

Faire de l'investissement hospitalier un facteur de développement et non de régression de l'hôpital

Frédéric Rauch

« Respiration du système hospitalier, gage de son adaptation »¹, l'investissement est une donnée centrale du fonctionnement des hôpitaux. Assez peu médiatisée, la question de l'investissement des hôpitaux est pourtant au cœur de toutes les transformations en profondeur de l'hôpital public. Elle explique en grande partie les mécanismes qui ont conduit à la crise de l'hôpital, en particulier public, que les mouvements des hospitaliers rappellent systématiquement depuis plusieurs années, mais aussi à la crise sanitaire actuelle et à l'impérite des pouvoirs publics à la conjurer.

De quoi parle-t-on ?

L'investissement hospitalier est constitué de deux grandes branches. D'une part, l'investissement matériel (immeubles et dispositifs médicaux), lui-même décomposé en deux types d'investissements : investissements lourds et investissement courant, et d'autre part, l'investissement immatériel (essentiellement constitué de la recherche). Ces deux branches suivent des canaux de financements différents bien que complémentaires. Nous nous contenterons de ne traiter ici que de l'investissement matériel.

L'évolution de l'investissement hospitalier

En données brutes, on peut distinguer assez clairement quatre grandes étapes dans l'évolution de l'investissement hospitalier². Des années 1960 jusqu'en 1983, l'hôpital a vécu une longue période d'investissements importants. L'investissement hospitalier a connu son plus haut de la période entre 1970 et 1975 avec la création du service public hospitalier³. En 1983, l'investissement total des établissements de santé publics s'établissait à 1,2 milliards d'euros.

À partir de 1983, le dynamisme de la croissance des investissements hospitaliers s'est sensiblement ralenti. Malgré un rebond entre 1989 et 1993, « sans doute expliqué par l'acquisition d'équipements biomédicaux et la rénovation de vieux bâtiments » : 2,5 milliards d'euros en 1989.

Les 15 années suivantes ont été une très lente progression de l'investissement dans la tendance

du début de période. Au début des années 2000, l'investissement plafonnait à 3 milliards d'euros.

Ce n'est qu'à partir de 2002-2003 que l'investissement hospitalier de santé publique explose. Il atteindra presque 7 milliards d'euros en 2010, date d'inflexion de la tendance. Depuis, l'investissement des hôpitaux recule pour passer sous le seuil des 4 milliards en 2017 et y rester.

Plus grave, l'effort d'investissement des hôpitaux (ratio : investissements/recettes globales) se réduit depuis d'année en année. Alors même que les recettes des établissements de santé publique étaient ponctionnées de plus de 10 milliards d'euros sur la période (8,9 milliards de plans d'économies entre 2005 et 2019 auxquels s'ajoutent 1 milliard d'euros au titre du mécanisme de « basage-rebasage » de l'ONDAM sur la période 2014-2018). En presque 10 ans, l'effort d'investissement est passé de 10 % en 2010 à moins de 6 % en 2017. Une évolution particulièrement marquée pour les CHU qui sont passés à 5 % en 2016, accusant une baisse de plus de 30 % de leur effort d'investissement.

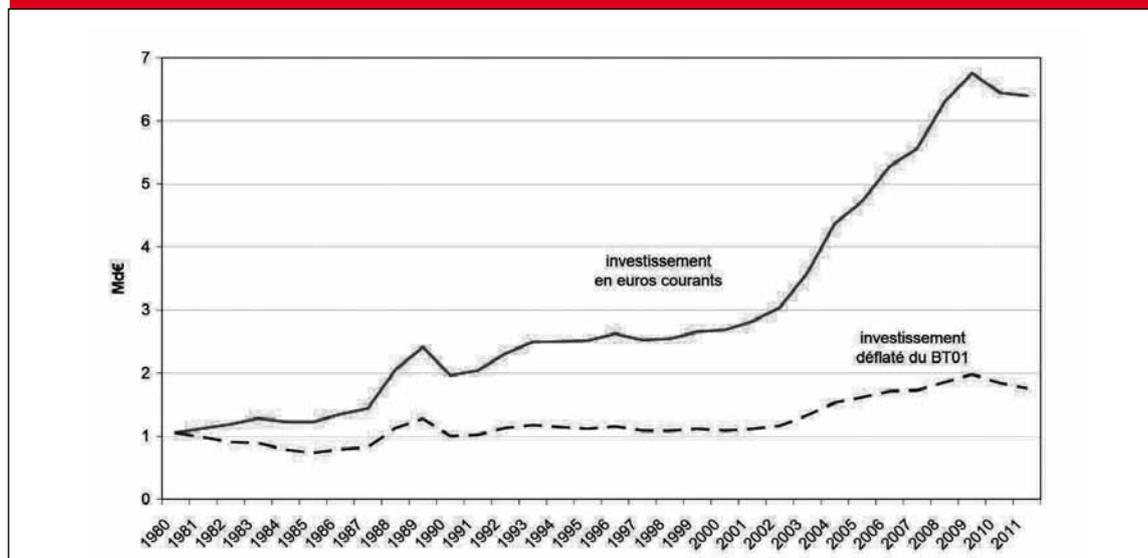
En bref, comme le déclarait F. Valletoux dans un communiqué de presse de la Fédération Hospitalière de France du 25 janvier 2019, le système hospitalier français est entré dans une phase où le niveau d'investissement est désormais « insuffisant pour assurer à la fois le renouvellement des installations, les opérations de rénovation lourde et le financement de l'innovation technologique. Cette situation est très inquiétante pour l'avenir des installations des hôpitaux publics qui nécessitent pourtant des investissements massifs dans les domaines notamment des systèmes d'information, de l'intelligence artificielle

1. Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, rapport de l'IGAS et de l'IGF, mars 2013.

2. *Idem*, p.16.

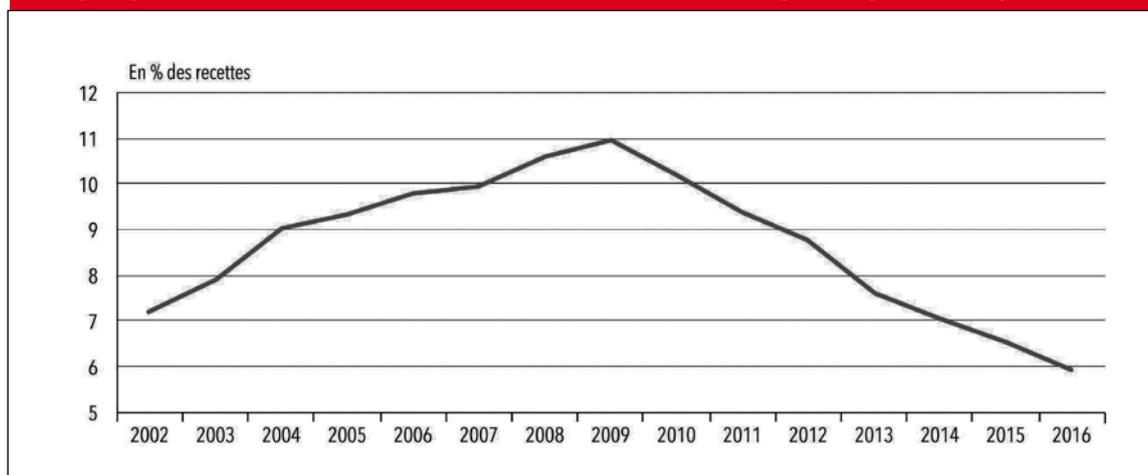
3. La loi du 31 décembre 1970 définit le service public hospitalier et les obligations de service public qui l'accompagnent.

Graphique 1 - Investissement total des établissements de santé publics depuis 1980



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 1980-2011 tous établissements de santé publics, transmises par Dexia crédit local.

Graphique 2 - évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2002



Champ : France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.

Sources : DGFIP, SAE, traitements DREES.

et des innovations organisationnelles, au service des patients, et également sources d'attractivité, de fidélisation et de qualité de vie au travail des professionnels.» La crise sanitaire actuelle lui a donné raison.

Comment en est-on arrivé là ?

C'est une donnée remarquable de cette évolution. Chaque phase d'évolution des investissements des établissements de santé fait écho à une phase de réforme profonde de notre système hospitalier, et notamment de son système de financement.

Avec la loi de 1970 qui institue le service public hospitalier et ses missions, le financement des établissements est défini en fonction de leurs besoins. C'est le principe de capacité des établissements qui conditionne les choix d'investissements et de développement. Les hôpitaux sont rémunérés au

nombre et à la durée des séjours de leurs patients. Les dépenses hospitalières ne sont pas plafonnées. Leurs investissements sont assurés par 40 % de subvention de l'État, 40 % de prêts de la Caisse des dépôts et consignations (la banque de l'État) et 20 % de prêts de l'assurance maladie.

Logique d'austérité

À partir de 1983, un premier tournant s'opère. Au nom des mesures de maîtrise comptable des dépenses de santé induites par le tournant de la rigueur de 1982-1983 qui installe une première phase de réduction de la dépense publique et sociale, le gouvernement Bérégovoy adopte une technique comptable de gestion des hôpitaux importée du Canada : le « budget global ». Appelée aussi « dotation globale de fonctionnement », son principe consiste à

financer les établissements non plus au fil de l'eau, mais en les dotant *a priori* d'un budget calculé sur la base d'un prix de journée évoluant selon un taux directeur défini par l'autorité de tutelle des établissements. Le prix de journée évolue alors annuellement pour, conjointement, assurer le maintien à minima du pouvoir d'achat de la dotation et « maîtriser » les dépenses de santé de l'assurance maladie (l'hôpital représente alors presque 60 % de la dépense de la branche). Avec cette enveloppe globale, les hôpitaux ne peuvent dépenser plus que les crédits qui leur sont attribués, quand bien même la réforme du financement introduit plusieurs mesures d'intéressement aux économies budgétaires des établissements visant à offrir une marge de manœuvre financière aux « bons élèves ». Mais ce calcul du prix de journée, et donc du montant de l'enveloppe globale, n'intègre pas complètement dans ses paramètres l'évolution de l'activité des établissements dynamisée par la croissance des populations, en particulier âgées et les pathologies qui les accompagnent, ni celle des coûts de la technologie médicale, ni l'évolution naturelle des dépenses de personnels.

Concrètement, ce financement des hôpitaux a commencé à les asphyxier budgétairement. Tout particulièrement les hôpitaux publics. Et ce rationnement de la dépense budgétaire a alors eu un effet sur les dépenses d'investissement. Pour faire face, les établissements ont utilisé l'unique variable d'ajustement à disposition : l'investissement. Ils ont progressivement mais systématiquement limité leurs investissements.

Logique de financiarisation

À la fin de la décennie 90 et au début des années 2000 s'opère un nouveau tournant pour l'hôpital qui prendra forme dans la grande réforme de l'assurance maladie de 2004 instituant notamment le plan Hôpital 2007 (prolongé avec le plan hôpital 2012) et la mise en œuvre d'un nouvel outil de gestion des établissements : la tarification à l'activité (T2A). La T2A va mettre fin à la dotation globale de fonctionnement comme outil de gestion de l'hôpital et le plan Hôpital 2007 dont l'ambition est d'accroître de 30 % l'investissement hospitalier va de son côté ouvrir la porte au financement bancaire des investissements hospitaliers.

Chronologiquement, c'est l'expérimentation lancée par la loi de juillet 1999 autorisant sur 5 ans un nouveau mode de financement des établissements de santé publics et privés fondé sur la tarification à la pathologie qui initie la réforme de 2004. Sur la base d'une tarification des actes médicaux permise par la codification généralisée des actes médicaux par pathologie donnée par le système d'information hospitalier (PMSI) et maîtrisée par l'autorité de tutelle des établissements, l'expérimentation vise à ajuster précisément le financement des établissements aux actes médicaux pratiqués en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) par les équipes médicales de l'établissement. De cette manière, en MCO, c'est l'activité de l'établissement l'année n qui conditionne les recettes de MCO de l'année $n+1$. Pour ces champs d'activité, les établissements de santé commencent à fonctionner alors comme des entreprises classiques. Avec le passage à la tarification à l'activité (T2A), le périmètre de la codification est élargi à l'ensemble des

dépenses hospitalières associées à la prise en charge de chaque pathologie, en incluant l'investissement. La base de calcul des tarifications devient celle des « groupes homogènes de malades » par pathologie et des « groupes homogènes de séjour » en établissement. Un référentiel de « bonnes pratiques » est mis en place et une grille de tarification est alors définie sur la base d'un niveau national moyen des dépenses par groupe. Les établissements sont alors financés sur la base de ces tarifs moyens dont le niveau par pathologie et groupe est redéfini annuellement par l'autorité de tutelle (l'État), impliquant un désavantage certain pour les structures hospitalières qui ne réussissent pas à accroître massivement leur activité au regard de leurs dépenses. D'où à partir de ce moment une course à l'activité et à la productivité lancée par les établissements pour accroître leurs ressources, et visant notamment leurs capacités à financer leurs investissements courants.

L'ouverture aux marchés financiers et à l'endettement des hôpitaux autorisée par le Plan Hôpital 2007 va servir de levier pour cela. Pour développer leur capacité à produire des actes rémunérateurs, les établissements vont investir massivement. Entre 2002 et 2012, la part des recettes des établissements consacrée à l'investissement passe de 7 % à 11 %. Pour illustrer, entre 1980 et 2003, soit 23 ans, les hôpitaux publics auront investi un peu plus de 40,1 milliards d'euros au total, alors qu'entre 2002 et 2011, soit 9 ans, ils auront investi un total de 52,3 milliards d'euros ! Dont presque les 2/3 sont des investissements lourds (immobiliers notamment), le reste étant constitué principalement d'investissements d'équipements (12 %) et d'investissements immatériels (14 %)⁴. Mais pour réaliser ces investissements et développer leur activité, les établissements vont recourir massivement à l'endettement. En 2002, l'encours de la dette des hôpitaux publics est de 9,1 milliards d'euros. En 2011, il atteint déjà 26,1 milliards d'euros⁵. Sur les 3,1 milliards d'investissements réalisés en 2002, 2,7 milliards viennent de la capacité d'autofinancement des établissements (CAF) et seulement 300 millions de l'emprunt bancaire. En 2011, sur 6,4 milliards investis, 4,3 étaient de l'autofinancement et 2,2 de l'endettement bancaire. Entre 2002 et 2012, le poids de la dette hospitalière publique passe ainsi de 19 % à 39 % (encours de la dette/total des produits) et le taux d'endettement des hôpitaux publics (encours de la dette/ressources stables) de 33 % à près de 50 %.

Parallèlement à l'ouverture au marché bancaire, la réforme de 2004 inaugure aussi les partenariats public-privé (PPP) pour l'hôpital public. Transposant le modèle britannique en France, l'application des PPP à l'hôpital vise à mobiliser les capitaux privés sur des projets d'investissement supposée permettre aux établissements d'étaler dans le temps la charge financière des emprunts en payant un loyer aux investisseurs privés pour l'usage du bien. L'avantage est double selon ses promoteurs d'alors : réduire les coûts de l'endettement et de gestion de l'investissement pour les établissements afin d'impacter au minimum les marges brutes des établissements, et sortir une partie de l'endettement hospitalier de la dette publique selon les critères de Maastricht. Le dispositif sera peu utilisé malgré la sollicitation ministérielle active

4. Rapport IGAS précédemment cité.

5. Elle était de 30 milliards en 2018.

des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). À peine plus d'une cinquantaine de PPP sortiront du plan Hôpital 2007 et du plan Hôpital 2012, dont 24 rattachés au plan Hôpital 2007 pour un montant de 615 millions d'euros sur 15,9 milliards d'investissements réalisés⁶. Plusieurs « échecs » emblématiques de la méthode ont refroidi les ardeurs. Pour autant, les PPP ont largement contribué au travail de refonte des logiques de gestion des établissements. Avec le recours à l'endettement bancaire, ils ont facilité l'introduction d'opérateurs non médicaux dans les activités hospitalières et ouvert plus grand la gestion de ces dernières aux logiques du capital privé.

En effet, l'explosion rapide de l'endettement hospitalier, et des charges d'intérêts induites estimées entre 800 millions et 1 milliard d'euro par an (1,5 % des ressources stables), s'est traduite par une redéfinition des politiques budgétaires des établissements par les autorités de tutelle visant à rendre les trajectoires de leurs dépenses plus adéquates à leurs résultats économiques et financiers. À la fois étranglés par un coût des emprunts excessifs au regard de leurs moyens et une politique de réduction de la dépense de santé incarnée dans les lois de financement de la sécurité sociale qui plafonnent systématiquement l'ONDAM, l'effet de ciseaux budgétaire et financier a contraint les hôpitaux à limiter progressivement le niveau de leurs investissements. Par ailleurs, afin de rationaliser les politiques d'investissement des établissements, les hôpitaux ont aussi subi dans le même temps une refonte institutionnelle des canaux de décisions de ses investissements consécutives à leur explosion. À partir des années 2009-2010, dans le prolongement de la crise financière de 2007, des mesures d'encadrement des décisions d'investissement ont ainsi contribué à réduire progressivement le niveau global des investissements et à orienter les dépenses d'investissements vers des objectifs de réorganisation de l'offre de soins. Une stratégie de soutien à l'investissement a vu le jour qui reposait sur la promotion de l'autofinancement des établissements et un cadrage régional des dépenses des établissements via les agences régionales de santé (ARS) substituées aux ARH visant à stabiliser le niveau d'endettement des établissements. Un comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (le COPERMO) est constitué pour évaluer et implicitement valider tous les projets d'investissement d'une certaine dimension. C'est le tournant de 2012 pour l'hôpital, poursuivi et précisé jusqu'à aujourd'hui.

Logique de rentabilité

L'objectif est simple, si l'emprunt bancaire (l'endettement des établissements) reste la solution privilégiée pour financer les investissements des établissements, ce recours à l'emprunt est « désormais davantage conditionné aux résultats financiers de l'établissement ainsi qu'aux projections d'activité et de retour sur investissement attendu par le projet d'investissement »⁷. À partir de 2012, la politique d'investissement passe d'une politique de « plans » à une politique dite « d'efficacité des investissements ». L'objectif est d'assurer un effort régulier d'investissement (4,5 milliards d'euros par an prévus initialement) et de donner aux autorités de tutelle, et

L'explosion rapide de l'endettement hospitalier, et des charges d'intérêts induites estimées entre 800 millions et 1 milliard d'euro par an (1,5 % des ressources stables), s'est traduite par une redéfinition des politiques budgétaires des établissements par les autorités de tutelle visant à rendre les trajectoires de leurs dépenses plus adéquates à leurs résultats économiques et financiers.

en particulier aux autorités régionales, la capacité de définir les priorités d'investissement qui permettent d'y parvenir dans un contexte national d'austérité sur la dépense de santé. Tout l'effort des politiques publiques hospitalières, et plus globalement de santé, va alors être tendu vers le développement de la capacité d'autofinancement des établissements.

La capacité d'autofinancement (CAF) est un ratio comptable qui évalue les ressources générées par l'activité de l'établissement lui permettant de s'autofinancer. C'est un indicateur essentiel pour estimer la rentabilité du modèle économique de « l'entreprise » et déterminer aussi les conditions d'un emprunt ou d'un investissement. Par exemple, plus une CAF est élevée, et plus la capacité de faire face aux charges financières sera grande et moins les risques seront élevés pour les prêteurs, et en théorie moins les taux seront élevés.

Or pour améliorer sa CAF, selon les règles de la comptabilité, un établissement n'a pas d'autres solutions que de réduire les charges dites décaissables (celles qui impliquent une sortie d'argent) ou d'accroître les produits encaissables (recettes avec apports d'argent). Pour un hôpital qui ne maîtrise pas les tarifs de ses prestations ni le volume de patients pris en charge par exercice, et qui ne maîtrise plus les conditions concrètes de ses emprunts, cela signifie :

– ou bien d'augmenter les revenus tirés de son activité (prestations médicales ou commerciales avec reste-à-charge des malades et de leurs familles, amélioration de la qualité de la prestation, conquêtes de marchés de soins...);

– ou bien de diminuer ses charges fixes en restructurant l'offre de soins; en fermant par exemple des établissements, des lits et services dont les activités ne permettent pas d'équilibrer la dépense associée, en accroissant la productivité des services, mais aussi en fusionnant des services entre établissements (comme c'est le cas avec les GHT, les fonctions administratives et les fonctions achats...);

– ou bien en transférant sur d'autres une partie de ses charges (territorialisation des dépenses de santé par un recours aux financements de structures sanitaires connexes des collectivités locales: les maisons de santé adossées aux hôpitaux locaux transformés en EHPAD par exemple...).

En bref, que ce soit la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 initiée par R. Bachelot, la loi de modernisation du système de Santé de 2016 de M. Touraine, ou encore la loi d'organisation et

6. Les partenariats public-privé du plan Hôpital 2007 : une procédure mal maîtrisée, rapport public annuel de la Cour des comptes, 11 février 2014.

7. Les comptes de la sécurité sociale, Éclairages : L'investissement hospitalier, septembre 2014, p. 110.

de transformation du système de santé (Ma santé 2022) de 2019 de A. Buzyn⁸, toutes les dispositions législatives vont chercher à ajuster les mécanismes de financement contraint des établissements (contrainte d'austérité) aux objectifs de maintien d'un certain niveau de CAF capable de pérenniser au moindre coût financier (mais pas humain ni sanitaire) un certain pallier d'investissement annuel.

Nous mesurons aujourd'hui avec la crise sanitaire imputable à la pandémie du covid-19 les effets délétères au plan sanitaire de ces choix de gestion des établissements de santé qui ont cherché à imposer les critères de gestion de l'entreprise privée au service public hospitalier.

Quelle leçon tirer de l'évolution des conditions du financement de l'investissement hospitalier ?

D'abord un constat. Si le taux d'endettement des établissements continue de croître, leur effort d'investissement lui n'en finit pas de diminuer. L'effort d'investissement minimal pour l'investissement courant étant même passé pour presque la moitié des établissements sous la barre des 3 %, à savoir le niveau qui permet la stricte reproduction des moyens de la prise en charge hospitalière courante. En matière d'investissement, toutes les réformes conduites sont des échecs.

Ensuite, une récurrence. Il apparaît que toutes ces évolutions sont travaillées par un fil rouge : d'une part, la construction d'une politique hospitalière assise sur la réduction de la dépense publique de santé et de la branche maladie de la sécurité sociale, et d'autre part, la construction d'un circuit de prélèvement financier opéré par les institutions bancaires et les grands groupes investisseurs sur l'activité hospitalière. En cela, les politiques d'investissement hospitalier répondent aux objectifs de réorientation de la dépense publique et sociale vers la rémunération du capital. En cohérence, elles confortent les orientations de la politique publique de santé dans ce sens, qui réorganisent l'offre de soins hospitalière pour cela. Et désormais techniquement, elles construisent les outils qui permettent mécaniquement aux opérateurs financiers ou aux investisseurs de siphonner les dépenses de fonctionnement de l'hôpital public pour se rémunérer. Il faut bien mesurer qu'à raison de 800 millions à 1 Md d'euros par an d'intérêts bancaires et de 1 Md minimum d'économies annuelles décidé désormais à chaque PLFSS, l'hôpital public est un pourvoyeur non négligeable de ressources pour les marchés financiers dont son investissement est un véhicule essentiel. C'est clairement un renversement de la logique qui a prévalu à la création de la sécurité sociale en 1945 : prendre sur les profits et le capital pour financer la réponse aux besoins des populations. Et cela malgré le prix humain et sanitaire qu'il en coûte...

Quelle autre politique d'investissement pour l'hôpital ?

Il y a aujourd'hui urgence à repenser la politique d'investissement pour l'hôpital avec l'objectif de répondre aux besoins de santé du pays avant de répondre aux besoins du capital. C'est d'autant plus urgent que la toute récente note de la Caisse des

dépôts et consignations visant à dessiner le cadre futur des moyens à mobiliser pour l'hôpital après la crise sanitaire du coronavirus, ne fait que reproduire en les accentuant les orientations délétères du passé.

Répondre à l'endettement de l'hôpital pour créer des leviers d'investissement

La situation financière des établissements a besoin d'être allégée du poids du surendettement.

Le gouvernement a décidé de reprendre 1/3 de la dette hospitalière pour relancer l'investissement aujourd'hui en berne. Mais, selon les acteurs économiques et financiers de l'hôpital⁹, rien n'indique aujourd'hui que cette reprise de dette se traduira par sa sortie du bilan des établissements. Tout semble s'orienter vers un versement en capital et intérêts par l'État permettant d'honorer les prêts jusqu'à leur échéance, et non par un effacement partiel des charges d'intérêt ou du capital ni par une restructuration des prêts. C'est toujours les finances publiques qui assumeront le financement des marchés. Par ailleurs, la contractualisation prévue à cette reprise de dette envisagerait un certain nombre de contreparties en termes d'investissements visant à atteindre les objectifs du plan « Ma santé 2022 », notamment en termes de trajectoires financières. C'est clairement l'option envisagée par la CDC dans sa note pour l'hôpital, qui fera qu'au passage, le différentiel de taux entre celui des établissements et celui auquel l'État emprunte aujourd'hui sur les marchés, ce dernier empochera un substantiel bénéfice par l'opération.

En l'état, l'annonce gouvernementale ne résoudra pas les contraintes liées à la charge de la dette hospitalière. Pour cela, il faudrait que la dette puisse être largement restructurée par un refinancement à taux 0 par un organisme financier dédié. Or en mars dernier, le gouvernement a entériné la constitution d'un grand pôle financier public autour de la CDC. La CDC est devenue actionnaire majoritaire de La Poste, et donc de la Banque Postale, qui elle-même est devenue actionnaire majoritaire de CNP Assurance. L'État conservant 34 % du capital de La Poste, il garde une voix prépondérante dans le montage. L'État, la CDC et la Banque postale ont annoncé dans le même temps un accord concluant le rachat par la CDC des participations de l'État et de la Banque postale au capital de la SFIL, dépositaire notamment des emprunts structurés hospitaliers de l'ex-Dexia restants dans le bilan de la SFIL. Parallèlement, la BCE a annoncé son intention de racheter massivement les titres de dette publique et privée détenus par les banques et les investisseurs.

Ce pôle financier public pourrait dès lors devenir l'acteur pivot d'une nouvelle politique de financement des établissements hospitaliers, et notamment de leurs investissements. En premier lieu, il pourrait effacer les emprunts structurés des établissements qui continuent de courir. Ensuite, il pourrait devenir ce refinancier à taux 0, voire à taux négatif, via la BCE, dont les hôpitaux ont besoin pour restructurer leurs dettes. En libérant annuellement plus de 1 milliard de dépenses de charges financières (annulation des intérêts et réduction du remboursement du principal), les établissements retrouveraient en partie des marges de manœuvre d'investissement. Enfin, ce pôle public financier pourrait en plus devenir

8. La lecture de l'annexe 8 du rapport d'O. Véran de 2017 (*L'évolution des modes de financement des établissements de santé : un nouvelle échelle de valeur*) est à ce titre explicite. Après avoir pointé toutes les contradictions du financement des établissements qui pèsent sur leur investissement (ONDAM insuffisant, T2A qui réduit par construction sur la marge brut des établissements et oblige à des gains de productivité inconséquents avec les exigences sanitaires, logique financière et non sanitaire du COPERMO, opacité du fonctionnement des ARS...), les préconisations avancées qui donneront corps en partie aux dispositions de la loi Buzyn se contentent d'approfondir les dispositifs à l'œuvre.

9. *Reprise de la dette par l'État - Point d'étape*, Finances hospitalières, avril 2020.

aussi un financeur à taux 0 ou négatif des politiques d'investissement des établissements. Ce qui allégerait considérablement les coûts de leur fonctionnement, mais aussi de leur développement. Et d'une certaine manière contribuerait aussi à soutenir le développement du secteur pharmaceutique (recherche et production) en facilitant le recours de tous les établissements aux découvertes récentes en matière pharmacologique (révolution du biomédicament qui aujourd'hui plombe par son coût les établissements et hypothèque parfois les chances de traitement et de survie des malades).

Enfin, en écho à la crise sanitaire mondiale, ce Pôle financier public pourrait constituer une amorce à la constitution d'un Fonds européen de financement des services publics directement abondé par la BCE.

Redéfinir les critères de gestion de l'hôpital pour que l'investissement réponde aux besoins des populations et pas d'économies sur la dépense sociale

Aujourd'hui la gestion hospitalière est moins tournée vers la réponse aux besoins des populations et des territoires que vers le rationnement de la dépense publique et la captation par les marchés de la dépense publique et sociale. En faisant de la CAF son critère opératoire, elle pousse à l'économie sur la dépense et à la privatisation de l'offre de soins. Il est donc nécessaire de redéfinir les critères de gestion de l'hôpital.

En premier lieu, il est impératif de réaffirmer la logique capacitaire de l'investissement. L'investissement hospitalier doit permettre aux établissements de répondre précisément aux besoins des populations et des territoires. Il doit leur donner les capacités matérielles, humaines et technologiques de cette intervention. Ce qui implique de ne pas conditionner l'investissement par la CAF des établissements afin d'éviter de peser sur l'offre de soins, mais de financer les investissements sur la base d'une évalua-

tion des objectifs sanitaires des territoires dans une dynamique de démocratie sanitaire active associant véritablement l'ensemble des acteurs (praticiens et usagers) de la santé à chaque échelon de décision (national et régional).

Une telle procédure ne signifie pas qu'il faille renoncer à un critère d'efficacité de l'investissement. Au contraire, la redéfinition des objectifs du COPERMO, mais aussi de sa composition et de sa structuration, pourrait ouvrir la voie à une mutualisation de sources de financement des investissements lourds des établissements. Plutôt que chercher le retour sur investissement, le COPERMO pourrait alors s'appuyer sur des indices sanitaires et démographiques pour ajuster le niveau de l'investissement des établissements.

De même, plutôt qu'intégrer le financement des investissements courants dans les tarifs de la T2A, ce qui oblige à calibrer ses investissements de telle sorte qu'ils dégagent une marge brute d'exploitation, et donc qu'ils pèsent sur les capacités de l'offre de soins, ces investissements pourraient être définis directement par les équipes médicales en fonction de critères d'efficacité du service public de soin rendu à la population évalués par des indicateurs de santé collectivement définis (localement et nationalement, voire aussi aux niveaux européen et mondial), mais aussi contrôlés par des structures ad hoc démocratiquement constituées.

Sortir le financement des investissements des logiques d'austérité

Les marges de manœuvres des hôpitaux sont restreintes par les politiques d'austérité. La pression sur l'ONDAM se traduit inexorablement par un endettement parallèle des hôpitaux publics. Libérer les capacités d'investissement des établissements implique alors de renoncer à ces politiques. C'est évident, mais cela vaut mieux de le rappeler. ■

Convention citoyenne pour le climat

Alain Tourneise

La convention citoyenne pour le climat a rendu sa copie. Si elle n'est pas exempte d'errements, beaucoup de ses propositions méritent l'intérêt car elles constituent autant de points d'appui pour faire avancer nos propres idées.

Composée de 152 citoyens tirés au sort à partir d'une liste aléatoire de numéros de téléphone, la convention citoyenne se présente elle-même comme des « citoyennes et citoyens libres, indépendants de tout parti ou influence, représentatifs de la société ». Dès cette première phrase, on pourrait être tenté de sourire.

En quoi l'indépendance de tout parti constitue-t-elle un atout dans une assemblée dont le but est justement d'élaborer des propositions politiques ? Quant à l'indépendance de toute influence, sauf à vivre dans une caverne... On est bien là dans la supercherie macronienne qui vise à dépolitiser la réflexion citoyenne pour mieux la manipuler.