs » dans *Canadian Healthcare Manager*.
- ¹⁷¹ Pollock dans Silversides, Ann. 3 novembre 2008. « Public-private partnerships, part 2: calculations of risk » dans *Canadian Medical Association Journal* 179(10).
- ¹⁷² Shrybman (2007) dans Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 109.
- ¹⁷³ ALENA = Accord de libre-échange nord-américain; AGCS = Accord général sur le commerce des services.
- ¹⁷⁴ Shrybman, Steven. 2002. « Public-Private Partnerships: Assessing the Risks Associated with International Investment and Services Treaties » dans Fussell, Heather et Charley Beresford. Juin 2009. *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance, une initiative du Columbia Institute. p. 68.
- ¹⁷⁵ Armstrong, Pat, Hugh Armstrong et Krista Scott-Dixon. 2008. *Critical to Care: The Invisible Women in Health Services*. Université de Toronto Press. Pages 77 et 44.
- ¹⁷⁶ Pollak, Nancy, Marcy Cohen et Jane Stinson. 27 avril 2005. *The Pains of Health Care Privatization*. Centre canadien de politiques alternatives.
- ¹⁷⁷ Carvel, John. 5 février 2008. « Hospital gets censure for serious breach of hygiene code » dans *The Guardian*.
- ¹⁷⁸ Harris, John. 28 juillet 2009. « We're outsourcing the future » dans *The Guardian*.
- ¹⁷⁹ Mehra (2005) dans Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 107.
- ¹⁸⁰ Section locale 479 du SEFPO. Novembre 2007. *Risky Business II*.
- ¹⁸¹ Section locale 479 du SEFPO. 22 juin 2007. *Risky Business: The Royal Ottawa Mental Health Centre: Ontario's first P3 hospital* et la section locale 479 du SEFPO. Novembre 2007. *Risky Business II: Hidden costs, security breaches, poor design, two-tier delivery and very expensive water: one year later at the secretive Royal Ottawa Mental Health Centre, Ontario's first P3 Hospital*.
- ¹⁸² Watkinson, Brian. Avril 2008. « P3s For You and Me? » dans *Canadian Architect*.
- ¹⁸³ Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 107.
- ¹⁸⁴ McKee et coll. (2006) dans Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 111.
- ¹⁸⁵ Vérificateur général du Québec. Juin 2010. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 – Rapport spécial portant sur la vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*. Faits saillants.
- ¹⁸⁶ Vérificateur général du Québec. 18 novembre 2009. Communiqué 5 – *Le vérificateur général livre les conclusions de sa vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Partenariats public-privé*; Dougherty, Kevin. 20 novembre 2009. « PPP hospitals go ahead; Quebec auditor-general warned that cost-evaluation process was flawed » dans *Montreal Gazette*; Dougherty, Kevin. 10 novembre 2009. « Recommendation for PPP superhospitals was skewed: auditor-general » dans *Montreal Gazette*.
- ¹⁸⁷ Watkinson, Brian. Avril 2008. « P3s For You and Me? » dans *Canadian Architect*.
- ¹⁸⁸ Ramsay, Charles-Albert. 6 septembre 2008. « La formule PPP exige que tous s'adaptent » dans *Les Affaires* 66.
- ¹⁸⁹ Ramsay, Charles-Albert. 6 septembre 2008. « La formule PPP exige que tous s'adaptent » dans *Les Affaires* 66.
- ¹⁹⁰ Roy, Johanne. 22 juin 2010. « The CHUQ wants to drop the PPP » dans *Health News*.
- ¹⁹¹ Hamel, Pierre J. (2010, March 3). « Un hôpital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué » National Institute of Scientific Research (INRS). Montréal dans Gaudreau, Valérie. (2010, March 3). « Hôtel-Dieu de Québec: PPP too risky. » Cyberpress.ca.
- ¹⁹² Ontario Association of Architects in Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance – an initiative of the Columbia Institute.
- ¹⁹³ Schachter, Harvey. (2009, Jan/Feb). The Polarizing Potential of PPPs. *Canadian Healthcare Manager*.
- ¹⁹⁴ Farrow, Tye S. and Stephen M. Black. (2009). « Infection Prevention and Control in the Design of Healthcare Facilities. » *Healthcare Papers: New Models for the New Healthcare*.
- ¹⁹⁵ Roy, Johanne. (2010, June 22). « The CHUQ wants to drop the PPP. » *Health News*.
- ¹⁹⁶ Hamel, Pierre J. 3 mars 2010. *Un hôpital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué*. Institut national de recherche scientifique (INRS), Montréal dans Gaudreau, Valérie. 3 mars 2010. « L'Hôtel-Dieu de Québec : un PPP trop risqué » sur www.cyberpresse.ca.
- ¹⁹⁷ Association canadienne des institutions de santé universitaires et Association canadienne des soins de santé. 2008. *Innovative Health Infrastructure*.
- ¹⁹⁸ Watkinson, Brian. Avril 2008. « P3s For You and Me? » dans *Canadian Architect*.
- ¹⁹⁹ Fussell, Heather et Charley Beresford. Juin 2009. *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance, une initiative du Columbia Institute. p. 82.

- ²⁰⁰ Aubin, Henry. 13 novembre 2008. « PQ's record on CHUM hospital is hardly reason to boast; Marois is right to criticize Charest's handling of the file, but hers wasn't much better » dans *Montreal Gazette*.
- ²⁰¹ Hamel, Pierre J. 3 mars 2010. *Un hôpital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué*. Institut national de recherche scientifique (INRS), Montréal dans Gaudreau, Valérie. 3 mars 2010. « L'Hôtel-Dieu de Québec : un PPP trop risqué » sur www.cyberpresse.ca.
- ²⁰² Zajac, Ronald. 4 juillet 2009. « Nurses union concerned about health centre closure » dans *The Kingston Whig-Standard*.
- ²⁰³ Zajac, Ronald. 4 juillet 2009. « Nurses union concerned about health centre closure » dans *The Kingston Whig-Standard*.
- ²⁰⁴ Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 107.
- ²⁰⁵ BC Health Coalition. 28 août 2008. *Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget*; Coalition ontarienne de la santé. 7 janvier 2008. *When Public Relations Trump Public Accountability*. <http://www.web.net/~ohc/jan08report%20final.pdf> (téléchargé le 15 octobre 2008)
- ²⁰⁶ Loxley, John et Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. p. 109.
- ²⁰⁷ Whitfield, Dexter. 10 décembre 2009. « Profiteering from public private partnerships » sur www.guardianpublic.co.uk.
- ²⁰⁸ Coalition ontarienne de la santé. 31 janvier 2009. « Lessons from Niagara Health System Restructuring Plan and Process » sur le site Web de l'Coalition ontarienne de la santé; 13 juillet 2009. « Toll-free hospital complaint line launched this week » dans *The Times, Fort Erie*; McMurrin, Fiona. 19 mai 2009. « Video of protest, arrests at Ontario hospital raises questions » sur le site Web *Public Values*.
- ²⁰⁹ Coalition ontarienne de la santé. 31 janvier 2009. « Lessons from Niagara Health System Restructuring Plan and Process » sur le site Web de la Coalition ontarienne de la santé.
- ²¹⁰ McMurrin, Fiona. 19 mai 2009. « Video of protest, arrests at Ontario hospital raises questions » sur le site Web *Public Values*.
- ²¹¹ HEU Guardian. Printemps 2008. « North Island coalition scores recent victory ».
- ²¹² Fussell, Heather et Charley Beresford. Juin 2009. *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance. The Columbia Institute.
- ²¹³ Derfel, Aaron. 9 décembre 2009. « Superhospital's cost might double; Projected at \$800M in the 1990s; MUHC dismisses report of soaring price tag as rumour » dans *Montreal Gazette*.
- ²¹⁴ Gordon, Sean. 18 août 2010. « Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital... » dans *The Globe and Mail*.
- ²¹⁵ Roy, Johanne. 22 juin 2010. « The CHUQ wants to drop the PPP » dans *Health News*.
- ²¹⁶ Mackenzie, Hugh. Octobre 2004. *Financing Canada's Hospitals: Public Alternatives to P3s*.
- ²¹⁷ Vogel, Lauren. 17 juin 2010. « Quebec Auditor General again slags public-private partnerships » dans *Canadian Medical Association Journal*.
- ²¹⁸ Voice of America news. 14 août 2009. « Obama Takes Health care reform message to Western US ».
- ²¹⁹ Le Conseil Canadien pour les Partenariats Public-Privé. (2000, 2001). *100 Projects: Selected P3s Across Canada. Abstracts*. Co-parrainé par Industrie Canada.
- ²²⁰ Jaques, Tim. 12 décembre 2007. «New psych hospital coming.» *Tribune NB*.
- ²²¹ Conseil Canadien pour les Partenariats Public-Privé. 3 janvier 2011. Données du site Web. La plupart de l'information inscrit aux tableaux provient de ce site Web à moins d'avis contraire.
- ²²² Gordon, Sean. (2010, August 18). «Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital...» *The Globe and Mail*.
- ²²³ 30 novembre 2010. «CHUM: Quebec still committed to a PPP.» www.cyberpress.ca.
- ²²⁴ Vérificateur général du Québec. (2009) « Projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal. Faits saillants. »
- ²²⁵ Critchley, Barry. 25 mai 2010. «P3 backs research centre.» *National Post*.
- ²²⁶ Roy, Johanne. 22 juin 2010. «The CHUQ wants to drop the PPP.» *Health News*.
- ²²⁷ Gordon, Sean. 18 août 2010. « Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital... » dans *The Globe and Mail*.
- ²²⁸ Gordon, Sean. 18 août 2010. « Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital... » dans *The Globe and Mail*.
- ²²⁹ Vérificateur général du Québec. 2009. *Projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Faits saillants*.
- ²³⁰ Ravensbergen, Jan. 18 juin 2010. « Jewish General to build new ER by 2012 » dans *Montreal Gazette*.
- ²³¹ En capitaux seulement. Plus de 3 milliards en incluant les coûts des services privés et les intérêts. Coalition ontarienne de la santé. 6 juin 2008. *New Public Peterborough Hospital Opening Sunday: OHC Report Shows Costs Dramatically Lower than P3 Hospitals*.
- ²³² Dexter, Brian. 10 mai 2003. « Hospital blazes a trail in complex care » dans *Toronto Star*.
- ²³³ Hendry, Luke. 4 janvier 2011. « With red ink history, QHC looks to 2011 » dans *The Belleville Intelligencer*.
- ²³⁴ Stewart, John. 8 mai 2009. « Exciting day as Trillium opens new wing » dans *Metroland-Mississauga Division*.
- ²³⁵ Dobson, Cathy. 29 juin 2010. « New era in local health care » dans *The Sarnia Observer*.
- ²³⁶ Site Web de Bluewater Health. Janvier 2006.
- ²³⁷ Dobson, Cathy. 29 juin 2010. « New era in local health care » dans *The Sarnia Observer*.
- ²³⁸ 28 octobre 2005. « Financing of Oxford hospital faces vote » dans *London Free Press*.
- ²³⁹ Calis, Kristen. 18 février 2011. « Ajax-Pickering hospital officially expands » dans *Pickering News Advertiser*.

- ²⁴⁰ Nease, Kristy. 12 juin 2010. « Montfort Hospital bigger and stronger; \$300M health-care expansion complete » dans *Ottawa Citizen*.
- ²⁴¹ Nease, Kristy. 12 juin 2010. « Montfort Hospital bigger and stronger; \$300M health-care expansion complete » dans *Ottawa Citizen*.
- ²⁴² Hewitt, Katie. 3 septembre 2010. « Sunnybrook opens \$188-million maternity wing » dans *The Globe and Mail*.
- ²⁴³ Toth, Christina. 12 septembre 2008. « Time for patients, not patience; Two-decade waiting game is over » dans *Abbotsford Times*.
- ²⁴⁴ BC Health Coalition. 28 août 2008. *Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget*.
- ²⁴⁵ Blair, Mackay et Mynett. 5 janvier 2009. *Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology*. Préparé pour le SCFP C.-B. (Ron Parks et Rosanne Terhart).
- ²⁴⁶ Gilbert, Richard. 25 février 2009. « CUPE study finds P3s more expensive » dans *Journal of Commerce*.
- ²⁴⁷ 22 février 2011. « Open houses planned at Royal Jubilee tower » dans *Times Colonist* (Victoria).
- ²⁴⁸ McCracken, Erin. 31 décembre 2010. « 2011: Year of ballots... » dans *Victoria News*.
- ²⁴⁹ 22 février 2011. « Open houses planned at Royal Jubilee tower » dans *Times Colonist* (Victoria).
- ²⁵⁰ Wikipédia. Août 2009. Centracare (hôpital); Conseil canadien des partenariats public-privé. 2000, 2001. *100 Projects: Selected P3s Across Canada. Abstracts*. Cocommandité par Industrie Canada.
- ²⁵¹ Coalition ontarienne de la santé. 7 janvier 2008. « Specifics of cost overruns, service cuts and cover-up in the Brampton Hospital P3 » dans *Public Values*.
- ²⁵² Dobson, Cathy. 10 juillet 2010. « Bradley blasts LHIN for ER cuts at Petrolia's CEE » dans *The London Free Press*.
- ²⁵³ Coalition ontarienne de la santé. Novembre 2008. *Risky Promises, Uncertain Future: Preliminary Analysis of Plans for Centralization of Hospital Services in Niagara: Discussion Paper*.
- ²⁵⁴ Bradley, Lara. 15 décembre 2009. « Sudbury hospital gets welcome funds » dans *The Sault Star*.
- ²⁵⁵ BC Health Coalition. 28 août 2008. *Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget*.
- ²⁵⁶ BC Health Coalition. 28 août 2008. *Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget*.
- ²⁵⁷ VGH and UBC Hospital Foundation. 16 juillet 2007. *Overhaul of Vancouver General Hospital Emergency Department Complete*.
- ²⁵⁸ Watts, Richard. 15 janvier 2011. « Patients flood island hospitals » dans *Times Colonist* (Victoria).

Références

- Vérificateur général de l'Ontario. (2008). *Rapport annuel*. Chapitre Trois.
- Vérificateur général du Québec. Juin 2010. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 – Rapport spécial portant sur la vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal*. Faits saillants.
- Vérificateur général du Québec. 18 novembre 2009. Communiqué 5 – *Le vérificateur général livre les conclusions de sa vigie relative aux projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Partenariats public-privé*.
- Auerbach, Lewis. Donner, Arthur. Peters, Douglas D., Townson, Monica, et Armine Yalnizyan. Novembre 2003. "Funding Hospital Infrastructure: Why P3s Don't Work, and What Will." *Canadian Centre for Policy Alternatives*.
- BC Health Coalition. 28 août 2008. "Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget."
- Site Web du Conseil Canadien des Partenariats Public-Privé.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*. Mars 2004. « Mythe : Les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace »
- Cuthbert, Jim et Margaret Cuthbert. Mars 2008. "The Implications of Evidence Released Through Freedom of Information on the Projected Returns from the New Royal Infirmary of Edinburgh and Certain Other PFI Schemes"
- Edwards, Chris. Juin 2009. Étude de cas "Private Gain and Public Loss; the Private Finance Initiative (PFI) and the Norfolk and Norwich University Hospital (NNUH)" *Université de East Anglia*.
- Elledge, John. Janvier 2008/Décembre 2007. "What are they hiding? There is so much secrecy over PFI contracts that no-one knows if they make financial sense – perhaps not even the government. Why aren't things more open?" *Public Private Finance*.
- Fussell, Heather et Charley Beresford. Juin 2009. *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance – an initiative of the Columbia Institute.
- Gilbert, Richard. 25 février 2009. "CUPE study finds P3s more expensive." *Journal of Commerce*.
- Hall, David. Janvier 2009. "A crisis for public-private partnerships (PPPs)?" Public Services International Research Unit (PSIRU), Université de Greenwich. Londres. R.U.
- Hamel, Pierre J. 3 mars 2010. "Un hôpital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué » Institut national de la recherche scientifique (INRS). Montréal dans Gaudreau, Valérie. 3 mars 2010. « Hôtel-Dieu de Québec: PPP too risky." Cyberpress.ca.
- Hellowell, Mark. 2008. "Written evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment." *The Centre for International Public Health Policy*.
- Loxley, John avec Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg.

-
- Mackenzie, Hugh. Juin 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*.
- Mackenzie, Hugh. Octobre 2004. "Financing Canada's Hospitals: Public Alternatives to P3s."
- Mooney, Helen. 18 juin 2010. "News: Audit Office says government should renegotiate PFI contracts to get better value for money." *British Medical Journal*. 340:c3277.
- Ontario Health Coalition. 7 janvier 2008. When Public Relations Trump Public Accountability. <http://www.web.net/~ohc/jan08report%20final.pdf> (téléchargé le 15 octobre 2008)
- Parks, Ronald H. et Rosanne E. Terhart. 5 janvier 2009. "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology."
- Pollack, Allyson. 11 juin 2008. "Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market." *The Guardian*.
- Ramsay, Charles-Albert. "Engineers. The PPP formula requires everybody to adapt themselves to it." *Les Affaires. Issues*. Saturday, September 6, 2008: 66
- Schachter, Harvey. Janvier/février 2009. The Polarizing Potential of PPPs. *Canadian Healthcare Manager*.
- Shaffer, Marvin. Novembre 2009. "Review of Partnerships BC's Methodology for Quantitative Procurement Options: Discussion Draft – Août 2009. Document préparé pour le SCFP"
- Silversides, Ann. Octobre 2008. "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." *Canadian Medical Association Journal*. 3 novembre 2008. "Public-private partnerships, part 2: calculations of risk." *Canadian Medical Association Journal*. 179 (10).
- UNISON. Juin 2009. "Reclaiming the Initiative: Putting the Public Back into PFI."
- Watkinson, Brian. Avril 2008. "P3s For You and Me?" *Canadian Architect*.
- Whitfield, Dexter. 2010. *Global Auction of Public Assets*. Spokesman. England.