

PARTENARIATS PUBLIC – PRIVE

Compte-rendu et remarques sur la matinée du 24 mars 2012 à Aubagne

CONTEXTE

1973 – Instauration de l'interdiction pour l'Etat et les services publics d'emprunter à la Banque de France ou à la Caisse des Dépôts et consignations d'où obligation de recourir aux banques privées.

1992 – Traité de Maastricht et directives européennes ouvrant les services publics à la concurrence, y compris l'éducation et la santé.

Depuis cette date et sous l'impulsion de gouvernements libéraux, l'encadrement de plus en plus rigoureux du budget de la Santé et l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) contraignent les hôpitaux publics :

- à subir des déficits servant de prétexte aux décisions, imposées par les Agences Régionales de Santé, de fermeture de lits, de services et de sites, sans possibilité d'expression démocratique pour les usagers, les personnels et les élus, en application de la Loi HPST
- à devoir emprunter, générant des charges financières supplémentaires qui viennent aggraver les déficits.

Ces difficultés, délibérément orchestrées pour fragiliser et dénigrer le service public de santé vont permettre au secteur privé de s'infiltrer en profitant des possibilités résultant des modifications successives de la législation et notamment de la Loi HPST.

Contrats de partenariat relatifs au financement d'investissements

Mis en avant par les autorités sanitaires dans ce contexte de réduction, voire de disparition progressive des capacités d'autofinancement des établissements publics de santé, ils sont présentés comme un moyen d'investir plus sûr, plus rapide et moins coûteux.

L'exemple, entre autres, de la réalisation du Centre Hospitalier Sud-Francilien, pointé par la Cour des Comptes, et ceux de plusieurs exemples de Bretagne, tous présentés en séance, démentent de façon incontestable ces affirmations.

En conséquence, la Coordination :

- Est opposée à ce type de contrat et aux baux emphytéotiques qui y sont associés,
- Constate qu'il aggrave les difficultés financières des hôpitaux et les place, en fin de bail dans l'impossibilité de renouveler ou simplement d'entretenir les équipements ainsi créés,
- Considère que la maîtrise d'ouvrage doit être pleinement assurée par l'établissement porteur.

Partenariats résultant de contrats de délégation de missions ou de services.

Les difficultés budgétaires évoquées plus haut conduisent les directeurs d'hôpitaux à rechercher des économies, à considérer les dépenses de personnel comme une variable d'ajustement d'où des recours de plus en plus nombreux à l'externalisation pour l'hôtellerie, la restauration, le nettoyage des locaux, la gestion des parkings, l'affacturage, le laboratoire...

Les hôpitaux se trouvent, de ce fait, placés en situation de dépendance sans que cela améliore visiblement leur situation financière ni que cela garantisse une qualité de prestation équivalente à ce qui était auparavant exécuté en interne.

La coordination considère que ces missions et services doivent rester sous gestion publique et être assortis de financements correspondants aux besoins réels.

Partenariats résultant de groupements de coopération sanitaire.

Dans un rapport de 2011, transmis au parlement en vue de la préparation du PLFSS 2012, la Cour des Comptes pointe le fait que, dans nombre de coopérations qui lient un hôpital public à un acteur de santé privé, les charges de fonctionnement, les risques financiers liés à l'investissement, à la sous activité, aux impayés et parfois les recettes d'activité font l'objet d'une répartition déséquilibrée, au détriment de l'hôpital public. Dans un certain nombre de cas, ces groupements se traduisent par un quasi subventionnement du privé dont la pérennité est parfois incertaine, surtout lorsqu'elles sont gérées par des fonds de pension.

Il ressort de ces constats que la volonté latente d'accroître la part des acteurs privés dans les structures de soins conduit les autorités sanitaires à leur consentir des rentes de situation au détriment de l'hôpital public pour faciliter l'aboutissement de ces groupements. Le partenaire privé n'étant pas astreint aux contraintes du service public, ces groupements peuvent en outre se révéler préjudiciables aux usagers pour ce qui concerne le coût des soins.

La Coordination considère que la réponse aux besoins de santé des territoires doit passer prioritairement par des structures publiques, disposant des moyens financiers, techniques et humains nécessaires à l'exercice de leurs missions, le cas échéant, par des structures privées à but non lucratif sous réserve qu'elles aient les mêmes obligations.

En conclusion, estimant anormal que la tarification à l'activité permette au privé de dégager des bénéfices et de financer ses investissements alors qu'elle entraîne déficits et incapacités de financement dans les établissements publics, elle demande :

- la révision du dispositif de financement des hôpitaux,
- l'affectation exclusive des subventions d'équipement aux structures de droit public,
- la création d'une structure publique pour l'aide au financement des investissements
- Que le dispositif de financement des hôpitaux publics leur permettent de dégager les ressources nécessaires à l'entretien et au renouvellement de leurs investissements.

AUBAGNE, le 24 mars 2012.