

Michel Espinat
Comité de Rambouillet

Investissements hospitaliers

Avec la création de la Sécurité Sociale, sous l'impulsion du ministre communiste Ambroise Croizat, en 1945, la solidarité de tous pour chacun a remplacé la charité.

Le nombre d'hôpitaux est, depuis cette période, en progression constante et augmente considérablement jusque dans les années 70 avec notamment la création des CHU (1958). L'énorme investissement hospitalier est, pour une grande part, réalisé par des subventions publiques de la Sécurité sociale administrée par les salariés élus.

Sous Giscard, le VII^e Plan (1976-1980) marque le coup d'arrêt de cette dynamique. Désormais l'hôpital public doit réduire son train de vie. La commission santé du Plan propose de réduire l'indépendance financière des établissements et de réduire les subventions publiques.

A la fin des années 1970 et au début des années 80, c'est la période Thatcher et Reagan, l'État devient « le problème » : il faut freiner voire réduire les dépenses publiques y compris de santé. C'est le tournant de la rigueur de Mitterrand 1983. L'investissement hospitalier doit se réaliser par le biais de financements de marché. Depuis, l'endettement des hôpitaux est devenu alarmant.

Deux décisions majeures conduisent les hôpitaux dans une impasse financière. D'une part, la loi Juppé de 1996 crée l'ONDAM afin de ramener le déficit public en dessous de 3 %, : celui-ci est systématiquement inférieur aux dépenses de santé courantes. D'autre part, Raffarin premier ministre de Chirac met en place la T2A en 2004-2005 pour l'hôpital public, dans le cadre d'une enveloppe fermée avec une valeur des actes non garantie. L'insuffisance des recettes qui en découle, conduit les hôpitaux à réduire les dépenses de personnel, à pratiquer des cessions immobilières, à s'endetter pour moderniser les bâtiments et les équipements.

Le gouvernement Raffarin lance en 2003 le plan hôpital 2007 suivi en 2007 du plan hôpital 2012 de Fillon. Afin de rattraper leur retard, les deux plans incitent les hôpitaux à réaliser des investissements immobiliers et matériels en empruntant auprès des banques et des marchés financiers.

Résultats de tous ces choix politiques : la dette des hôpitaux publics (accrue souvent par des emprunts dit « toxiques » et très coûteux pour les établissements concernés) passe de 9 milliards d'euros en 2003 à 30 milliards d'euros actuellement.

Dans beaucoup d'établissements, face à la dette qui s'accumule, la solution réside dans les suppressions d'emplois et /ou la baisse des investissements. En clair, plus la dette augmente, plus l'investissement diminue.

Les conséquences sont désastreuses pour bon nombre d'établissements : l'entretien courant est réduit au maximum, les travaux lourds pourtant nécessaires sont différés, l'équipement médical n'est plus ou peu modernisé. Les locaux hospitaliers se délabrent...

Simultanément, et pour les mêmes raisons, le déficit des établissements hospitaliers s'amplifie : il s'élève à 345 millions d'euros en 2008. En 2018, il a presque doublé atteignant 569 millions d'euros et beaucoup plus aujourd'hui. Une prise de conscience se réalise chez une partie des soignants : le déficit des hôpitaux est sciemment organisé pour les obliger à se restructurer, pour réduire le service rendu à la population.

Derrière tout cela, il y a le projet constant de nos gouvernants du détricotage des mesures du programme du CNR comme l'avait annoncé tout haut Denis Kesler (MEDEF) : privatiser la Sécurité sociale attaquée de toute part au profit de groupes financiers, orienter ceux qui en ont les moyens financiers vers les établissements privés de santé et réserver les hôpitaux publics « rapetissés » aux plus démunis : c'est le modèle anglo-saxon.

Mais les français restent très attachés à leur Sécurité Sociale ainsi qu'à leurs hôpitaux publics. De nombreuses mobilisations l'ont montré. Il nous faut porter des solutions d'avenir pour sortir de ces impasses.

Il le faut d'autant plus que la question de la refondation de notre hôpital public est à l'ordre du jour. Une refondation ambitieuse qui réponde aux grands enjeux sanitaires de notre société liés à la prévention, au vieillissement de la population, à l'augmentation des patients souffrant de multiples pathologies, aux formidables progrès technologiques à venir, à la recherche médicale, mais aussi aux effets du changement climatique, aux risques épidémiologiques qui vont perdurer, au travail en réseau avec la médecine de ville, à l'association de citoyens...

Comment redonner à la Sécurité Sociale qui doit être « désétatisée », les moyens pour financer les investissements indispensables à l'hôpital public ?

Deux propositions permettraient de donner les moyens financiers d'affronter les défis d'aujourd'hui et de demain à la Sécurité Sociale : d'une part augmenter les cotisations sociales patronales et d'autres part augmenter les salaires afin de redonner des moyens nouveaux à la Sécurité Sociale dont une partie pourrait être affectée à l'investissement hospitalier.

A ceux qui, légitimement, craignent que l'actuelle crise économique et sociale empêche les entreprises de supporter de tels prélèvements supplémentaires, il faut rappeler que les entreprises du CAC 40 vont verser 51 milliards d'€ en dividende à leurs actionnaires, que les entreprises ont bénéficiées de 150 milliards d'€ par an avec le pacte de responsabilité et le CICE auxquels il faut ajouter 155 milliards d'€ d'aides en 2020 en raison de la pandémie de Covid !

Dans l'immédiat, tout en réclamant le principe d'un effacement de la dette hospitalière publique actuelle, nous pourrions défendre plusieurs revendications pour financer l'investissement hospitalier public :

- arrêt des emprunts auprès d'établissements bancaires privés sauf si taux à 0%
- retour à un subventionnement public massif des hôpitaux publics.
- emprunt à taux zéro auprès d'organismes publics de crédits.

** Beaucoup de chiffres cités proviennent du livre « Soigner l'hôpital » de Pierre Ivorra Editions Eyrolles*