

1 AVRIL 2020 PAR LAURENT MAUDUIT ET MARTINE ORANGE

À la demande d'Emmanuel Macron, la Caisse des dépôts travaille à un plan pour l'hôpital public. Mediapart en révèle le contenu. Au lieu de défendre l'intérêt général, il vise à accélérer la marchandisation de la santé et sa privatisation rampante.

Depuis que la crise sanitaire a déferlé sur le pays, Emmanuel Macron a dit à plusieurs reprises qu'il veillerait à défendre l'État-providence. Une conversion surprenante : dans le passé, il a toujours défendu des positions néolibérales, très critiques à l'encontre de cet État-providence. Mais il assure désormais qu'il ne sera pas prisonnier de ces croyances. *« Ce que révèle d'ores et déjà cette pandémie, a-t-il dit lors de son allocution au pays le 12 mars, c'est que la santé gratuite sans condition de revenu, de parcours ou de profession, [pour] notre État-providence, ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe [...]. Il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché. »*

Malgré tout, sans doute est-il prématuré de croire dès à présent qu'Emmanuel Macron a changé. En tout cas, le plan que la Caisse des dépôts et consignations (CDC) est en train d'élaborer à sa demande pour l'hôpital public, et dont Mediapart est en mesure de révéler la première ébauche, va totalement à rebours de ses déclarations. Ce document expose une série de propositions qui s'inscrivent toutes dans la philosophie néolibérale qu'Emmanuel Macron a toujours défendue par le passé. Privatisation rampante au travers de sulfureux partenariats public-privé (PPP), marchandisation accélérée de la santé : voilà un plan qui tourne le dos aux valeurs de l'État-providence.

Si l'on en croit les critiques que nous avons recueillies auprès de plusieurs experts de l'économie de la santé ou de l'hôpital, ce plan pourrait même attiser de violentes polémiques dans le pays, tant il contredit la posture prise par le chef de l'État depuis le début de la pandémie.

L'origine de ce plan est connue. En déplacement à Mulhouse, mercredi 25 mars, pour visiter l'hôpital militaire de campagne qui venait d'y être construit, le chef de l'État a fait des promesses fortes, mais sans en révéler les modalités, ni les montants, ni le calendrier. Il a juste assuré qu'« à l'issue de cette crise, un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières sera construit pour notre hôpital ». Sans emporter la conviction, il a encore dit : *« Beaucoup a été fait, sans doute pas suffisamment vite, pas suffisamment fort. »* C'est dans ce cadre présidentiel que s'inscrivent les travaux préparatoires de la CDC.

Ce plan est élaboré par la direction de l'investissement de la Banque des territoires, laquelle est chapeauté par la CDC. Selon nos informations, ce travail de réflexion a été engagé sur une commande de l'Élysée, sans que nous ayons pu savoir si la présidence de la République a sollicité d'autres services de l'État ou d'autres organismes. La note, qui est encore une mouture provisoire, a été écrite par deux hauts fonctionnaires de la CDC, Adelphe de Taxis du Poët et Pierre Menet.

*** La philosophie générale du plan.**

Tous les experts que nous avons interrogés – professeur de médecine, économistes, sociologue – portent sur cette note un regard similaire. S'ils relèvent ici ou là quelques avancées, ils constatent qu'elle ne tire aucun enseignement de la crise sanitaire historique que nous traversons et cherche à

poursuivre et même à accélérer les processus de privatisation rampante et de marchandisation de la santé, qui étaient déjà à l'œuvre les années précédentes.

Il est d'ailleurs assez frappant de relever que du début à la fin, la note ne cesse de mentionner le secteur privé, pour une cascade de raisons, comme s'il était un acteur majeur pour l'hôpital, dont le statut public est ainsi quasiment dissous. Cette référence au privé apparaît évidemment dans les fameux partenariats public-privé ; pour le développement de la « santé numérique », il est aussi fait mention du rôle de 700 start-up qui sont aussi... privées. Dans une note en bas de page, il est aussi fait l'éloge de nombreux assureurs privés qui soutiennent l'« *Alliance digitale pour le Covid-19* », laquelle est « *composée de Docaposte, la start-up lilloise Kelindi, l'agence Dernier cri, Allianz France et le cabinet d'avocats De Gaulle Fleurance & associés* ». Et la note ajoute : « *Le consortium est soutenu par AG2R La Mondiale, AstraZeneca, CompuGroup Medical, Johnson & Johnson, La Banque postale assurances, Malakoff Humanis, la plateforme de téléconsultation MesDocteurs et le groupe VYV.* »

Bref, d'une ligne à l'autre, c'est une ode de chaque instant au privé.

Chargé de recherche au CNRS, rattaché au Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3), le sociologue Pierre-André Juven fait ce constat très sévère : « *Le seul affichage du secteur marchand comme solution à la crise est potentiellement périlleux pour les responsables politiques qui cherchent toujours à éviter l'accusation de privatisation de l'hôpital public. L'intrusion encore plus grande du privé (car déjà existante) s'articule donc à celle – moins crispante pour beaucoup d'acteurs – de l'innovation et notamment de l'innovation numérique.* » On trouvera sous l'onglet Prolonger associé à cet article la version intégrale de la note que nous a adressée le sociologue. Elle peut aussi être consultée ici.

Et Pierre-André Juven ajoute : « *Ce document est le révélateur très net des orientations actuelles en matière de réformes de la santé : nécessité de faire plus de place au privé ; croyance forte dans l'innovation numérique comme solution au double enjeu de la qualité des soins et de la contrainte financière ; responsabilisation et individualisation face au risque. Les quatre points généraux du document ne sont qu'un coup de tampon aux stratégies édictées depuis plusieurs années. Loin de remettre en cause les orientations délétères des réformes conduites depuis plus de vingt ans, ils conduisent à accélérer la casse de l'hôpital public. Ce document n'est pas seulement la marque d'une volonté d'étendre l'emprise du privé au sein de l'hôpital public, il traduit la conception technophile, néolibérale et paternaliste qu'une grande partie des acteurs administratifs et des responsables politiques ont de la santé.* »

Un conflit d'intérêts pour la CDC

Interrogé également par Mediapart, le professeur André Grimaldi, fondateur du Collectif Inter-Hôpitaux, juge aussi sévèrement cette note. Il souligne en particulier qu'elle présente le vice majeur de mettre sur un pied d'égalité l'hôpital public et d'autres établissements, dont les établissements privés de santé à but non lucratif (Espic), qui, même s'ils sont détenus par des mutuelles et des fondations, sont régis par d'autres règles, notamment celles de la concurrence, ce qui leur permet d'embaucher les soignants sous des contrats individuels, de faire leur mercato pour débaucher des professeurs de renom, avec les rémunérations afférentes. Cette mise sur un pied d'égalité de ces

établissements a, selon lui, pour effet d'effacer la frontière entre public et privé et s'inscrit dans une logique de marchandisation.

Jean-Paul Domin, professeur de sciences économiques à l'université de Reims et membre des Économistes atterrés, soulève, avant toute chose, une question de méthode : « N'y a-t-il pas un évident conflit d'intérêts à demander un rapport à la CDC sur l'hospitalisation ? La CDC, via une de ses filiales Icade santé, est un acteur majeur de l'hospitalisation privée lucrative. Icade santé est détenue à hauteur de 38,8 % par la CDC et pour 18,4 % par Prédica SA (la filiale assurance du Crédit agricole). Icade s'est spécialisée sur le marché de l'immobilier sanitaire. Elle possède un portefeuille de 135 établissements de santé valorisé à hauteur de 5,5 milliards d'euros. Elle est déjà partenaire de marques reconnues (Elsan, Ramsay santé, Vivalto) ainsi que des groupes régionaux. Icade souhaite également investir le marché des Ehpad et annonce un accord de partenariat avec le groupe Korian. » On trouvera également sous l'onglet Prolonger associé à cet article la version intégrale de la note que nous a adressée Jean-Paul Domin. Elle peut aussi être consultée ici.

Professeure d'économie à l'université de Dauphine, directrice du laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé, Brigitte Dormont s'interroge sur la fonction de « ce genre de note », qui commence par des éléments de diagnostic familiers à tous ceux qui connaissent la santé (les défis posés par l'augmentation des maladies chroniques, les problèmes budgétaires des hôpitaux publics, la nécessité de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé), avant d'insister lourdement et à plusieurs reprises sur l'intérêt qu'il y aurait à attribuer de l'argent public au secteur hospitalier non lucratif.

Dans cette note se présentant comme une série de « *propositions post-Covid-19 dans le domaine de la santé* », la place faite aux établissements privé de santé à but non lucratif est pour le moins remarquable, avec l'idée que ces établissements auraient besoin d'un sauvetage financier spécifique. « Or, il faut savoir que ces établissements n'occupent qu'une place minoritaire dans l'offre de soins hospitaliers. Ils représentent, selon les dernières statistiques disponibles, 14 % des lits, bien moins que l'hôpital public (61,6 %) et moins aussi que les cliniques privées. Et leur situation financière est plutôt bonne, avec un résultat excédentaire dans les derniers comptes publiés et un endettement en baisse ».

L'universitaire observe que ces Espic « sont financés via la tarification à l'activité (T2A) par de l'argent public de la même façon que les hôpitaux publics mais ont probablement aussi des ressources annexes ». Or, ils livrent à ces hôpitaux publics une véritable concurrence. N'étant pas contraints par la grille salariale de la fonction publique, ils peuvent offrir des rémunérations beaucoup plus attrayantes, ce qui entraîne une « fuite des médecins de haut niveau des hôpitaux publics à leur profit ».

*** La restructuration de la dette**

À lire la note, on pourrait toutefois être rassuré sur un point : au moins la puissance publique est-elle consciente du poids que représente la dette pour les hôpitaux. Comme en novembre 2019 l'État avait annoncé qu'il reprendrait à sa charge un tiers de la dette des hôpitaux, la note préconise une restructuration des deux tiers de la dette restante.

Mais la proposition est très ambiguë, car la note met effectivement sur un pied d'égalité l'hôpital public et les établissements privés de santé à but non lucratif. Or, les mutuelles, fondations ou

associations qui les contrôlent sont le plus souvent devenues au fil des ans des organismes financiers mutants, ayant depuis longtemps abandonné l'idéal mutualiste pour copier les mœurs des marchés financiers. En clair, les mutuelles ou institutions de prévoyance agissent de plus en plus souvent comme des acteurs privés, par exemple de l'assurance. Elles sont soumises aux mêmes contraintes prudentielles et sont saisies des mêmes fièvres de concentration ou de regroupement. Comme le répète depuis longtemps le professeur Grimaldi, c'est par elles que transite le virus de la marchandisation et de la privatisation rampante dans le secteur de la santé.

À la lecture de la note, il apparaît que la restructuration de la dette envisagée par la CDC concerne d'abord celle de ces Espic – ce qui est évidemment révélateur. D'où la proposition de la note : « *Nous pourrions imaginer un fonds de dette qui prêterait en hybride soit aux hôpitaux, soit préférentiellement aux mutuelles.* »

L'amalgame public/privé ne s'arrête pas là, puisque, dans le cadre toujours de la restructuration de la dette, la note envisage aussi la « création d'un fonds de partage », un peu sur le modèle du fonds « F2i », créé par la Fondation de France. Si l'appellation est opaque, le but du dispositif est assez simple : il s'agit d'user des pratiques du « private equity » (investissement dans les entreprises non cotées) mais pour des buts à vocation sociale. Ou, si l'on préfère, il s'agit de créer un fonds hybride mariant, si cela est possible, les pratiques de la haute finance spéculative et le social. Pour ce mariage contre nature, la CDC envisage pour de « faire souscrire [à ce fonds] des investisseurs privés ou publics, corporate ou institutionnels ». Cette proposition résume à elle seule tout l'esprit de la note : il s'agit d'organiser une consanguinité généralisée entre le public et le privé.

Mais il y a sans doute plus grave que cela, comme le relève Pierre-André Juven : « La création de "fonds" est à l'inverse de ce qu'il faut faire, à savoir une augmentation de façon pérenne et annuelle des moyens de l'hôpital public ; il y a des besoins d'investissement, certes, mais aussi de fonctionnement ("lits", personnels, etc.). Le document traduit clairement la volonté de ne pas aller vers une augmentation de l'Ondam (objectif national des dépenses d'assurance maladie). » L'Ondam est cette norme d'évolution des dépenses fixée par le gouvernement dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale et qui organise l'austérité : pour l'hôpital, il est de +2,4 % pour 2020.

De l'austérité qui étouffe l'hôpital depuis si longtemps, et contre laquelle tous les personnels hospitaliers ont sans cesse manifesté, notamment tout au long de l'année 2019, et jusqu'à ce que commence la pandémie, il n'est tout simplement pas fait mention.

L'universitaire Brigitte Dormont relève, elle aussi, que la note de la CDC veut restructurer la dette des hôpitaux publics, mais tout autant celle des Espic, alors que leur endettement est en phase de réduction et parfaitement soutenable. « En gros, le contenu essentiel de la note, c'est de proposer que de l'argent public et des actions de consolidation financière soient orientés vers le secteur privé non lucratif, sans argument pour fonder cette proposition. » « Un petit passage surréaliste propose même que le fonds de dette s'adresse "préférentiellement aux mutuelles ou aux fondations propriétaires des Espic", étonnant ! »

La logique de la marchandisation généralisée*

Les partenariats public-privé. « Mettre en place des PPP (partenariats public-privé) vertueux. » Avec cette seule recommandation, le comité de la Banque des territoires souligne combien il s'inscrit

dans la même logique qui a conduit à une paupérisation sans précédent du secteur hospitalier, et à le mettre sous contrainte permanente de la dette pour le miner de l'intérieur.

Car même si les nouveaux projets se veulent respectueux de l'environnement, comme il est recommandé dans la note, ce n'est pas pour cela que ces PPP en deviendront plus vertueux. Les mêmes mécanismes de surcoût, d'absence de contrôle, d'endettement massif, d'engagements très contraignants et sur le très long terme pour le seul profit du privé demeurent. Et ils sont mortifères pour le secteur hospitalier. « Utiliser le PPP pour construire un hôpital entier n'est pas très heureux, les besoins fonctionnels de l'hôpital évoluant trop rapidement, au fil des avancées technologiques », reconnaissait Jean-Philippe Vachia, président de la 4^e chambre de la Cour des comptes, lors d'une commission d'enquête sénatoriale en 2014.

Dans un rapport public au vitriol sur les partenariats public-privé dans le secteur hospitalier en 2014, la Cour des comptes en a recommandé le strict encadrement. À la suite de cette recommandation, le gouvernement avait légiféré pour en limiter l'usage. Manifestement, c'est cette limitation sur laquelle veut revenir la Banque des territoires. Au nom de l'urgence, de l'efficacité bien sûr.

C'est au nom de l'urgence, de l'efficacité, que le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin a autorisé les hôpitaux à recourir massivement aux contrats de partenariat public-privé. Une formule alors vivement recommandée par Bercy : nommé directeur des affaires juridiques du ministère des finances, Jérôme Grand d'Esnon, ancien directeur des affaires juridiques de la Ville de Paris du temps de Jacques Chirac et grand connaisseur des financements politiques, s'était empressé dès son arrivée au ministère de dégager tous les obstacles de droit pour en favoriser le développement.

Déjà utilisés par le ministère de la justice pour la rénovation des prisons et des palais de justice, les partenariats public-privé sont alors apparus au gouvernement Raffarin comme l'outil idéal pour mettre en œuvre son grand plan de modernisation de l'hôpital : le Plan hôpital 2007.

François Fillon, alors ministre des affaires sociales et de la santé, avait déjà lancé son grand projet de sape de la Sécurité sociale : l'hôpital se devait de devenir une entreprise, la tarification à l'acte avait été introduite, les directeurs d'hôpitaux étaient considérés comme de vrais dirigeants, dispensés de tout contrôle. Mais il fallait poursuivre : réorganiser la carte hospitalière, organiser des regroupements, supprimer des lits et des structures hospitalières, rénover, voire construire de nouveaux établissements.

Mais pour pouvoir mener à bien cette grande transformation, il fallait aussi de l'argent. Plutôt que de solliciter les moyens de l'État, le partenariat public-privé était, selon le gouvernement Raffarin et ses successeurs, la solution : les projets de modernisation hospitaliers seraient portés par le privé. Ils pourraient être menés à bien sans alourdir la dette de l'État, puisque tout l'endettement serait placé en hors bilan, donc n'apparaîtrait pas dans les fameux calculs d'endettement imposés par le traité de Maastricht.

Tous les directeurs des agences régionales d'hospitalisation furent alors vivement encouragés à recourir à ce mécanisme. « Chacun d'entre eux devait présenter au moins un projet de PPP pour l'hôpital », rapporte la Cour des comptes dans son rapport de 2014. Vingt-quatre projets ont été signés sous cette forme dans la période 2003-2007, représentant un montant de 613 millions d'euros, pour un plan total de 15,9 milliards.

Un de ces PPP, celui de l'hôpital sud-francilien, signé avec le groupe Eiffage, a défrayé la chronique. « L'exemple de ce qu'il ne faut pas faire », reconnut Jean-Philippe Vachia au Sénat. Dérapage des coûts, surdimensionnement, malfaçons, retards, hôpital vide pendant des mois car inachevé et inadapté, impossibilité réaliser la moindre transformation sans payer un large dédommagement au propriétaire... : ce contrat signé dans la plus totale opacité s'est révélé un fiasco sanitaire et financier. L'hôpital se doit cependant de payer quelque 51 millions d'euros de loyer par an (au lieu des 32 millions annoncés au départ).

Les exemples de dysfonctionnement abondent. Chaque année ou presque, la Cour des comptes relève les errements auxquels on conduit ces PPP dans les hôpitaux. C'est par exemple, à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, la mutualisation des fonctions logistiques passées sous contrat de PPP, qui finalement se révèle plus coûteuse qu'auparavant. « Quatre ans après, l'intérêt économique du recours à la formule du contrat de partenariat public-privé n'avait donc toujours pas été établi », constate le rapport. Ce sont, à l'hôpital de Douai, ces deux contrats de partenariat public-privé pour la restructuration des services logistiques et la construction d'un établissement pour personnes âgées dépendantes en remplacement de l'ancienne maison de retraite. Des contrats d'une durée de 25 à 30 ans qui obèrent « structurellement les budgets annuels », note un autre rapport. Mais il y a aussi l'hôpital de Saint-Nazaire, de Bourgoin-Jallieu ou du Haut-Limousin, et tant d'autres encore.

Chaque fois ou presque, les mêmes critiques resurgissent : des contrats opaques et mal ficelés qui donnent tout pouvoir au privé, des surcoûts non contrôlés, un endettement massif à des taux beaucoup plus élevés que si la puissance publique avait assuré elle-même le financement et sur un très long terme, une surcharge financière qui ôte toute marge de manœuvre aux hôpitaux. Sans que le bénéfice du recours au privé n'apparaisse à un moment ou à un autre.

Alors que les expériences passées démontrent l'inefficacité, voire la nocivité de ce type de contrat pour le secteur hospitalier, pourquoi la Banque des territoires propose-t-elle de les remettre en cour ? Tout le monde a appris des erreurs passées, l'État est mieux armé pour surveiller ce type de contrat, les acteurs privés ont changé leur approche, plaideront peut-être les défenseurs des PPP.

Un récent rapport de la Cour des comptes européenne publié en mars 2018 montre qu'il n'en est rien. Après avoir examiné de nombreux contrats de partenariat privé-public passés dans toute l'Europe, celle-ci a constaté un « manque considérable d'efficacité, qui s'est traduit par des retards de construction et par une forte augmentation des coûts », une opacité comptable qui compromet « la transparence et l'optimisation des ressources », une inadaptation de ces contrats de long terme à suivre « l'évolution rapide des technologies ». Sa première recommandation est qu'en l'état du droit et de la pratique, il faut cesser de recourir aux partenariats public-privé, tant que tous les problèmes juridiques et financiers n'auront pas été résolus, compte tenu des « avantages limités » de ces PPP.

Proposer le recours massif aux PPP dans ce contexte revient à dire que les responsables dans l'entourage du gouvernement, en dépit des déclarations faites, n'ont pas changé : ils sont bien décidés à poursuivre la même politique de casse du secteur public hospitalier, dont nous constatons aujourd'hui les conséquences dramatiques. En utilisant d'ailleurs au passage l'argent de la Caisse des dépôts, c'est-à-dire de tous les Français, apporté en garantie de ces opérations, pour le seul bénéfice du privé, des Vinci, Bouygues, Eiffage et consorts...

*** La santé numérique.**

Dans la note analysant ce plan, Pierre-André Juven critique la logique financière dans laquelle elle s'inscrit, mais il se moque tout autant de « la logique technophile ». Il est assez frappant que « la santé numérique » constitue effectivement le point de départ de ce plan. Comme s'il s'agissait de la priorité des priorités. Et pour le sociologue, « ce n'est pas un hasard ».

Explication de Pierre-André Juven : « La volonté de décharger l'activité hospitalière et donc les besoins en personnel de santé se marient parfaitement pour les acteurs administratifs et les réformateurs/-trices à la e-santé, qui "fluidifierait" les prises en charge et l'organisation du soin. On trouve derrière l'idée que beaucoup de prises en charge/consultations seraient inutiles (à l'image des "fausses urgences "). L'innovation numérique permettrait de pallier le manque de financement public. Dans le document est prise comme exemple "la saturation du 15". Il y a toujours plusieurs façons de lire un problème : ici, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas assez de moyens mis dans le "15" que le problème se pose, mais parce qu'il n'y a pas d'alternatives efficaces (entendre par là privées). »

Pour Jean-Paul Domin, la critique est similaire : « C'est le truc à la mode. Les opérateurs complémentaires (mutuelles, assurances) se sont lancés en proposant des solutions de téléconsultation (la société Mesdocteurs.com est financée en partie par Axa, qui est au capital). La CDC oublie que cette fausse solution nécessite que l'ensemble des patients puisse avoir accès au très haut débit, ce qui n'est pas le cas pour tout le monde. L'accès à la télémédecine est marqué par de fortes inégalités. »

*** Conversion de navires en navires-hôpitaux.**

Donald Trump a suggéré il y a quelques jours de reprendre les paquebots de croisière pour les transformer en hôpitaux. Alors que tous les croisiéristes sont en plein naufrage, après l'épisode du Diamond Princess où plusieurs milliers de passagers se sont retrouvés cloués à bord pendant plusieurs semaines pour cause d'épidémie de coronavirus, le président américain avait trouvé que ce serait une bonne idée de récupérer ces bateaux. Ce qui permettrait au passage de sauver le groupe de croisière Carnival, qu'il connaît bien.

Mais on ne s'attendait pas à ce que la Banque des territoires reprenne cette idée dans une note sur la santé au temps du Covid-19. « Il s'agirait, écrit-elle enthousiaste, de conventionner avec des armateurs français la transformation, à la demande, d'un paquebot, d'un roulier, d'un ferry en navire-hôpital, en contrepartie d'une rémunération fondée sur la disponibilité (et des entraînements). Une annonce de cette nature serait sans doute très bien reçue par l'opinion publique et recevrait le soutien des Armateurs de France, très attachés au concept de flotte stratégique et à la croissance des navires sous pavillon français. La CDC pourrait financer dans le cadre de ce contrat d'affrètement les dépenses de conversion et le stock de matériel médical nécessaire à la montée en puissance de ces navires-hôpitaux ».

Il y a longtemps que la marine a des bateaux-hôpitaux qui lui permettent d'avoir des capacités de soin un peu partout dans le monde. Mais est-ce que la transformation de paquebots de croisière, souvent gigantesques, apporte une bonne réponse au sous-équipement hospitalier actuel ? Avoir des installations mobiles pourrait peut-être permettre de répondre à des besoins des DOM-TOM, où certains territoires insulaires sont sous-équipés, mais pour la France, cet appoint serait par bien des

aspects accessoire : le manque d'équipement médical et hospitalier est surtout criant sur tout le territoire, dans le Grand Est et le Massif central, dans la Creuse ou le Jura, par exemple, départements qui sont peu connus pour leur accès à la mer.

Mais au-delà, ces navires monstrueux peuvent-ils apporter une réponse en cas de pandémie, comme celle du Covid-19 ? L'exemple du Diamond Princess (mais d'autres navires de croisière ont connu des expériences aussi dramatiques) tend à prouver que le confinement dans un espace inadapté, avec des règles inappropriées, se révèle contre-productif. Certes, ces paquebots peuvent être transformés. Mais cela demanderait des moyens gigantesques pour ce faire. Serait-ce pertinent de mobiliser tant de ressources financières pour un résultat incertain, en tous les cas tardif ?

L'insistance avec laquelle la Banque des territoires soutient cette proposition, cependant, pose question. Car il semble y avoir beaucoup d'arrière-pensées et de non-dits dans cette suggestion, et notamment l'intérêt direct de la Banque des territoires et des épigones de la Caisse des dépôts : la Société de financement local (Sfil), qui a, pour partie, les mêmes actionnaires que la Banque des territoires (Caisse des dépôts et Banque postale) et garantit un grand nombre de crédits exports, s'est beaucoup engagée dans le secteur des croisières.

Depuis 2017, elle a garanti plus de 3 milliards d'euros de crédits pour les commandes de paquebots passées par MSC (détenu par le cousin d'Alexis Kohler) et Royal Caribbean auprès des Chantiers navals de l'Atlantique.

Or, ces croisiéristes sont aujourd'hui totalement à l'arrêt, et peut-être pour longtemps. Leur reprendre leurs bateaux et les transformer en hôpitaux permettrait de les soulager et peut-être de ne pas exposer les engagements importants pris pour eux avec de l'argent public. Mais est-ce vraiment le rôle de l'État d'assurer le sauvetage de groupes étrangers qui ont opté de longue date pour les paradis fiscaux ?

La colère des professions de santé*

La participation des patients. Dans son plan, la CDC évoque cette participation des patients en faisant notamment cette remarque : « Le développement des ALD [affections de longue durée – ndlr] oblige à une plus grande participation des patients à la prise en compte de leur santé... et la pandémie actuelle montre la nécessité d'une éducation (civique ?) à la santé et à la prévention... »

Une remarque qui a le don d'agacer Pierre-André Juven : « La logique néolibérale, dit-il, se retrouve bien sûr dans la place faite au secteur privé mais on la retrouve aussi concernant la place des patient·e·s. Le point sur la "participation des patients à la prise en compte de leur santé" est un retournement des acquis et des revendications des associations de patient·e·s [...]. En bref, là où les associations parlent d'empowerment pour revendiquer un droit à participer aux prises de décision, les pouvoirs publics entendent empowerment au sens d'autonomisation vis-à-vis des pouvoirs administratifs et médicaux : et donc traduisent autonomisation par individualisation. L'éducation civique à la santé traduit une approche très moralisatrice et paternaliste : en gros, il faut que les gens arrêtent de solliciter les structures de santé pour la moindre égratignure. »

*** Favoriser les soins de premiers recours.**

Il y a quelques points, en revanche, qui devraient faire consensus. C'est le cas par exemple de la participation plus active de la puissance publique (ou de la Banque des territoires ?) aux

investissements envisagés depuis des lustres dans les centres de santé, maisons de santé, centres de soins de premier recours ou centres de répit. On serait tenté de dire : enfin ! Jusqu'ici, ces investissements étaient portés par les municipalités, surtout, et les hôpitaux. Jean-Paul Domin émet toutefois une réserve : « Les solutions préconisées reposent sur la mise en œuvre de solutions financières pour la création de centres de santé ou de maisons de santé. Bien entendu, la CDC valorise les solutions techniques en oubliant que le développement des déserts médicaux résulte essentiellement d'un manque de médecins dans des zones soit rurales soit socialement défavorisées. »

Dans le même registre, Pierre-André Juven souligne « un point intéressant » : « Le soutien aux projets hospitaliers intégrés. » Explication : « Des projets, portés par des hôpitaux, le ministère de la santé et des collectivités, peuvent être soutenus afin de lier effectivement “la ville” et l'hôpital. Ils évitent des hospitalisations et une prise en charge institutionnalisée sans pour autant que le suivi avec les patient·e·s soit rompu une fois passée la prise en charge. Dans le domaine de la psychiatrie par exemple, il y a de belles initiatives de ce type. »

*** Le débat autour de ces propositions.**

Au sein même de la CDC, ce plan suscite de très vives critiques. Mediapart a soumis ce document à Éric Boubet, secrétaire général du SNUP CDC FSU qui, après lecture, dit sa consternation : « Je ne suis malheureusement pas surpris ! La CDC est le bras financier de l'État et à ce titre elle “obéit” aux ordres du pouvoir politique en place ! Avec la loi Pacte d'Emmanuel Macron, elle a perdu ce qui lui restait d'indépendance. Aujourd'hui, c'est “business et bla-bla com.” La crise du Covid-19 va encore une fois servir de prétexte. La CDC va afficher une aide considérable en faveur de l'hôpital au nom de l'intérêt général ! Mais en vérité, nous sommes bien loin de cela et l'épargne populaire servira les intérêts de la marchandisation et de la privatisation du secteur de la santé. Ici, on analyse ce drame en termes “d'impact sur les valorisations corporate de la crise actuelle.” »

Et le responsable syndical ajoute : « Alors que l'ensemble des personnels médicaux – médecins urgentistes ou chefs de service – interpelle le gouvernement pour exiger depuis plus d'un an un plan d'urgence pour l'hôpital public, ce dernier répond par une opération de business. Le rôle de la CDC est de mobiliser les fonds nécessaires pour sauver les hôpitaux publics et non de poursuivre les financements qui le tuent comme les partenariats publics/privés. L'État doit effacer totalement les dettes et engager sur les fonds propres notamment les travaux nécessaires pour les hôpitaux existants et rouvrir ceux qu'il a fermés. Ce n'est pas d'hôpitaux dits de campagne ou d'appoint dont la France a besoin ! Enfin, la revalorisation des traitements et des carrières des agents doit être immédiate. »

Jean-Philippe Gasparotto, secrétaire de l'Union des syndicats CGT de la CDC, est tout autant atterré : « C'est affligeant et très inquiétant. Cette note confirme le cours délétère de la Direction des investissements de la CDC et d'une façon générale de la Banque des territoires de la CDC qui suit elle-même l'exemple de BPI France dans sa logique libérale de banalisation bancaire. Loin de s'inscrire en réponse aux besoins criants de financements d'investissements publics d'un secteur public hospitalier à l'agonie : recherche fondamentale, manque de lits et de matériels, manque d'équipements dans tous les services, manque généralisé de valorisation des personnels, développement anarchique de secteurs privés, manque de service de prévention et surtension des urgences du fait de manque de places et de personnels, maillage territorial en déshérence,

désagrégation des parcours de santé, dislocation du lien médecine libérale de ville/ hôpitaux/CHU et développement des déserts médicaux... ce qui aurait dû conduire la direction des investissements à proposer des modèles de financement et d'investissement de long terme compatibles avec l'intérêt général (utilisation des ressources d'épargne populaire (LA) ; réallocation d'actifs des fonds d'épargne ; recherches de co-investissements avec les fonds européens (BEI...) tels qu'ils sont développés par exemple sur le champ du logement social... »

Et le responsable syndical ajoute : « Au contraire, la quasi-totalité des propositions avancées s'inscrivent dans une logique de continuité de la privatisation de l'hôpital et du secteur de la santé : soutien au PPP ; développement de secteur privé de recherche ; montage de fonds de partage et de dette avec des institutionnels privés, propositions saugrenues d'affrètement de navire-hôpital sur modèle des PPP pratiqués dans le remorquage, dette à gestion déléguée... tant de recettes éculées et hors sol, que l'on aurait plutôt attendues du service investissement corporate d'une banque commerciale. Triste. »

Plus généralement, ce sont les professions médicales qui risquent de réagir vivement, quand ils vont découvrir les véritables projets du gouvernement. Dans les heures qui avaient suivi les annonces un peu évasives du chef de l'État à Mulhouse, Le Monde avait relevé qu'elles avaient été saluées « avec prudence et amertume » – c'est le moins que l'on puisse dire – par le corps médical. « C'est dommage d'avoir dû attendre une catastrophe, mais mieux vaut tard que jamais », estimait Anne Gervais, l'une des porte-parole du Collectif Inter-Hôpitaux (CIH), qui avait orchestré en janvier la démission de près de 1 200 médecins hospitaliers de leurs fonctions administratives pour réclamer davantage de moyens. « C'est positif, mais après tous les plans qu'on nous a proposés et qui étaient en deçà de ce qui était nécessaire pour les soins, on attend de voir », nuancait de son côté Hugo Huon, président du Collectif Inter-Urgences.

Alors, pour ceux qui attendaient de voir, l'ébauche de plan de la CDC risque de les tétaniser. À croire que ce pouvoir n'a décidément rien appris du désastre en cours...