

Plaidoyer pour l'abandon des Partenariats Public/Privé Hospitaliers



Etude réalisée par la branche santé de la Fédération

FÉDÉRATION DES SERVICES PUBLICS ET DE SANTÉ
FORCE OUVRIÈRE
153-155 rue de Rome
75017 PARIS

Préambule

Près de 11 années se sont écoulées depuis la parution de l'ordonnance du 4 septembre 2003 instaurant la mise en œuvre de projets en **Bail Emphytéotique Hospitalier (BEH)**, une des formes de partenariat public privé (PPP) dans le secteur de la santé, à côté du contrat de partenariat.

Depuis près de quatre ans, ces nouveaux établissements ont vu le jour, avec, pour certains, de gros problèmes financiers à la clef.

Ce délai nous a paru significatif pour établir un premier bilan de ces nouvelles procédures, bien différentes des procédures classiques (Maîtrise d'Ouvrage Public).

Pour rappel, notre Fédération ainsi que notre Confédération revendiquent la dénonciation des baux emphytéotiques afin de lutter contre le démantèlement de l'hôpital public et l'accélération de sa privatisation.

La relance annoncée en mai 2013 de l'investissement hospitalier à hauteur de 45 milliards sur les 10 prochaines années renforce cette revendication, à la fois pour dénoncer les BEH existants mais aussi pour ne plus y recourir.

Ce bilan se fonde sur l'analyse des 4 projets BEH, entièrement construits selon cette nouvelle procédure : l'hôpital Sud francilien à Evry, la cité sanitaire de Saint Nazaire, l'hôpital Alpes-Leman à Annemasse, l'hôpital Pierre Oudot à Bourgoin Jailleu.

Nous remercions les syndicats FO de ces 4 établissements qui ont bien voulu répondre rapidement à notre questionnaire pour réaliser ce document qui prouve que la construction d'établissements sous PPP n'améliore pas le service public et que ces contrats « vertueux » sont des contrats « pernicieux » :

- Les PPP remettent en cause les statuts des personnels.
- Les PPP détériorent les conditions de travail.
- Les PPP acculent à des diminutions de séjours dangereuses pour la santé des patients.
- Les PPP permettent aux entreprises privées de réaliser des profits considérables.

La récente décision (mars 2014) de rachat du PPP du Sud Francilien constitue un point d'appui pour revendiquer l'abandon définitif des PPP de tous les BEH.

Qu'est-ce qu'un PPP hospitalier ?

Quelle que soit la forme juridique du contrat (bail emphytéotique administratif, bail emphytéotique hospitalier ou contrat de partenariat) les PPP ont des caractéristiques communes :

- un contrat administratif de longue durée, attributif de droits réels pour le titulaire du contrat ;
- un objet limité à l'accomplissement d'une mission de service public ou une opération d'intérêt général relevant du champ de compétence de l'établissement :
 - une maîtrise d'ouvrage privée
 - un financement privé, dont la contrepartie est le paiement par la personne publique d'un loyer sur toute la durée du contrat.

L'EXPERIENCE DES PARTENARIATS PUBLIC PRIVE AU ROYAUME UNI

En 1990, le secteur privé se voit confier la conception, la construction, la rénovation, l'entretien et la gestion des hôpitaux. En 1991, c'est le tour des infrastructures carcérales.

L'année suivante est lancée la Private Finance Initiative (PFI) couvrant tous les secteurs. Son objet est de concilier 3 ambitions :

- 1 augmenter la capacité du financement du secteur public,
- 2 améliorer la qualité des infrastructures et des services publics,
- 3 diminuer la dépense publique.

Après un grand succès, des échecs retentissants ont conduit à reconsidérer la politique des PPP.

Pour les hôpitaux, l'intangibilité du contrat a fait obstacle à la prise en compte des évolutions sanitaires. Cette rigidité, comme l'absence de suivi des coûts par les administrations ont amené le gouvernement Cameron à limiter et à réorienter le recours à cette procédure vers des investissements et des missions du service public stables dans la durée.

Le problème, c'est que ces hôpitaux croulent sous la charge annuelle des rembourse-

ments. Outre l'avidité de leurs actionnaires, ils doivent en effet supporter des emprunts contractés à des taux d'intérêt supérieurs à ceux qu'aurait pu obtenir l'Etat britannique. Ils sont donc contraints de réduire leurs effectifs : 12.000 lits ont dû être fermés depuis 1997.

Au niveau de la prise en charge des patients, on assiste à une standardisation des soins, à l'augmentation des listes d'attente pour se faire opérer.

Un cercle vicieux, puisque le budget alloué à chaque hôpital est lié au nombre de patients traités !

NAISSANCE DES PPP SOUS BEH

Le Plan Hôpital 2007 reposait sur le constat d'un retard important de modernisation des équipements hospitaliers. Son ambition (augmenter de 30 % l'effort d'investissement hospitalier) supposait la mobilisation d'emprunts dont les remboursements étaient facilités par des aides à l'exploitation.

Dans ce contexte de réduction des déficits publics imposés par la Troïka (FMI, Union Européenne et Banque Centrale Européenne), le recours aux partenariats public privé (PPP) qui, grâce à la mobilisation de capitaux privés étale la charge financière pour la collectivité publique, s'impose d'autant plus aisément que se développaient de nombreuses

expériences étrangères, accompagnées par de grands groupes français de travaux publics (Bouygues, Icade-Eiffage, etc..).

Les directeurs d'agences régionales d'hospitalisation (ARH) reçurent instruction par le ministère de les encourager : chacun devait proposer au moins un projet d'investissement conduit en partenariat public privé (PPP).

Au total, 18 régions ont retenu cette modalité de la commande publique et 24 projets se rattachant au Plan Hôpital 2007 ont été réalisés pour un montant de 613 millions €, sur un total d'investissements réalisés dans le cadre de ce plan de 15.9 milliards €.

« Nous sommes le premier pays européen en matière de PPP. »

Le recours à ce procédé ne touche pas que les hôpitaux : ainsi, le "Pentagone français" (ministère de la défense), au coût initial de 745 millions €, coûtera-t-il à terme près de 3,5 milliards €...

Plus de 500 contrats de ce type ont déjà été signés. La Banque européenne d'investissement a calculé que cela représentait 9 à 10 milliards €, soit 6 ou 7% de la commande publique dans l'Hexagone : « Nous sommes le premier pays européen en matière de PPP. »

Il faut savoir que dans ce procédé, la durée des contrats hospitaliers s'échelonne de 18 ans à 35 ans, avec des coûts de construction les plus élevés d'Europe.

En lançant le mot d'ordre, personne au ministère ou dans les ARH ne s'est posé la question de savoir comment on allait payer dans les 10 prochaines années les loyers des PPP.

Pourquoi une telle montée en puissance ?

Parce que ce montage permet à l'État et à des collectivités locales de plus en plus impécunieux de faire réaliser des infrastructures par des fonds privés. Concrètement, l'entreprise de BTP construit en grande partie à ses frais l'équipement. En contrepartie, elle perçoit sur une très longue durée (plusieurs dizaines d'années) un loyer payé par la puissance publique pour entretenir l'ouvrage.

Aujourd'hui, on bâtit sur ce modèle à peu près tout ce qu'on peut ima-

giner: des prisons, des stades, des piscines mais aussi des gendarmeries, des lignes de TGV...

Et la formule s'adapte aussi bien aux énormes contrats (plus de 7 milliards pour la ligne ferroviaire à grande vitesse Tours-Bordeaux) qu'à des opérations plus modestes (une dizaine de millions pour l'éclairage public d'une ville moyenne).

Les partenariats public-privé (PPP) issus du plan Hôpital 2007

Quatre projets portent sur la réalisation d'un hôpital complet ou sur des regroupements d'établissements

- . centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu (Isère) (141 M€) ;
- . centre hospitalier d'Annemasse-Bonneville, appelé Alpes-Léman (Haute-Savoie) (134,6 M€) ;
- . centre hospitalier Sud francilien (Essonne) (281,8 M€) ;
- . cité sanitaire de Saint-Nazaire (Loire-Atlantique) (280 M€).

Huit visent des augmentations de capacité en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ou/et des rénovations dans le domaine psychiatrique ou celui des soins de suite et de réadaptation :

- . centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise à Beaumont sur-Oise, (CHIPO) (Val d'Oise) (14 M€) ;
- . centre de soins des Tilleroyes, à Besançon (Doubs) (19 M€) ;
- . bâtiment femme-enfant-hématologie du centre hospitalier universitaire de Caen (Calvados) (94 M€) ;
- . pôle cardio-vasculaire du centre hospitalier René Dubos de Pontoise (Val d'Oise) (16,6 M€) ;
- . centre hospitalier de Poitiers (Vienne) ;
- . centre hospitalier de Rodez (Aveyron) ;
- . centre hospitalier de Saint-Menehould (Marne) ;
- . établissement public de santé psychiatrique d'Alsace Nord à Brumath (Bas-Rhin) (14,2 M€).

Cinq concernent des pôles logistiques :

- . centre hospitalier de Carcassonne (Aude) (46 M€) ;
- . centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand (Puy de Dôme) (45 M€) ;
- . centre hospitalier de Douai (Nord) (18,2 M€) ;
- . centre hospitalier de Troyes (Aube) (11,9 M€) ;
- . hôpital intercommunal du Haut-Limousin à Bellac (Haute-Vienne) (8,5 M€)

Quatre permettent la réalisation d'établissements d'hébergement

- pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :
- . centre hospitalier d'Arras, EHPAD de Dainville (Pas-de-Calais) (10,8 M€) ;
- . centre hospitalier de Carcassonne (Aude) ;
- . centre hospitalier de Douai (Nord) (29,7 M€) ;
- . centre hospitalier Alpes Léman à Contamine-sur-Arve (Haute-Savoie).

S'ajoutent des opérations spécifiques :

- . institut de soins infirmiers de Brumath (Bas-Rhin) (3 M€) ;
- . unité de stérilisation du centre hospitalier - universitaire d'Amiens (Somme) (8,9 M€) ;
- . bâtiment haute qualité environnementale (HQE) de la Pitié-Salpêtrière à l'AP-HP (Paris) (37,9 M€) ;
- . maison de cure Pierre Brunet au centre hospitalier d'Arras (Pas-de-Calais) (21.9 M€)

La Cour des comptes « plus que critique » sur le recours aux PPP dans les hôpitaux Quelques extraits commentés de son rapport - février 2014

"Les résultats apparaissent "contrastés" dans la mesure où les PPP ont contribué à la modernisation" des équipements hospitaliers mais n'ont pu éviter des "écueils", comme une "tendance au surdimensionnement", un "effort inabouti de rationalisation des activités" et une "insuffisante attention aux évolutions de la prise en charge des patients".

Au demeurant, "la conviction d'un accroissement de l'activité hospitalière et de l'augmentation des recettes en découlant du fait de l'introduction, dans le même temps, d'une tarification à l'activité, poussait les responsables à en ignorer les risques financiers", commente-t-elle.

La volonté de réaliser rapidement les investissements, la sélection précipitée d'opérations souvent en attente de financements, l'inexpérience des négociateurs publics à l'application d'une législation nouvelle et la faiblesse d'un accompagnement peu structuré

sont autant de facteurs qui ont conduit à la signature des contrats trop fréquemment déséquilibrés au profit des preneurs privés", souligne la Cour qui évoque tout particulièrement le cas du centre hospitalier Sud-Francilien (Essonne).

Elle constate cependant des points positifs, comme le fait que "la plupart des opérations ont été livrées dans les temps" et l'application de "solutions innovantes sur le plan technique, dans l'accueil des patients ou dans les conditions de travail des personnels" (comme à Bourgoin-Jallieu [Isère] ou à Paris à l'hôpital Pitié-Salpêtrière).

Le recours aux PPP a également pu "faciliter des mutualisations entre établissements publics et établissements privés", notamment "dans certaines situations où la tutelle régionale s'est fortement impliquée", ajoute la rue Cambon qui cite là-aussi l'exemple du PPP conduit à Bourgoin-Jallieu."

Rares sont les contrats qui prévoient de résiliation avant terme. De ce fait en cas de conflit, seule la négociation amiable ou une issue contentieuse sont envisageables."

La Cour soulève par conséquent le besoin d'une "doctrine" pour que les hôpitaux se dotent d'une structure de projet stable, pour que les ARS renforcent leurs compétences techniques juridiques et financières, et pour que l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et sociaux (Anap) produise des guides méthodologiques fondés sur une analyse des bonnes pratiques et accompagne in situ les hôpitaux dans leurs négociations.

Commentaire FO : clairement, la Cour des comptes est favorable aux BEH : on peut continuer d'y avoir recours à condition qu'ils soient mieux encadrés. Par contre, pour FO il faut l'abandon pur et simple de ce dispositif.

Les BEH : dispositifs dangereux et juteux

La problématique du loyer

Jusqu'en 2010, les loyers payés par le public (hôpital) n'étaient pas inscrits au bilan financier : dès lors, les PPP étaient très avantageux sur le plan politique puisqu'ils permettaient à l'État, ou aux collectivités territoriales, ou aux hôpitaux, de ne pas faire apparaître les dettes dans leur bilan.

Un arrêté en date du 16 décembre 2010 est venu rétablir le principe de sincérité budgétaire sur les contrats de partenariat public-privé, en obligeant à assimiler le loyer versé au prestataire privé par la personne publique à un endettement.

En effet, il est indiqué que doivent figurer au compte 1675, « les dettes afférentes au contrat de partenariat public-privé lorsqu'à la date de mise en service du bien, la part investissement n'a pas été intégralement versé ». Les collectivités doivent désormais intégrer cet endettement à leur passif. Ce texte rend donc le recours aux contrats de partenariat public-privé beaucoup moins attractif pour financer à crédit les investissements des acteurs publics.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, les collectivités locales et les établissements hospitaliers sont obligés d'inscrire ces loyers à leurs bilans, ainsi que l'État depuis le 1^{er} janvier 2012.

Le sénateur UMP Jean Arthuis notait à cet égard :

« Ces financements innovants permettent d'échapper à la rigueur budgétaire. Le cumul de ces loyers à payer à très long terme pourrait asphyxier nos finances. »

Ces contrats vertueux deviennent alors des contrats pernicioeux. Ils préservent avant tout les intérêts du partenaire privé et non ceux du contribuable ou des assurés sociaux.

Des contrats de maintenance juteux pour le privé

À l'hôpital de St-Nazaire, une partie de sa maintenance est confiée au privé (*Eiffage*) pour un montant de 1.3 millions d'euros/an dont 600 000 euros, rien qu'en frais de gestion.

Au Sud francilien, les frais de maintenance reviennent à plus de 6 millions d'euros par an.

En 2013, *Eiffage* vient de concéder la maintenance de 2 établissements hospitaliers (hôpitaux d'Annemasse et de Rennes (H'ennez) à *Méridiam Infrastructure* pour une valorisation globale de 272 millions d'euros.

Sur l'ensemble des PPP (Etat, Collectivités locales et Hôpitaux), *Eiffage* aura cédé pour près de 600 millions d'euros de contrats depuis 2011.

Des PPP véritables accélérateurs de dégradation des conditions de travail des agents et de prise en charge des patients

Sur les 4 établissements, on assiste à :

Une uniformisation des trames de planning et des ratios de personnels qui ne répondent pas à la spécificité de chaque activité, avec pour conséquence une intensification des rythmes et de la charge de travail.

Une perte de repères sur la finalité et le sens du travail

Augmentation du nombre de chambres seules, donc plus de pas et donc plus de fatigue.

Des diminutions de durées de séjours pour les patients.

ANNEMASSE

Eiffage

Loyer : 15,5 millions € par an sur 32 ans.

1517 agents pour 405 lits de MCO.

Nous sommes dans une région frontalière en augmentation croissante de sa population (+4% par an). L'hôpital est sous-dimensionné au vu de l'augmentation de l'activité.

Il n'y a actuellement pas de déficit car il y a eu une augmentation de l'activité médicale de 12% et qu'il restait des provisions importantes du Plan Hôpital 2007. Du coup, actuellement il n'y a pas de COPERMO, ni de plan de retour à l'équilibre. Toutefois le caractère exceptionnel de ce bond d'activité laisse entier le problème du paiement des prochains loyers.

Il existe un projet de construction d'un nouveau bâtiment auto-financé regroupant les bureaux administratifs.

La plupart des services sont passés en 12h.

Pour les changements d'échelons, il n'y a plus de durée intermédiaire.

Depuis deux ans le syndicat se bat pour obtenir du personnel pour les remplacements d'arrêts maladie, qui explosent et pour augmenter le nombre d'AS les week ends.



Pierre BRUCKMANN
secrétaire du syndicat FO

BOURGOIN-JAILLEU

Bouygues

Coût initial de construction : 170 millions €

Coût réel : 187,4 millions €

Loyer : de 17 à 24 millions par an, sur 35 ans

1350 agents pour 430 lits

L'hôpital, sous-dimensionné, est constamment en sur-occupation.

Du fait de l'équilibre budgétaire en 2013 dû à un reste de provisions importantes du Plan Hôpital 2007, il n'y a pas de COPERMO pour l'instant.

Un partenariat s'est établi avec deux activités libérales : la radiologie et la dialyse;

On doit constater le recours à l'auto-remplacement et l'augmentation des heures supplémentaires. En corollaire, une augmentation des arrêts de travail (37 jours par an pour une AS hors CA et formation ; 30 jours pour une IDE)



Carole VERDIER
secrétaire du syndicat FO

CITÉ SANITAIRE DE SAINT-NAZAIRE

Eiffage

C'est le plus gros groupement de coopération sanitaire (GCS) de France en regroupement public-privé.

Coût initial : 280 millions €

Coût réel : 300 millions €

Loyer : 20 millions € + 7 millions € de frais de maintenance par an sur 35 ans sur l'ensemble du GCS.

En une seule année d'exploitation, le déficit a augmenté de plus de 10 millions €. L'hôpital est endetté à plus de 67 %.

Les factures aux prestataires ne sont plus payées.

Déficit cumulé fin 2013 : 12 millions €. L'ARS financera 8 millions € chaque année sur 20 ans, sans que cela éponge le déficit cumulé.

1950 agents relèvent de l'hôpital public (MCO, psychiatrie, EHPAD)

450 agents relèvent de la clinique privée.

Outre le partenariat financier, la Cité partage ses activités avec le privé : le *Groupe Harmonie* a récupéré toute la chirurgie "du mou (viscérale, urologique, vasculaire) et la radiologie est passée à *IMED* (cabinet de radiologie libérale).

La pharmacie, le bloc, la chirurgie ambulatoire sont devenus des services mutualisés avec le privé.

L'hôpital est suivi par le COPERMO. Du coup, les **mesures sur les personnels** pleuvent : pour commencer, 50 suppressions de postes sur deux ans (à terme, 150 selon les préconisations ministérielles), diminution des mensualités de remplacement, suppression des remplacements de congés maternité. Et aussi les mesures sur les patients : diminution de la durée des séjours des patients.

Résultat : + 41 % d'augmentation du nombre d'arrêts maladie entre 2012 et 2013 et la démission des deux médecins du travail en 2013. Conséquences en termes de fonctionnement des instances au sein du GCS : pas d'instance commune, un simulacre de CHSCT commun qui n'a aucun pouvoir juridique.

Compte tenu de la situation extrêmement tendue, les personnels et le syndicat sont encore dans l'action (grève).



Nathalie POUHAUT
secrétaire du syndicat FO

Eiffage

Coût initial du projet : 273,8 millions €

Coût réel : 350 millions €

Loyer : 48 millions d'euros par an sur 30 ans

3200 agents pour 1000 lits

Déficit : 32 millions € en 2013

Augmentation de l'activité à moyen constant : alors que le projet initial prévoyait 820 lits, le contrat finalement signé a porté sur 1000 lits. La sur-capacité a été constatée lorsque le gros œuvre était quasiment terminé. Du coup, le chantier a été stoppé un an pour étudier le projet d'une unité d'hospitalisation sécurisée de 80 lits à l'intention des détenus. Qui fut finalement abandonné.

Nous avons un COPERMO sur 4 ans, jusqu'en 2016, avec, à la clef, un plan de retour à l'équilibre et des mesures ciblées sur les personnels sur 4 ans :

- suppressions de postes (124 + 27 postes de médecins),
- augmentation des services en 12h,
- diminution des RTT (-3 jours),
- diminution des stagiairisations,
- remise en cause des congés bonifiés,
- diminution des mensualités de remplacement.

En outre la réduction de la durée de séjour des patients est de règle.

La bagarre qui a été menée durant des mois (grève, manifestations) et sa médiatisation auront permis d'obtenir la remise en cause du BEH emblématique du Sud Francilien.

Au final, en mars 2014, la dénonciation du bail est acquise, pour un montant total de 172 millions €.

Avec les frais des emprunts sur 30 ans, le rachat du BEH coûtera 680 millions € !

La dénonciation de ce bail emblématique est une première victoire qui en appelle d'autres, jusqu'à l'obtention de l'abandon total du recours au BEH.



Christian DEL POZO
secrétaire du syndicat FO

“ Les représentants du personnel affirment leur volonté de sortir du partenariat Public Privé qui lie le CHSF à la société EIF-FAGE depuis la signature du contrat de Bail Emphytéotique Hospitalier signé en juillet 2006.

Les représentants du personnel ont toujours dénoncé dans les instances de l'établissement ce contrat de partenariat public privé. Ils ont alerté les personnels, les élus, les tutelles et le Ministère de la Santé des conséquences néfastes et des répercussions de ce montage juridique sur le bon fonctionnement du CHSF.

Démonstration est faite aujourd'hui auprès des tutelles, des représentants de l'Etat, du Ministère de la Santé et des finances, appuyée par plusieurs rapports de la Cour des Comptes, de la Chambre régionale des comptes, d'un rapport de l'IGAS et de l'IGF, que ce choix de PPP imposé en 2003 et 2006 par le Ministère de la Santé et l'Agence Régionale de Santé était inadapté pour un établissement sanitaire public.

Beaucoup trop coûteux, non fonctionnel, très rigide, ce contrat de bail et la convention de mise à disposition, mal encadrés et non maîtrisés ne permettent pas aujourd'hui aux représentants de notre établissement de négocier une sortie du Partenariat Public Privé favorable au Centre Hospitalier et à la collectivité publique dans le respect de la défense de l'intérêt général.

Ce contrat de partenariat Public Privé rédigé et négocié en 2006 à l'avantage de la société EIFFAGE et de son consortium, exclu aujourd'hui toute possibilité de recours juridique favorable pour notre établissement public.

Le choix de la procédure et du scénario présentés et soumis aujourd'hui au vote des instances par nos tutelles : une résiliation du Bail Emphytéotique Hospitalier dans le cadre d'un accord transactionnel négocié pour motif d'intérêt général interpelle sur plusieurs points :

Quels seront les moyens financiers octroyés à l'établissement par l'Etat pour payer la totalité des indemnités et dédommagements à EIFFAGE

A quelle date l'établissement récupèrera la propriété du bâtiment et la maîtrise de son entretien ?

Quel serait le coût de l'opération si elle avait été réalisée directement dans le cadre d'une maîtrise classique d'ouvrage publique ?

Quels sont les conditions et les moyens pour une reprise de toute la maintenance en interne ?

A travers ces questions, ce qui se pose, c'est le coût et le financement qui, immanquablement se repercutent sur les charges des personnels.

La sortie du PPP doit garantir une meilleure prise en charge des patients. Les personnels du CHSF ne doivent supporter les conséquences des surcoûts liés au choix du PPP imposé en 2006 par l'Etat.

Nous demandons que les économies estimées par la sortie du PPP (700 M d'euros sur 30 ans) permettent de renégocier le plan de retour à l'équilibre budgétaire de notre établissement.

Nous demandons la suppression des mesures d'économie que subissent les personnels depuis l'installation sur le nouvel établissement. L'activité de notre établissement a augmenté de 14 % en 2013 avec une dégradation importante des conditions de travail des personnels et une prise en charge des patients de plus en plus difficile.

Nous demandons :

- La récupération et le paiement des crédits d'heures cumulés par les agents au 31 décembre 2013 (207 000 heures équivalentes à 130 postes),

- le rétablissement des 18 RTT,

- la titularisation des contractuels,

- un plan de recrutement de personnels pour accompagner l'ouverture des 26 lits prévus en 2014 et des 75 lits prévus en 2015 et 2016 (4^{ème} ét. du pôle D).

Les représentants du personnel réaffirment leur accord pour une sortie du Partenariat Public Privé accompagné des réserves et des critiques sur le rapport soumis ce jour au vote des instances.”

ABANDON DE TOUS LES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVE !

Communiqué de la Fédération (26 février 2014)

“ Depuis les Plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 poursuivis par les gouvernements successifs, notamment avec le maintien de la loi Hôpital Patient Santé Territoires, FO a toujours été opposé au Partenariat public privé (PPP) et au Bail Emphytéotique Hospitalier (BEH) qui l'accompagne.

En mars et octobre 2002, tant le Comité Confédéral National de FO que le Comité national de la Fédération des services publics et de santé FO rappelaient leur « opposition à tout transfert de mission du service public vers des opérateurs privés ; et leur condamnation du recours aux Partenariats Publics Privés, générateurs d'énormes surcoûts et facteurs de remise en cause du service public. Le CCN et le CN revendiquent l'abandon des contrats de PPP existants. »

Aussi, FO prend acte de la dénonciation du Bail Emphytéotique Hospitalier de l'Hôpital du Sud Francilien.

Sur les 24 opérations réalisées sous la forme d'un bail emphytéotique hospitalier, quatre portent sur la réalisation d'un hôpital entièrement construit selon cette nouvelle procédure (L'hôpital Sud francilien à Evry, la cité sanitaire de Saint Nazaire, l'hôpital Alpes-Leman à Annemasse, l'hôpital Pierre Oudot à Bourgoin-Jaillieu).

Le Sud Francilien était l'illustration emblématique des recours au Partenariat public-privé (PPP) en secteur hospitalier et des contreparties financières catastrophiques qui étranglent le fonctionnement des établissements concernés.

En conséquence, FO se prononce pour l'abandon immédiat de tous les PPP et de la loi HPST.

Force Ouvrière réaffirme que cette procédure de construction n'est pas compatible avec les missions de services publics puisqu'elle engendre des suppressions de postes médicaux et non médicaux, des remises en causes des droits statutaires, des diminutions de durée de séjour pour les patients dangereuses pour leur santé et de mauvaises conditions de travail pour les agents hospitaliers.

Ce qui est possible pour le Sud francilien doit l'être pour tous les autres établissements !

La mobilisation contre l'asphyxie budgétaire due en particulier à la baisse des tarifs hospitaliers (actée au JO du 28.02.14) et à la réduction des dépenses publiques imposées par le Pacte de responsabilité s'exprimera par la grève et les manifestations interprofessionnelles du 18 mars.”

le Secrétariat Fédéral

■ Pour l'instant, la dotation du Plan Hôpital 2007 permet à **Annemasse** et **Bourgoin-Jailleu** de faire face au paiement du loyer et donc de s'en sortir financièrement, mais à quel prix pour les personnels !

■ **St Nazaire** et **Sud francilien** sont les plus endettés avec des plans sociaux drastiques.

■ **St Nazaire** et **Bourgoin-Jailleu** ont des partenariats avec le privé. Le ver est dans le fruit : c'est la porte ouverte à l'hégémonie du secteur privé et sa logique de rentabilité.

Compte tenu de loyers élevés et de l'avidité des actionnaires, les 4 établissements étudiés ici n'ont pas eu d'autres choix que de proposer des organisations du travail basées sur l'augmentation de la productivité. Conséquence sur les personnels : une plus grande fatigabilité et une détérioration de l'état de santé (+40 % d'arrêts maladie supplémentaires en un an au CH de St-Nazaire).

Ces nouvelles organisations de travail et de management servent aussi d'exemples pour les autres établissements en situation déficitaire qui ne sont pourtant pas soumis à un BEH.

Avec les PPP et l'illusion d'une activité immédiate, ils s'enfoncent dans l'endettement à long terme et plombent les capacités futures d'investissement. Les établissements hospitaliers construits sous PPP et endettés ne pourront plus financer dans les années à venir des programmes prioritaires et seront acculés de ne "choisir" que ce qui est rentable, au détriment des valeurs du service public républicain.

Cette vision à court terme ne pourra, faute de moyens suffisants, qu'accélérer la privatisation de ces établissements.

Cette étude démontre, preuves à l'appui, les conséquences désastreuses pour les personnels et les patients de tels choix politiques et financiers que FO ne partage pas.

Gageons qu'avec la rupture de contrat entre Eiffage et Sud Francilien, elle serve de point d'appui pour en finir définitivement avec ce type de montage financier et mettre un terme à l'asphyxie budgétaire des hôpitaux.

La Fédération FO revendique :

- **La dénonciation de tous les PPP sous BEH**
- **Le retrait du pacte de responsabilité et du plan d'économies de 50 milliards des dépenses publiques**
- **La fin des enveloppes fermées et limitatives**
- **Le maintien du service public hospitalier**
- **L'effacement de la dette des hôpitaux**
- **L'augmentation des effectifs et des rémunérations**

FO
la force syndicale
**Services Publics et
de Santé**