



Hôpitaux financés par des partenariats publics-privés (P3)

février 2006

Mise en contexte

Confrontés au besoin croissant d'investir de nouveau dans les infrastructures du réseau de la santé, les gouvernements provinciaux se tournent de plus en plus vers les partenariats publics-privés (P3) pour financer les hôpitaux et les établissements de santé publics. Contrairement à la privatisation, qui donne lieu à la vente inconditionnelle de biens ou d'éléments d'actif du gouvernement au secteur privé, les P3 permettent à des investisseurs privés de concevoir, de construire, de posséder et de gérer des services non cliniques dans des établissements de santé au nom de leurs locataires à long terme du secteur public.

Le fait de laisser le soin au secteur privé d'amasser les fonds nécessaires pour construire et équiper un hôpital constitue une solution très attirante pour le gouvernement parce qu'il peut ainsi éviter de lever des impôts ou de créer un déficit, ce qui est très peu enviable sur le plan politique. Les partisans des P3 avancent que les relations entre les secteurs privés et publics permettront d'améliorer l'efficacité, d'accroître la productivité et d'instaurer un esprit d'entreprise qui sera bénéfique autant pour les contribuables que les actionnaires.

Préoccupations

- Tout indique qu'en fin de compte le gouvernement finit par payer davantage et non pas moins puisque le secteur privé doit assumer des coûts d'emprunt supérieurs – généralement de 0,5 % à 2,0 % – à ceux du secteur public. De plus, les entreprises privées espèrent des profits d'au moins 5 %. Il faut aussi compter tous les coûts substantiels afférents à la négociation d'une entente.
- Le Centre canadien de politiques alternatives soutient que les contribuables débourseront une prime substantielle pour les hôpitaux et services financé par un P3, ce qui pourrait se traduire par des frais de 10 % supérieurs à ceux d'un hôpital financé, détenu et exploité par le gouvernement.
- La qualité – on craint que la qualité et la gamme des services dans les hôpitaux financés par des P3 ne déclinent afin de maintenir la marge bénéficiaire dans des circonstances où les économies d'efficacité sont limitées. Une série de cinq articles dans le *British Medical Journal* montre que les coûts des P3 en Grande-Bretagne ont mené à la diminution du nombre de lits et à l'appauvrissement des services.
- Les problèmes de responsabilisation sont inhérents aux P3, où l'on invoque la confidentialité pour protéger les documents financiers et commerciaux, ce qui fait qu'il n'est pas possible de retracer comment ont été dépensés les fonds publics de la santé et qu'il est très difficile de vérifier si les hôpitaux financés par des P3 respectent les principes et les objectifs de la *Loi canadienne sur la santé*.
- L'instauration d'hôpitaux financés par des P3 amènera le souci de la rentabilité dans le secteur hospitalier public, ce qui créera une plate-forme pour les services à deux vitesses puisque dans un même établissement se côtoieront les services de santé assurés et les services financés à l'extérieur du cadre public.

Perspective de l'ACCS

L'adoption d'un modèle de P3 pour les hôpitaux publics mérite un examen consciencieux. Un tel examen nécessite la collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Il faut mener des études de faisabilité des P3 qui tiennent compte des critères suivants :

- Compatibilité avec la *Loi canadienne sur la santé*
- Rapport coût-efficacité
- Efficacité
- Capacité de rendre des comptes sur les dépenses publiques et transparence
- Clarté des facteurs de risques

Nota : En janvier 2006, le regroupement Catholic Health Sponsors of Ontario* a approuvé un énoncé intitulé « **Private Public Partnerships in Healthcare Institutions** » [partenariats privés-publics dans les établissements de soins de santé]. Cet énoncé stipule que les partenariats publics-privés comportent un certain nombre de risques et soulèvent des préoccupations d'ordre éthique. Le texte qui suit est tiré de cet énoncé.

« Le fournisseur de services doit divulguer l'information complète sur les grands sujets de préoccupations suivants, en discuter et faire preuve de diligence raisonnable :

- Les P3 visant les soins directs des patients par des partenaires ayant des visées lucratives peuvent limiter l'accès à des soins pour certaines personnes et peuvent constituer un désavantage pour les personnes pauvres.
- Les P3 comprenant la construction d'un établissement pourraient être plus coûteux pour les contribuables et les collectivités à long terme en raison de la marge projetée sur les taux d'intérêt durant la période de remboursement pour dégager un profit.
- On sait d'expérience que les sociétés de services ont généralement assumé les frais d'hôtellerie (nettoyage et entretien, service alimentaire), ce qui mène à la sous-traitance et à des pertes d'emplois.
- La gestion des contrats et la supervision des travaux de construction doivent clairement stipuler par écrit qui assume le risque judiciaire, qui supervise les travaux, la nature des relations entre les partenaires privés et le conseil d'administration local, les mécanismes de règlement de conflits, les structures hiérarchiques et la gestion des dépassements. L'entente contractuelle doit stipuler clairement à qui revient l'autorité administrative, la gestion du personnel et le suivi des dépenses.

La dimension éthique des partenariats publics-privés nécessite que l'établissement fasse preuve de discernement avant de conclure une entente.

- Les valeurs doivent guider la planification stratégique et le déroulement; ces valeurs comprennent la collaboration, la transparence, la dignité du travail humain et le caractère sain du milieu de travail, sans oublier des salaires justes.
- Il faut clairement définir la relation entre mission, valeurs et pratique au moment d'affecter les fonds.
- Les établissements publics doivent répondre aux besoins des collectivités.
- Les conflits d'intérêt doivent être débattus selon des modalités précisées dans l'entente et pris en charge par un organisme de supervision.
- Il faut faire attention que l'entente quantifie et mesure la qualité des soins. Cet élément doit demeurer au coeur même de l'entente pour s'assurer que l'achèvement du projet mène à des services de qualité au moins égale à celle qui prévalait avant le contrat.
- La sous-traitance soulève de nombreuses questions entourant la dotation, y compris la diminution des salaires et les relations ultérieures avec le personnel. Il faut que des lignes directrices soient en place pour l'embauche et le congédiement du personnel, pour la sélection des programmes et services, pour la participation des fournisseurs de services à la prise de décisions, et pour l'attention privilégiée à accorder aux personnes défavorisées. »

* Le regroupement Catholic Health Sponsors of Ontario est un parrain catholique de treize établissements de santé en Ontario. Cet énoncé, publié seulement en anglais et intitulé « Private Public Partnerships in Healthcare Institutions », a été approuvé le 27 janvier 2006.