

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition, ouverte à la presse, de M. Édouard Couty,
président du comité de pilotage du « pacte de confiance pour
l'hôpital » 2
- Présences en réunion..... 18

Mercredi
22 mai 2013
Séance de 9 heures

Compte rendu n° 65

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
*Présidente***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 22 mai 2013

La séance est ouverte à neuf heures.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission entend M. Édouard Couty, président du comité de pilotage du « pacte de confiance pour l'hôpital ».

Mme la présidente Catherine Lemorton. Mes chers collègues, nous recevons aujourd'hui M. Édouard Couty, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes, pour nous présenter les résultats de la mission « Pacte de confiance pour l'hôpital » que la ministre des affaires sociales et de la santé lui a confiée en septembre dernier.

Monsieur Couty, vous avez remis en mars dernier à Mme Marisol Touraine votre rapport faisant la synthèse des trois groupes de travail constitués à cette occasion, le premier traitant du service public hospitalier et du financement des établissements de santé, le deuxième du dialogue social et de la gestion des ressources humaines, et le troisième de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital.

Avant de vous donner la parole, il n'est peut-être pas inutile de vous présenter, notamment pour les nouveaux membres de la commission.

Vous avez une longue expérience de la gestion des hôpitaux, dans les établissements d'abord – Hôpital Saint-Louis à Paris et hôpitaux de Strasbourg – puis au ministère puisque vous avez été directeur des hôpitaux, puis directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins de 1998 à 2005. Vous avez ensuite présidé plusieurs missions d'études ou de médiation confiées par le Gouvernement – organisation de la profession infirmière et des professions paramédicales, santé mentale, assises nationales du médicament en 2011.

Actuellement, vous présidez le conseil d'administration de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux – ONIAM – et le Haut Conseil des professions paramédicales. Vous présidez également la fédération régionale de Rhône-Alpes de la Fédération hospitalière de France.

Vous avez à présent la parole pour présenter les travaux de cette mission, ses constats, son diagnostic et des propositions pour assurer l'avenir et l'efficacité de notre service public hospitalier au service de nos compatriotes. Je rappelle en effet que la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » – et c'est tout son paradoxe – a fait disparaître le mot « hôpital » dans notre droit.

M. Édouard Couty, président du Comité de pilotage du « Pacte de confiance pour l'hôpital ». Madame la présidente, merci de votre accueil.

Ce travail a en effet été commandé par la ministre des affaires sociales et de la santé, Mme Marisol Touraine, au début du mois de septembre 2012. Nous l'avons rendu le 4 mars 2013. Trois groupes de travail réunissant chacun 60 ou 70 personnes ont travaillé jusqu'à la fin du mois de décembre 2012 autour des trois thématiques que vous avez rappelées : le service public et son financement, le dialogue social dans l'hôpital public, et l'organisation et le fonctionnement des établissements.

Au début du mois de janvier 2013, la restitution des travaux de ces groupes à laquelle nous avons procédé devant l'ensemble des représentants institutionnels du monde hospitalier public et privé a donné lieu à un débat constructif, auquel chacun a pu contribuer.

J'ai donc remis à Mme Marisol Touraine un rapport de synthèse accompagné de nombreuses annexes, dont le rapport de chacun des groupes de travail et les contributions de tous les partenaires concernés.

Ce rapport de synthèse compte une soixantaine de pages et comporte quarante-six propositions. Il s'organise autour de quatre thématiques : la première concerne le service public et son intégration territoriale ; la deuxième concerne le financement du service public ; la troisième concerne l'hôpital public proprement dit, son fonctionnement, son organisation et les conditions de l'amélioration du dialogue social ; la quatrième concerne les relations entre les pouvoirs publics, l'État au niveau central et les agences régionales de santé – ARS – au niveau déconcentré, et les opérateurs – en particulier les établissements publics.

La commande de la ministre portait, en fin de compte, sur des propositions visant à rétablir la confiance qui, comme cela ressort de la concertation, péchait à trois niveaux :

Premier niveau : les relations entre les patients et les institutions hospitalières. Certes, nombre de documents montrent que l'hôpital public est un des services publics, sinon le service public le plus apprécié de la population, surtout lorsqu'il s'agit de soigner de lourdes affections. Mais, depuis la loi de mars 2002 qui a reconnu le droit des patients, un certain nombre de questions sont restées sans réponse, s'agissant par exemple de la transparence du système, de la circulation des informations, de la participation des patients ou du fonctionnement des établissements.

Deuxième niveau : les professionnels. Un certain nombre d'entre eux, médecins, soignants, administratifs, gestionnaires s'interrogent sur l'avenir de leurs institutions qui traversent des périodes difficiles, que ce soit au plan financier ou organisationnel. La question qui se pose est donc de savoir comment redonner de la visibilité et rétablir les liens de confiance.

Troisième niveau : les relations entre les pouvoirs publics et les opérateurs. On a vu s'installer, sinon une certaine défiance, en tout cas un manque de confiance entre les tutelles, qu'elles soient centrales ou déconcentrées, et les établissements. Leurs relations sont parfois tendues et certains doutent de la sincérité des informations.

Je vais maintenant reprendre plus en détail les trois thèmes que j'ai évoqués précédemment.

Premier thème : le service public et son financement.

La loi de 2009 a apporté un changement important dans l'acceptation du service public hospitalier – SPH. Celui-ci était issu des ordonnances de 1958 et de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, qui lui avaient confié des missions de soins, d'enseignement et de recherche, assurées par les établissements publics, par les établissements privés participant au service public ou par des établissements privés commerciaux concessionnaires du service public.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 a mis en œuvre une approche matérielle, à travers quatorze missions de service public que l'État, *via* les agences régionales de santé, peut confier à l'ensemble des opérateurs de soins sur un territoire : les établissements publics, les établissements privés non lucratifs devenus des établissements de santé privés d'intérêt collectif – ESPIC – car ne participant plus au service public, ou d'autres opérateurs.

L'exercice de ces quatorze missions de service public – comme l'enseignement, la recherche, les soins aux détenus, la précarité, les soins dans les centres de détention, etc. – ne représente que 20 à 30 % du volume de l'activité des centres hospitaliers publics. Ainsi, 70 % de l'activité se trouve dans le champ de la concurrence, avec tout ce que cela implique, notamment au regard du droit européen.

Ce changement radical a troublé une partie des professionnels dans l'exercice de leurs missions. Ceux-ci restent, notamment dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), sur les notions de soins, d'enseignement et de recherche, qui sont les trois piliers du service hospitalier.

Dans le premier groupe de travail qui traitait de ces questions, un consensus très fort s'est rapidement formé, afin de rétablir cette notion de service public hospitalier. Chacun était cependant conscient qu'on ne pouvait pas reconstruire le service public hospitalier de 1970. À cette époque en effet, l'hôpital public était le pivot du système de santé – lequel fut d'ailleurs taxé d'« hospitalocentrisme ».

L'idée des participants de ce groupe de travail était que le service public hospitalier devait être ancré dans le territoire et ouvert sur l'environnement. Tout le monde s'est alors mis d'accord sur la nécessité de concevoir un système, construit non pas autour des institutions – médecine de ville, hôpital public, hôpital privé, secteur médicosocial –, mais autour du parcours du patient à l'intérieur du système en question. C'est évidemment plus compliqué et cela suppose de faire évoluer les pratiques et la conception de ce système.

Il en est ressorti deux idées importantes : la première est de réaffirmer l'existence du service public hospitalier autour de ses trois missions fondamentales que sont le soin, l'enseignement et la recherche ; la deuxième est de l'inscrire dans un territoire, en considérant que sur ce territoire, certaines missions de service public – comme la permanence des soins sur un territoire, l'éducation sanitaire ou la prévention – peuvent être confiées à d'autres acteurs que l'hôpital public.

Le service public hospitalier est ouvert en amont sur la ville, et en aval sur le médicosocial, les services de suite ou le retour à domicile. Le système est construit autour d'un parcours de santé ou d'un parcours de vie, pour les maladies au long cours. L'émergence très forte des maladies chroniques et l'évolution conséquente des dépenses d'affections de longue durée (ALD) montrent qu'il faut se préoccuper de la structuration et de la coordination entre les différents acteurs tout au long de ce parcours de santé.

Cette conclusion constitue une première proposition du rapport de synthèse : rénover le service public hospitalier et concevoir un service public territorial de santé en positionnant les acteurs dans le parcours de soin ou le parcours de vie des patients. Cela nécessite un ajustement du mode de financement, et donc une réforme du modèle de la tarification à l'activité (T2A) tel qu'il est actuellement appliqué.

La première proposition consiste à abandonner l'idée de mettre en place, à terme, un financement à 100 % par la tarification à l'activité, et donc à rechercher un point d'équilibre entre ce qui restera dans la part tarifée et ce qui relèvera de la dotation forfaitaire – pour les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation, les MIGAC. Aujourd'hui, l'équilibre est autour de 65 % en T2A et de 35 % en MIGAC pour le financement des établissements hospitaliers. Dans certains pays voisins, la proportion est de 50/50. Peut-être le point d'équilibre se situe-t-il à 60/40. Je ne sais pas, car nous n'avons pas eu le temps d'arriver à des conclusions plus précises. Quoi qu'il en soit, il faut trouver un point d'équilibre entre le système de financement forfaitaire et le système tarifaire. Pour la part tarifée, particulièrement pour les cours séjours, la chirurgie et l'obstétrique, il faudrait

davantage de transparence, davantage de visibilité pour les gestionnaires et les responsables d'établissements et, autant que possible, une plus grande stabilité dans les tarifs.

La deuxième proposition, qui est d'importance, est de trouver, pour les maladies chroniques et les maladies au long cours, un mode de financement mieux adapté à leur prise en charge. En effet, le système de tarification à l'activité, qui est basé sur la durée de séjour – plus la durée de séjour est courte, mieux l'hôpital se porte financièrement – ne convient pas pour les maladies chroniques, qui entraînent des séjours longs et répétés. Ce mode de financement serait sans doute un mix dotation forfaitaire/tarifs.

Ces propositions ont eu une suite. La ministre a en effet installé au ministère de la santé des groupes de travail : le premier a été chargé de mieux définir le périmètre et le contenu de ce que pourraient être les missions de service public sur un territoire de santé, et donc la fluidité avec les établissements dans le parcours du patient ; d'autres ont été chargés de la réforme du modèle de tarification à l'activité, à partir de comparaisons internationales et de travaux techniques d'adaptation de ce modèle.

Deuxième thème : le dialogue social à l'hôpital public. Cette question est importante dans la mesure où il y a beaucoup de discussions ou de débats sur le fonctionnement de l'hôpital, mais peu de dialogue social structuré. Je rappelle par ailleurs que nous sommes, à l'hôpital public, dans le cadre de la fonction publique hospitalière et que jusqu'à présent, les négociations se déroulent au niveau national.

Cette question n'a pas fait l'objet d'un consensus. Néanmoins, nous sommes parvenus à mettre d'accord la majorité des partenaires sociaux, directeurs d'établissement, médecins, personnels hospitaliers, sur les principaux facteurs du dialogue social – en prenant comme référence ce qui est communément admis, notamment par les organisations internationales du travail : l'information, la concertation et la consultation, et la négociation.

L'information circule plus ou moins bien. Cela n'appelle pas de proposition particulière, sinon faire en sorte qu'elle circule mieux et soit bien diffusée.

La loi a supprimé l'obligation d'organiser des structures de concertation comme les conseils de service ou les conseils de pôle, et a laissé aux établissements la faculté de faire comme ils le souhaitent. On a constaté que la concertation se déroulait plutôt correctement dans les établissements qui l'organisaient, mais que dans d'autres établissements, la situation était plus délicate.

Ensuite, il existe dans les établissements hospitaliers des organes consultatifs – commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement – dont le domaine de compétences a été réduit, et qui ne sont plus consultés, mais simplement informés sur certains sujets. Cela a provoqué une certaine frustration parmi les membres de ces organes consultatifs : les médecins pour la commission médicale d'établissement – CME – et les personnels et les partenaires sociaux pour le comité technique d'établissement. Nous avons donc des propositions intéressantes à formuler en la matière. Nous considérons ainsi que les organes consultatifs doivent vraiment être consultés – et pas seulement informés – sur les sujets les plus importants.

Enfin, la négociation n'existe pas, sauf au niveau national. Reste que la loi de juillet 2010, qui a suivi la négociation avec l'ensemble des partenaires sociaux sur les trois fonctions publiques – État, territoriale et hospitalière – prévoit un dispositif autorisant des négociations locales dans chacune d'entre elles. Nous voyons là une opportunité pour essayer de définir ce qui pourrait être du domaine d'une négociation locale entre un directeur d'établissement et les partenaires sociaux.

Les dispositions de la loi de 2010 l'autorisent, sous certaines conditions. J'en retiendrai deux : premièrement, qu'un accord national intervienne sur les conditions, les modalités et les matières qui seraient traitées au niveau local ; deuxièmement, que l'on respecte le principe dit « de faveur » qui consiste à ne pas négocier et signer localement des accords plus défavorables que ce qui a été négocié et signé au niveau national.

Nous avons donc proposé qu'un travail de concertation et de négociation définisse les champs qui pourraient être délégués au niveau local, et les modalités d'organisation de cette négociation à ce niveau. Ce serait une innovation assez conséquente dans le champ de la fonction publique hospitalière.

Nous avons également fait un certain nombre de recommandations liées à la gestion, au management, qui relèvent plutôt des recommandations de pratiques que du domaine réglementaire ou législatif. Il conviendrait en effet de promouvoir un management davantage participatif pour mieux diffuser l'information et mieux organiser la concertation dans les établissements.

Troisième et dernier thème : l'intérieur de l'hôpital, à savoir les questions liées à la gouvernance et à l'organisation. L'hôpital ne fonctionne pas tout à fait comme une entreprise et pas vraiment comme une administration classique et l'équilibre est délicat à trouver entre les médecins, l'administration et l'ensemble des différentes catégories et métiers, qui sont très nombreux à l'hôpital. À chaque fois que l'on touche à cet équilibre fragile, on crée des tensions. De fait, une forte tension était palpable, notamment entre médecins et directeurs.

Nous avons donc essayé de rétablir l'équilibre entre les organes délibérants, l'exécutif – dans la mesure où il faut une direction responsable qui puisse arbitrer et décider – et l'ensemble des autres partenaires qui ont voix au chapitre et doivent, notamment, donner des avis.

Nous avons examiné la question récurrente de l'articulation entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement. Nous avons fait des propositions concernant, en particulier, les nominations des médecins à l'intérieur de l'hôpital. Notre souci était à la fois de conserver sa capacité d'arbitrage et de décision au directeur, tout en ménageant à son président la capacité d'agir réellement sur ces nominations

Nous ne sommes pas parvenus à un consensus sur l'organisation interne de l'hôpital. Certains étaient favorables, d'autres étaient défavorables à l'organisation en pôles d'activité. Lorsque nous avons interrogé la directrice générale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) sur cette question, nous avons appris que son établissement avait créé 128 pôles d'activité, le plus petit comportant 400 personnes et le plus important 1 500. En revanche, dans certaines régions, par exemple en Rhône-Alpes, certains établissements n'ont que 200 lits, n'emploient que 300 personnes autour de trois pôles d'activité. Il est évident qu'on ne parle pas de la même chose et que ces différents pôles n'ont ni les mêmes compétences ni les mêmes activités.

L'idée qui a donc prévalu est qu'on n'organise pas les CHU – et *a fortiori* un grand CHU comme l'AP-HP – comme on organise un hôpital local, ni un hôpital psychiatrique comme un centre hospitalier. La gestion médico-économique exige qu'il existe des structures de regroupement pour constituer des masses critiques d'activités et de moyens. Mais il faut des structures de proximité pour recevoir les patients et faire de l'enseignement. L'université donne son agrément pour l'enseignement non pas au pôle A ou B, mais au service dirigé par le professeur X ou Y.

Ainsi, l'appellation et l'organisation sont laissées à la liberté de l'établissement. L'organisation doit être conforme – c'est un principe de base – au projet médical de

l'établissement, adaptée à son activité et à sa taille. Elle doit comporter deux niveaux : un niveau de regroupement pour la gestion médico-économique, et un niveau de proximité pour les soins et l'enseignement.

Telles sont les recommandations que nous avons faites, en disant qu'il faut abandonner l'idée qu'il y aurait un seul modèle pour tout le monde, comme dans le système actuel.

Voilà, très rapidement résumée, madame la présidente, l'ossature générale du rapport de synthèse qui comporte 46 propositions. C'est le fruit d'un travail collectif, qui a recueilli un consensus relativement important, même si la question de la gouvernance fait toujours l'objet, sinon de controverses, du moins de débats.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci, monsieur Couty, pour la présentation de votre rapport, dont l'enjeu est l'avenir du service public hospitalier.

Avant de donner la parole aux représentants des groupes, je ferai une remarque : la Fédération de l'hospitalisation privée faisait partie de vos interlocuteurs. Or nous venons d'apprendre par la presse qu'un des grands groupes privés allait se désengager de la psychiatrie. Ainsi, contrairement aux groupes privés, l'hôpital public, en tant que tel, n'a pas le droit de se désengager de ses missions.

M. Jean-Louis Touraine. Je tiens à remercier et féliciter M. Édouard Couty et toutes les personnes qui se sont mobilisées pour dresser cet état des lieux et nous faire des propositions pertinentes en faveur de l'hôpital public.

Cet état des lieux était très attendu. L'hôpital public est en souffrance. Je ne développerai pas les nombreuses raisons qui ont conduit à cette situation : difficultés budgétaires des établissements ; manque de reconnaissance du rôle de l'hôpital, de sa culture particulière et du dévouement de ses personnels. Une certaine démotivation s'installe. Reste qu'il était important de remobiliser les uns et les autres vers un projet qui puisse générer de l'enthousiasme.

M. Couty a piloté ce travail dans un esprit non partisan et a cherché à réunir tous les acteurs. Cela dit, le rapport illustre bien un désir de rupture. Il est en effet question de redonner à l'hôpital public son nom d'hôpital public ; de l'écarter de la logique d'entreprise dans la mesure où il n'est ni une entreprise ni une administration classique ; de promouvoir la notion de communauté hospitalière, dans laquelle tout le monde s'implique ; de revitaliser la notion de service public hospitalier.

Je n'évoquerai que quelques points de son rapport, à commencer par ceux qui concernent le financement de l'hôpital : plus d'obligation de convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et privés, dont les effets sont négatifs ; reconsidération de la part de la tarification à l'activité, qui peut avoir un effet inflationniste, même dans les structures publiques, en multipliant le nombre des actes au-delà des besoins. Il est ainsi proposé de rechercher un nouvel équilibre entre la T2A, le forfait et les MIGAC.

Bien sûr, rompre avec les années récentes ne signifie pas revenir en arrière ni cultiver la nostalgie d'un paradis perdu. Il faut poursuivre le progrès et affronter les défis du XXI^{ème} siècle, ce qui suppose de nouvelles missions, de nouvelles organisations, la mobilisation et l'implication de tous. Il faut donc rénover et structurer le dialogue social.

Le parcours de soins est d'autant plus important qu'il y a aujourd'hui, dans nos hôpitaux, de plus en plus de patients souffrant de maladies chroniques, et de plus en plus de personnes âgées, qui nécessitent une prise en charge différente, en termes de tarification et d'organisation. Il est crucial de s'adapter à cette nouvelle priorité.

Enfin, il faut renforcer les liens entre les différents types d'établissements et la place des usagers, rappeler l'importance de la solidarité de la communauté hospitalière et le rôle des élus – implantation sur les territoires des établissements et coopération entre ces derniers.

Je n'ai qu'une question à poser à M. Couty : pouvez-vous nous donner dès maintenant une idée du calendrier de mise en œuvre des principales propositions de votre rapport ?

M. Jean-Pierre Door. Monsieur Couty, certaines des préconisations de votre rapport opèrent un virage à 180 degrés par rapport à la loi « HPST ». On pourrait même parler de son « détricotage » ! Je remarque tout de même que si certains parlent de la désespérance de l'hôpital public, 81 % des Français s'en déclarent satisfaits.

Je vous ferai deux observations.

Premièrement, vous suggérez que les conseils d'établissement et les conseils de direction remplacent le conseil de surveillance et le directoire. Ce ne sont peut-être que des mots. Reste que j'y vois un changement de paradigme. Pourtant, monsieur Couty, j'ai fait partie pendant près d'un an du comité d'évaluation de la loi « HPST », dit « comité Fourcade ». Nous y avons obtenu le soutien de la majorité des directeurs des CHU et des centres hospitaliers régionaux et nous n'avons pas eu l'impression qu'il y avait péril en la demeure.

Il semble bien que nous nous dirigeons vers une nouvelle gouvernance. J'espère tout de même, monsieur Couty, que nous n'allons pas retrouver les corporatismes que nous avons dénoncés précédemment – notamment dans le rapport de M. Couanau et celui de M. Larcher, sur la politique hospitalière – et qui avaient en partie inspiré la loi « HPST ».

Deuxièmement, j'avais cru comprendre que vous souhaitiez revenir sur le principe de la T2A, qui est d'ailleurs appliquée maintenant dans quasiment tous les pays européens. Mais j'ai constaté que vous entendez la conserver, ce qui me rassure.

Je suis par ailleurs d'accord avec vous sur le principe d'un double financement, un mix entre la T2A et le financement au forfait pour des spécialités comme les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie ou certaines pathologies posant problème. Mais où placer le curseur ? Je pense que c'est à partir du nombre des hospitalisations que l'on pourra se déterminer.

Je terminerai par une question, qui concerne la convergence public/privé. Cette convergence, qui avait été engagée en 2004 et évoluait dans le bon sens, a été supprimée, à notre grand regret, par l'actuelle majorité. Nous étions en effet très attachés au rapprochement entre l'hôpital et les établissements privés remplissant une mission de service public. Car il n'y a pas que le secteur public : le secteur privé est tout aussi fondamental. La France compte d'ailleurs environ 1 000 établissements publics pour 1 000 établissements privés, ce qui est assez équilibré. J'aimerais donc savoir ce que vous pensez de la convergence public/privé.

Mme Véronique Massonneau. Monsieur Couty, les écologistes se félicitent de la mise en place de ce comité de pilotage du « Pacte de confiance pour l'hôpital ». Le sondage réalisé par TNS Sofres pour la Fédération hospitalière de France, paru hier, montre l'attachement des Français pour l'hôpital public – 81 % des personnes interrogées en ont une image favorable. Il nous semble donc primordial de mener une véritable réflexion autour du service hospitalier, afin de conserver et renforcer cette confiance, tout en améliorant les pratiques actuelles, qu'elles soient celles des patients ou celles de l'établissement.

Certaines des mesures annoncées pour l'hôpital nous semblent particulièrement intéressantes et intelligentes. La réintroduction formelle du service public hospitalier dans la loi et la définition de ses principes et missions est une excellente chose.

La démocratie et le dialogue social sont également deux principes que nous prônons. Les différentes concertations, telles qu'elles sont annoncées, la volonté de fortifier la place des usagers, de redonner toute leur place aux instances de consultation et d'élargir les missions des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sont des objectifs auxquels nous souscrivons.

Nous pensons qu'il convient de donner leur place à tous les acteurs médicaux d'un territoire. Ainsi, la médecine du travail, la médecine scolaire, la médecine de ville – j'entends par là tous les praticiens de ville, ainsi que les établissements médico-sociaux – doivent être associés dans les phases de concertation et de consultation. Ce n'est qu'en incluant tous ces acteurs que l'on pourra mener une réforme efficace, améliorer véritablement notre système de santé et renforcer le rôle et l'efficacité de l'hôpital public.

Outre la participation de tous ces acteurs, nous prônons, comme je le disais, la participation des usagers. Il est primordial de recentrer toutes les politiques de santé, et principalement le service public hospitalier, autour du patient. Il faut l'impliquer davantage et, pour cela, renouveler les outils à notre disposition. Votre rapport évoque tous ces points, monsieur Couty. Pourriez-vous développer les pistes que vous envisagez de proposer, celles qui vous semblent les plus pertinentes ?

Concernant le dialogue social, je m'interroge sur les moyens qui seront mis à disposition. Je pense, par exemple, aux revendications des infirmiers et infirmières. Ils sont peu nombreux à se plaindre de leur travail en tant que tel. Mais l'immense majorité revendique le droit, plus que légitime, de pouvoir exercer sa profession dans des conditions plus sereines. Concrètement, cela passe par une augmentation du nombre de personnel médical et soignant. Comment pensez-vous que l'on puisse répondre à ces attentes ? Comment associer les infirmiers et les infirmières aux décisions, afin de satisfaire au mieux une profession extrêmement importante dans le parcours hospitalier ?

Enfin, l'étude TNS Sofres pour la Fédération hospitalière de France, que je citais précédemment, révèle l'importance accordée par les Français aux conditions d'accessibilité géographique et financière. S'agissant de l'accessibilité géographique, je sais que la désertification médicale est un fléau contre lequel le Gouvernement entend lutter. Mais cette lutte doit passer par la réhabilitation des hôpitaux de proximité. S'agissant de l'accessibilité financière, je vous poserai une question : pouvez-vous nous éclairer sur les politiques qui peuvent être engagées afin d'œuvrer efficacement en ce sens ?

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur Couty, j'ai lu avec beaucoup d'attention votre rapport, dont vous venez de nous faire une synthèse intéressante. J'ai particulièrement apprécié la démarche consensuelle qui a été la vôtre. En effet, le sujet est complexe, en évolution permanente, les acteurs sont très divers et on ne pourra avancer qu'en prenant en compte les préoccupations des uns et des autres. Vous avez pris le temps d'écouter les soignants, les non-soignants et les usagers. C'était d'autant plus important que la loi « HPST » leur avait donné la désagréable impression – et ce n'était sans doute pas qu'une impression ! – d'être mis à l'écart.

D'une façon générale, et Jean-Pierre Door vient de le découvrir, ce rapport prend le contre-pied de la loi « HPST ». On y affirme, par exemple, l'unicité du service public hospitalier.

Concernant le financement, vous proposez de revenir sur la généralisation aveugle de la T2A qui conduit à des situations catastrophiques et prône une convergence tarifaire public/privé impossible à réaliser, tant les missions de ces deux secteurs sont différentes. Vous suggérez la mise en place d'un système mixte de financement. Cela me semble cohérent. C'est d'ailleurs le système le plus souvent appliqué dans les pays qui nous entourent.

Concernant l'organisation, vous mettez en avant la nécessité d'une gouvernance équilibrée en appelant de vos vœux un management participatif. Vous souhaitez recréer un espace de dialogue social et faire du projet d'établissement une œuvre collective. Si l'on veut que ce projet se réalise, il faut en effet que tous les acteurs se l'approprient. Comme nous le répétons depuis des années, l'hôpital est, non pas une entreprise – même s'il convient de se préoccuper de ses financements et de veiller à leur bon usage –, mais une organisation complexe. Nous nous réjouissons donc de retrouver cette affirmation dans un rapport officiel remis à la ministre. Cela dit, il faudra beaucoup de temps et de courage politique pour reconstruire ce qui a été détruit ces dernières années.

La loi « HPST » a établi une espèce de chaîne de commandement directe du ministère aux agences régionales de santé, de celles-ci aux directeurs d'hôpitaux, etc. Dans le même temps, elle a dépolitisé – au sens noble du terme – l'examen collectif des besoins, les nécessaires concertations avec les acteurs et les élus. La mise en œuvre des décisions est confiée à des agences qui se contentent d'appliquer froidement, au travers des plans de retour à l'équilibre, des critères budgétaires présentés comme des objectifs, lesquels ne sont d'ailleurs jamais atteints – ne serait-ce que parce que les tarifs changent.

Vous souhaitez que l'État fixe les objectifs et rende des arbitrages politiques. Cela me semble extrêmement important. Mais pour atteindre ces objectifs, il faut prendre des décisions d'ordre financier. Par exemple, nous ne pouvons plus nous contenter, comme nous l'avons fait cette année encore, de fixer un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier inférieur à l'évolution des dépenses des hôpitaux, en demandant aux agences régionales de santé de le faire respecter. Cela a conduit, par exemple, à demander à l'AP-HP de réaliser 155 millions d'euros d'économies, ce qui n'est pas possible.

Mes questions seront brèves. Avez-vous établi un calendrier de réforme ? Quels moyens nouveaux devraient être accordés aux hôpitaux ? Quelles pistes pourriez-vous nous suggérer ? Il faut avancer concrètement. Je souhaite que l'on aille au-delà des déclarations de principe, de la présentation de rapports et de la mise en place de commissions.

M. Bernard Perrut. Monsieur Couty, des propos qui ont été échangés sur les différents bancs, j'ai retenu que les Français ont confiance en l'hôpital public.

Concernant la gouvernance, vous semblez revenir sur la loi « HPST ». Je souhaiterais obtenir des précisions sur le conseil d'établissement que vous voulez mettre en place, et qui serait donc une réelle assemblée délibérante et de surveillance. Comment se ferait l'équilibre entre les élus, le directeur et les professionnels de santé ?

Concernant le service public de santé sur le territoire, vous insistez sur la nécessité de renforcer les liens entre les établissements du secteur sanitaire, médicosocial et social. Mais comment renforcer les liens entre secteur public et privé ? C'est une question qui se pose très souvent sur le territoire.

Enfin, dans quel territoire s'inscrit le service public hospitalier ? Vous avez évoqué le parcours de soins, le parcours de vie et l'outil de coopération que constitue la communauté hospitalière de territoire – la CHT. J'insisterai sur ce dernier point, car j'ai moi-même mis en place une des premières communautés sur le territoire français.

Vous suggérez, dans votre rapport, d'engager une évaluation de la pertinence et de l'efficacité des outils de coopération. A-t-on déjà procédé à une analyse des coopérations entre hôpitaux ? Vous indiquez par ailleurs que la psychiatrie a parfois disparu de cette coopération. Je peux vous dire que ce n'est pas le cas dans le département du Rhône.

Enfin, en quoi le dialogue social peut-il être amélioré ? Il existe déjà, dans nos établissements hospitaliers, des projets d'établissement. Il est vrai que d'un hôpital à l'autre la situation peut être différente. Sur ce point, je souhaiterais également obtenir quelques précisions.

M. Gérard Bapt. Monsieur Couty, l'objectif de ce rapport est de redonner au service hospitalier une pleine dimension publique, et de l'insérer dans un projet territorial dont il sera un échelon essentiel. Le service public territorial de santé devra se construire autour du parcours de soins et du parcours de vie des patients – notamment ceux qui sont atteints de maladie chronique et en ALD. Sont concernés aussi bien la médecine de ville, le secteur hospitalier, les soins de suite et de réadaptation, le secteur médicosocial, que le retour à domicile. Mais cette construction ne sera possible que lorsque les professionnels et les établissements pourront correspondre de manière systématique et immédiate entre eux. Or la mise en place des systèmes d'information hospitaliers et la transmission des données de santé accusent un énorme retard, quand elles ne se soldent pas par des échecs. Ainsi, en Île-de-France, les établissements de l'AP-HP ne peuvent pas correspondre entre eux ! Vous proposez d'investir prioritairement dans les systèmes d'information. Ne croyez-vous pas qu'il faudrait d'abord faire un audit pour essayer de comprendre les raisons de ces échecs ?

M. Élie Aboud. Monsieur Couty, des sociétés de chasseurs de tête attirent des jeunes médecins chefs de clinique et contribuent ainsi au manque de personnel ; dans les hôpitaux périphériques comme les hôpitaux généraux, beaucoup de médecins sont étrangers et ont reçu une formation différente de celle dispensée en France. Des universités étrangères viennent d'ailleurs s'installer dans notre pays afin d'y délivrer ces diplômes.

Les passerelles dans le parcours de soins entre hôpitaux publics et privés souffrent de sous-développement : dans certains hôpitaux généraux, l'absence de services n'est pas compensée par des conventions avec des cliniques, ce qui oblige parfois les patients à effectuer des déplacements de 200 kilomètres. J'ai rédigé un rapport, au cours de la précédente législature, sur la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public qui avait reçu le soutien de plusieurs députés du groupe SRC. Il préconisait la création du poste de clinicien hospitalier qui, mis en place, a apporté la preuve de son utilité pour le développement de ponts entre le public et le privé, et qui semble aujourd'hui enterré.

M. Gérard Sebaoun. L'hôpital s'est déjà beaucoup adapté grâce à ses personnels qui ont consenti des efforts importants, alors qu'ils évoluaient dans des conditions de travail difficiles dans les CHU et les hôpitaux généraux.

Dans son avis, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) avait employé le terme de « *transition épidémiologique* », qui renvoie au remplacement de maladies aiguës par des maladies chroniques et au vieillissement de la population : les CHU sont-ils capables de faire face à ces évolutions ? Monsieur Couty, vous développez dans votre rapport la notion de responsabilité sociale du service hospitalier : pourriez-vous nous la décrire davantage ? Un sondage récent a mis en lumière l'attachement des Français aux urgences hospitalières ; ils s'y rendent pour la qualité des soins dispensés et à cause de l'insuffisante implantation des maisons médicales de garde : n'y a-t-il pas un antagonisme entre la manne financière perçue par l'hôpital grâce aux urgences et le recours aux maisons médicales de garde ?

M. Fernand Siré. L'accueil des patients à l'hôpital a été centralisé dans les services d'urgences, alors que ceux-ci ne devraient prendre en charge que les seuls patients nécessitant des soins immédiats. Les effectifs de ces services ont connu une forte croissance et ont beaucoup intégré, surtout en province, des médecins étrangers pas toujours qualifiés pour cette tâche. Le manque de collaboration entre les services induit la multiplication des examens qui retarde l'établissement des diagnostics ; l'obligation de passer par les urgences pour accéder aux services spécialisés renforce ce phénomène. La mise en place des 35 heures a, en outre, entraîné de grandes difficultés dans l'hôpital public.

Le service de radiologie de l'hôpital de Perpignan a dû fermer, car, malgré la qualité de l'équipement en scanners et en IRM, les radiologues ont rejoint le privé où leur rémunération atteint un niveau deux à trois fois supérieur. Tant que ce fossé ne sera pas comblé, les médecins qualifiés, indispensables à l'utilisation des machines sophistiquées, manqueront.

M. Michel Liebgott. Parmi les 35 % de Français fréquentant les services d'urgences, 43 % d'entre eux s'y rendent du fait de l'absence de solution alternative. Je ne referai pas le procès de la politique menée en 2002 – qui a consisté à supprimer les gardes des médecins de ville et à mettre en place le dossier médical personnel qui s'est avéré un échec –, mais il convient de trouver une articulation efficace entre l'hôpital et les maisons médicales. Dans les bassins miniers, il existe un régime spécifique de sécurité sociale pour les familles de mineurs : son intégration au régime général vient d'être suspendue et il est appelé à disparaître au fur et à mesure du déclin de la population concernée, mais son organisation constitue un modèle reposant sur la proximité – assurée par des dispensaires et des hôpitaux ; ce type de régime pourrait s'insérer dans les communautés hospitalières de territoire (CHT), un tel processus étant à l'œuvre en Lorraine. Une structure proche de la liquidation judiciaire, membre de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) et située près de Florange, a été rattachée au centre hospitalier régional (CHR) ; dotée de nouvelles règles d'équilibre financier, elle a pu développer ses activités médicales grâce à l'apport de ce dernier.

M. Jean-Pierre Barbier. Lorsque l'on évoque l'hôpital, on pense tout de suite à la proximité et donc à l'hôpital public, qui assure, comme vous l'avez souligné, monsieur Couty, la permanence des soins et la prévention. La première mission de l'hôpital est de bien soigner les patients ; son image est positive pour 80 % des Français, grâce au choix de l'excellence que l'on doit conforter.

Cependant, la proximité et l'excellence sont-elles compatibles ? Les hôpitaux locaux qui emploient deux chirurgiens, l'un en orthopédie et l'autre en chirurgie viscérale, n'ont qu'un praticien disponible le week-end, si bien que la qualité des soins peut s'en ressentir. Dans le rapport, intitulé *Pacte de confiance pour l'hôpital*, vous proposez de répartir les missions en fonction des établissements : ne croyez-vous pas que cela entraînerait une hiérarchisation des hôpitaux qui inciterait les professionnels à délaisser les hôpitaux locaux au profit des CHU et qui créerait donc des déserts hospitaliers ?

Mme Chaynesse Khirouni. La saturation permanente des services d'urgences découle notamment de sollicitations non urgentes et de demandes de consultation de médecine générale que génèrent l'absence de disponibilité de lits d'aval de court ou de moyen séjour, la désertification médicale et la difficulté à fidéliser les médecins urgentistes. Comment pourrait-on améliorer l'organisation de ces services ? Quelles sont les actions à mettre en œuvre en priorité ?

Ne conviendrait-il pas de développer la formation en management d'équipe, reçue par les directeurs d'établissement ?

Mme Isabelle Le Callennec. Les conseils de gouvernance ont été instaurés récemment, donc quel sera l'apport des conseils d'établissement ? Comment seront-ils composés ?

Depuis la loi « HPST », des territoires ont instauré des contrats locaux de santé (CLS) pour répondre aux attentes des habitants, et des hôpitaux de proximité ont créé des communautés hospitalières, mais les efforts de gestion saine et de développement des bonnes pratiques ne semblent pas récompensés, notamment en termes financiers. Que pensez-vous des contrats locaux de santé qui me paraissent constituer un instrument efficace pour améliorer les relations entre les acteurs de la santé ?

Je m'associe à la question de Chaynesse Khirouni sur le management : il faut en effet intégrer cet enseignement dans la formation des directeurs d'établissement – et dans celle de l'ensemble des cadres –, car cette compétence se révèle difficile à acquérir dans une structure aussi singulière que l'hôpital.

Enfin, dans le cadre de la réforme de la T2A, les représentants des agences régionales de santé siégeant dans les conseils de surveillance des établissements doivent constamment répondre à des questions sur les dotations aux hôpitaux, notamment ceux de proximité.

M. Christian Paul. Il est indispensable que les hôpitaux retrouvent un optimum budgétaire dont ils sont aujourd'hui fort éloignés ; si ce rétablissement n'avait pas lieu, beaucoup de vos excellentes propositions, monsieur Couty, ne pourraient être mises en œuvre du fait d'un manque de financement ou d'une impossibilité pour la communauté hospitalière d'agir dans une telle contrainte financière.

Nous avons dénoncé les excès – que vous qualifiez d'effets indésirables – de la T2A, qu'aucun d'entre nous n'a défendue ce matin. Si l'on s'achemine vers une tarification mixte, il y a lieu de réformer le calcul et le fonctionnement de la part qui restera sous l'empire de la T2A : quelle piste envisagez-vous sachant que les inspections générales estiment la méthode de calcul du coût défaillante ? Pour la partie dévolue aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), quels sont les nouveaux domaines entrant dans ce périmètre ?

Des tensions financières dues à des déficits et à des endettements importants sont relevées dans de nombreux hôpitaux : la convergence tarifaire permettra-t-elle d'assainir, dans la durée, cette situation et de sortir du fatalisme budgétaire ?

Mme Véronique Louwagie. Monsieur Couty, vous avez souligné que la négociation n'existant pas à l'échelle nationale, il fallait organiser une concertation locale reposant sur des axes de discussion préalablement définis. Une telle architecture ne favoriserait-elle pas les disparités entre public et privé, et entre les territoires ?

L'application des 35 heures a conduit au développement important du volume d'heures de RTT accumulées : ce mouvement continue-t-il aujourd'hui ou connaît-il un déclin ?

Il convient d'intégrer la médecine de ville dans les réseaux des pôles de santé, afin d'approfondir ses liens avec le secteur hospitalier.

Mme Joëlle Huillier. Monsieur Couty, vous évoquez dans votre rapport différents niveaux territoriaux : sont-ils organisés par filière de soins ou par discipline ? Les territoires correspondent-ils aux anciens secteurs sanitaires ? Reposent-ils sur un pôle hospitalier public ou sur un autre établissement de santé ? Doivent-ils disposer d'une offre de soins minimale et, si oui, que contient-elle ?

M. Dominique Dord. Les débats sur l'hôpital se focalisent souvent sur des vaches sacrées et celui de ce matin n'évite pas totalement ce piège ; toute discussion sera entachée de mensonge – écueil auquel votre rapport échappe, monsieur Couty – si elle ne prend pas en compte les trois contraintes suivantes : le choix des patients – qui ont depuis longtemps anticipé la carte hospitalière et évitent de se faire soigner dans les hôpitaux de proximité comme, du reste, beaucoup de maires et de parlementaires qui les défendent pourtant –, la démographie médicale et les questions financières et budgétaires.

En tant que président d'un conseil de surveillance d'un établissement – instance qui a remplacé le conseil d'administration et en a conservé les mêmes pouvoirs –, je constate qu'il est heureux que ce soit l'agence régionale de santé qui prenne, après une phase de concertation, les décisions. Celles-ci arrêtent dans les régions des choix de réorganisation difficiles, mais nécessaires. Je soutiendrai toutes vos propositions, monsieur Couty, dans la mesure où celles-ci tiennent compte de la réalité de notre organisation territoriale et de nos pratiques ; en revanche, nous devons nous écarter de tout dogmatisme.

Mme Monique Iborra. Monsieur Couty, vous avez insisté sur le fait que l'équilibre de l'organisation institutionnelle et de la gouvernance s'avérait difficile à atteindre ; ce constat s'apparente à un euphémisme quand on songe à la tentative – vieille de plusieurs années – d'instaurer une transversalité dans l'agencement de l'hôpital par le biais de la départementalisation et à la loi « HPST » qui, dans un sens opposé, a remis en place un fonctionnement vertical contre-productif, reposant sur la culture du chef, cette démarche autoritaire ayant renforcé les antagonismes catégoriels déjà présents à l'hôpital.

Vous paraît-il possible de mettre en œuvre une déconcentration du difficile dialogue social, intégrant les organisations syndicales de la fonction publique ?

M. Olivier Véran. Monsieur Couty, il faut s'appuyer sur votre important travail de concertation effectué lors des d'auditions qui ont précédé la publication de votre rapport ; il apparaît ainsi que de plus en plus de postes restent vacants à l'hôpital public – ce qui n'est pas dû aux 35 heures, puisque le nombre de praticiens hospitaliers a fortement augmenté à la suite de la mise en place de la réduction du temps de travail – et que certaines disciplines comme l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence et l'imagerie souffrent d'un fort déficit démographique dans toutes les régions et dans l'ensemble des hôpitaux. Cela pèse sur l'organisation et sur la qualité des soins hospitaliers, car cela accroît la charge de travail des équipes restantes ; les hôpitaux ont donc de plus en plus recours à l'intérim. Celui-ci peut se révéler utile lors des congés maternité ou de maladie, ou pour faire face à une situation exceptionnelle, mais il est devenu indispensable dans certains hôpitaux et dans certaines disciplines pour assurer la continuité des soins. Avez-vous été interpellé sur cette question au cours de votre mission et partagez-vous le diagnostic que je viens de dresser ? Quels sont les conseils que vous pourriez prodiguer au groupe de travail que j'anime sur ce thème ?

Le pacte de confiance vous semble-t-il en mesure de résoudre l'ensemble des problèmes d'attractivité de l'hôpital, notamment dans le recrutement des médecins dans toutes les disciplines ?

M. Dominique Tian. Monsieur Paul, je me permets de souligner que c'est M. Couty qui défend la T2A, dans la mesure où il indique que 70 % de la T2A doivent être conservés. Il a préconisé la suppression de cette méthode de tarification uniquement pour les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie, idée que partage l'UMP ; ce système a bien fonctionné et personne ne souhaite le faire disparaître.

La remise en cause de la loi « HPST » ne nous paraît pas opportune, car elle répond au problème de la gouvernance dans les hôpitaux : en effet, que des experts de ce domaine en

soient responsables nous paraît préférable à la prise de pouvoir par les médecins, qui – bien que leur avis doive être pris en compte – ralentissaient le processus de décision.

Le rapport de la Cour des comptes sur la gestion de l'hôpital indique que les actes inutiles engendrent une dépense de 10 milliards d'euros. Il y a sans doute lieu de réaliser des efforts dans ce domaine, de même qu'il convient de s'interroger sur l'opportunité de supprimer le jour de carence qui coûtera 80 millions d'euros aux hôpitaux ; en outre, cette disposition ne fera qu'alimenter l'effrayant taux d'absentéisme, les directeurs des établissements ayant d'ailleurs récemment demandé au Gouvernement de ne pas abolir le jour de carence, car il avait permis de dégager des économies substantielles et de ne plus recourir à l'intérim. Nous appelons donc à une gestion plus responsable du personnel.

M. Édouard Couty. Les questions que vous m'avez posées, mesdames et messieurs les députés, tournent autour des thèmes du territoire, des ressources humaines et du financement.

Les groupes de travail ont apporté des réflexions nouvelles et consensuelles dans la dimension territoriale de la politique hospitalière. L'architecture actuelle de notre système de soins repose sur une construction institutionnelle qui aboutit à un système cloisonné, qui empêche une coopération efficace entre, d'une part, l'hôpital et, de l'autre, la médecine de ville, le secteur médico-social, les soins de suite et de réadaptation et l'accompagnement du retour à domicile. Une évolution s'avère nécessaire pour établir une organisation conçue à partir du parcours du patient, ce qui exige un fonctionnement plus transversal. Le rapport propose que le service public hospitalier garantisse dorénavant au patient d'être orienté et accueilli dans l'établissement adapté à sa situation.

Les réflexions doivent s'organiser à l'échelle d'un territoire de proximité – qui correspond à la zone d'exercice du médecin libéral – et non à celle du territoire de santé, utilisée par l'agence régionale de santé, qui est beaucoup plus vaste et qui intéresse le monde hospitalier. On peut concevoir qu'un hôpital général s'ancre dans une zone qui recoupe le territoire de santé, du fait de la richesse de son plateau technique, qu'un CHU constitue une référence régionale voire interrégionale et que le parcours du patient s'inscrive dans un territoire de proximité. Celui-ci doit être défini, sachant que son périmètre pourra varier d'une zone à l'autre.

De meilleures actions de coopération entre les établissements sont nécessaires. La loi « HPST » a instauré les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération sanitaire (GCS) ; il faut évaluer les premières et assouplir leur fonctionnement en permettant notamment aux hôpitaux psychiatriques et aux CHU de rejoindre plusieurs communautés. Cet aménagement doit être accompagné de l'instauration de nouveaux outils : l'État – autorité de régulation représentée dans les régions par l'agence régionale de santé – fixera des objectifs aux différents acteurs dans chaque territoire pour le traitement de certaines affections, comme les maladies chroniques – diabète, insuffisance rénale, maladie cardiovasculaire, certains cancers –, et ce dans le cadre d'un parcours de soins s'inscrivant dans un projet de territoire, incarné par un contrat de territoire. Ce dernier différera des contrats locaux de santé, ceux-ci n'impliquant que les financeurs, les opérateurs n'ayant pas leur mot à dire.

L'attractivité des spécialités médicales repose sur la rémunération, mais également sur les conditions d'exercice, qui déçoivent bon nombre de praticiens. En ville, les médecins cherchent à travailler dans un cabinet de groupe ou une maison médicale – parfois pluridisciplinaire –, afin de partager les gardes, les permanences, les expériences de traitement des patients et les formations. Les médecins présents dans les groupes de travail de la mission ont insisté sur leur volonté de participer à l'organisation du fonctionnement de leur service ou

de leur pôle et d'être associés au projet médical de leur établissement hospitalier ; une telle évolution permettrait d'accroître l'attrait de l'exercice en libéral dans les déserts médicaux, ainsi que la pratique pluridisciplinaire de la médecine à l'hôpital.

Nous pensons que le fonctionnement actuel de la T2A s'avère adapté aux courts séjours – sous réserve d'amélioration dans la transparence et dans l'élaboration du tarif –, mais se révèle impuissant à prendre en charge efficacement les maladies chroniques et les affections de longue durée. La T2A n'est pas appliquée aux soins de suite et de réadaptation et à la psychiatrie, et le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique est évalué à 15 millions : ce système ne prend donc pas en charge – ou très mal – de nombreuses pathologies ; les maladies chroniques sont appelées à se développer et nécessitent un suivi qui ne repose pas forcément sur la réalisation d'actes ou sur l'hospitalisation, modèle sur lequel est actuellement organisée la T2A. Nous préconisons donc qu'un nouvel équilibre soit instauré entre la part de la T2A et celle de la dotation forfaitaire liée aux missions d'intérêt général ; en outre, il convient, dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM), de définir un système de financement mixte entre tarification et dotation pour la prise en charge des maladies chroniques. Un consensus s'est dessiné dans les groupes de travail sur ces propositions. Pour ma part, je suis favorable à l'abandon de la convergence tarifaire dans les conditions actuelles de son déploiement, car les activités et les contraintes de chaque secteur divergent largement.

L'ensemble des partenaires sociaux et des professionnels de santé ont affirmé que chacun devait contribuer à l'effort budgétaire commun, mais à condition que celui-ci soit juste et que les acteurs soient associés aux décisions. Ainsi, ils veulent que leur participation à l'assainissement budgétaire soit dorénavant reconnue.

La politique contractuelle est un bon outil de régulation du système hospitalier : elle repose sur les contrats d'objectifs et de moyens (COM), signés avec les établissements hospitaliers sur la base d'un projet qui doit être conforme aux orientations de l'agence régionale de santé. Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) est certes nécessaire, mais il ne peut constituer le seul élément de la politique contractuelle ; l'agence devrait notamment fournir à l'établissement des perspectives sur son avenir pour, qu'une fois le contrat mis en œuvre, les professionnels disposent d'une meilleure visibilité.

Nous souhaitons que l'organisation institutionnelle repose sur un équilibre entre l'assemblée délibérante, l'exécutif – qui doit être capable d'arbitrer et de décider – et des organes consultatifs qui puissent exercer l'intégralité de leurs missions et donner leur avis sur le projet d'établissement et son financement. L'existence du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est sanctuarisée par le droit du travail, mais les agents ne l'utilisent que pour retarder les restructurations ; ses nombreuses et longues réunions dénotent une détérioration du dialogue social au sein des établissements et un mauvais fonctionnement des autres instances de consultation.

Nous proposons qu'un comité technique des usagers remplace la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), dont l'action reste floue pour la plupart des acteurs de l'hôpital. Cette commission des usagers serait présidée par une personne élue dans le collège des usagers et elle rassemblerait l'ensemble des partenaires de l'hôpital – médecins, personnels, direction et usagers ; elle posséderait les compétences actuelles de la commission – suivi de la qualité des soins et gestion des plaintes des patients –, serait systématiquement informée des avis rendus par l'ensemble des instances de l'hôpital et disposerait d'un droit de saisine du directeur ou du conseil d'établissement. Unique lieu réunissant tous les acteurs de l'hôpital, cette nouvelle instance pourrait favoriser l'émergence

d'un dialogue renouvelé, rompant avec le système qui cloisonne les médecins, les personnels et les usagers.

Enfin, il est opportun de déterminer les composantes du dialogue social qui doivent rester nationales et celles qui pourraient être déclinées localement ; une négociation nationale pourrait en effet déterminer les domaines – organisation et conditions de travail, politiques de recrutement et formation continue – pouvant faire l'objet d'accords locaux. Il ne me semble pas qu'un tel système alimente l'iniquité, dans la mesure où les dispositions prévues par la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social – accord national fixant les contours de la négociation locale et principe de faveur – sont respectées.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Couty, nous vous remercions de votre intervention, de vos réponses et de ce rapport qui n'est qu'un bilan d'étape, mais qui constitue un élément nécessaire dans l'entreprise de rétablissement de la confiance entre les autorités publiques et les personnels travaillant à l'hôpital, et entre nos concitoyens et l'hôpital. L'avenir de celui-ci ne peut se concevoir qu'avec une organisation efficace des soins ambulatoires qui se trouvera probablement au cœur de la stratégie nationale de santé que le Gouvernement devrait nous annoncer prochainement.

La séance est levée à dix heures cinquante-cinq.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 22 mai 2013 à 9 heures

Présents. – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, Mme Valérie Boyer, M. Jean-Noël Carpentier, Mme Fanélie Carrey-Conte, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Rémi Delatte, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, M. Richard Ferrand, Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Marc Germain, M. Jean-Patrick Gille, Mme Linda Gourjade, M. Henri Guaino, Mme Joëlle Huillier, Mme Sandrine Hurel, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, Mme Geneviève Levy, M. Michel Liebgott, Mme Véronique Louwagie, M. Gilles Lurton, M. Laurent Marcangeli, Mme Véronique Massonneau, M. Hervé Morin, Mme Ségolène Neuville, Mme Monique Orphé, Mme Luce Pane, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, Mme Barbara Romagnan, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, M. Jean-Sébastien Vialatte

Excusés. – Mme Sylviane Bulteau, M. Christophe Cavard, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Dominique Orliac, Mme Martine Pinville, M. Jonas Tahuaitu