



## Les 13 engagements pour l'hôpital public

**L**e rapport Couty vient d'être rendu public avec plusieurs semaines de retard. Lors de sa pré-présentation, le 9 janvier, nous avons été informés qu'il serait remis à la Ministre le 24 janvier au plus tard.

**Notre Fédération a participé à plus de 100 heures de réunion, réparties en 32 séances, en y apportant des éléments contributifs. Lors de la lecture du rapport, nous ne les avons pas retrouvés.**

**Les simples aménagements des dispositifs existants qui sont proposés dans ce rapport ne sont pas à la hauteur des enjeux pour l'hôpital public. L'hôpital traverse aujourd'hui une crise grave avec un épuisement des personnels qu'illustre la multiplication des conflits sociaux, notamment dans les services d'urgence.**

**L'affront est complet, car les personnels non médicaux sont très peu présents dans le rapport et les préconisations retenues par la Ministre. Ceux, qui au quotidien, œuvrent pour le service public n'auront aucune perspective de négociations spécifiques pour l'évolution de leur rémunération et de leurs conditions de travail.**

**Un autre élément mis en avant lors des débats était celui du manque de démocratie tant dans le fonctionnement des établissements que de celui des Agences Régionales de Santé (ARS). Là aussi, rien n'a changé : les restructurations se poursuivent dans la droite ligne de ce qu'avait prévu le précédent gouvernement.**

**Ce rapport fait état de 46 propositions. Marisol Touraine, dans son discours, en a tiré 13 engagements pour l'hôpital public. Ils restent très évasifs pour la plupart et laissent libre court à l'interprétation.**

### 1 - aboutir au Service Public de santé de Territoire dans la loi sans exclure éventuellement une loi sur la psychiatrie.

Loin des propositions que la CGT a fait avec la mise en place de chambres territoriales de santé qui, sur le modèle du secteur en psychiatrie, doivent envisager les réponses aux besoins de santé des populations.

Cet engagement aura certainement pour effet de mettre en place de nouvelles coopérations médecine de ville/médecine hospitalière. La politique du réseau sera certainement revue.

De nouvelles formes de coopération public/privé sont ainsi réaffirmés.

### 2 - redéfinir le Service Public Hospitalier autour de l'hôpital public dans une loi de santé publique en 2014.

Bien que la Ministre affirme «vouloir tourner la page de la loi HPST», elle n'en remet aucunement en cause les fondements et elle voit le service public comme un service au public. Cette notion est très éloignée de notre proposition d'un grand service public de santé et d'action sociale.

La notion de service rendu à la population laisse la place au secteur lucratif qui continuera à bénéficier de délégations de service public.

Pour la CGT, le service public doit être assuré par le secteur public. Nous estimons que le secteur non commercial peut y participer mais que nous devons mettre en débat son avenir.

La ministre ne remet nullement en cause les activités privées à l'hôpital, ni le secteur lucratif qui enrichit des actionnaires avec l'argent de la sécurité sociale.

### 3 - tarification nouvelle au parcours et à la qualité

Bien que la Ministre assure que l'hôpital ne peut être géré comme une entreprise, la tarification à l'activité (T2A) ne sera pas profondément revue et restera fortement ancrée dans le financement des hôpitaux pour l'activité de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

La ministre veut nous faire croire à un changement radical en parlant d'un «3<sup>ème</sup>

acte du financement de l'hôpital » après le budget global et la T2A alors qu'une simple tarification nouvelle ou supplémentaire liée au parcours de santé est envisagée mais uniquement pour les maladies chroniques.

La Ministre fait référence à certains pays européens qui ont mis en place des financements des parcours de santé, mais dans le cadre du financement d'un ONDAM fermé, cette nouvelle modalité ne sera qu'un mode de répartition différent de l'enveloppe.

En ce qui concerne la qualité, que faut-il entendre ? Des critères supplémentaires de qualité viendront ajouter de la pression au travail des personnels hospitaliers ou ce sera des critères de satisfaction des usagers qui mettront la pression sur les agents !!!

### 4 - créer des schémas régionaux de santé pour privilégier la réponse aux besoins de santé.

La ministre annonce dans son discours 45 milliards d'€ d'investissements sur 10 ans mais sans aborder son financement. Si ces 45 milliards proviennent de l'ONDAM, il n'y aura rien de neuf en perspective.

Pas d'annulation de la dette des hôpitaux, rien sur les emprunts toxiques, et encore plus surprenant, rien sur la participation éventuelle de la BPI (Banque publique d'investissement) !

45 milliards en 10 ans, cela correspond à 4,5 milliards d'€ par an, c'est à peu près l'investissement habituel.

Cet engagement est un simple renouvellement des lieux et schémas de décisions pour cet investissement en laissant plus de place à la région, donc aux ARS ! Cela pourrait ouvrir la porte à de nouveaux financeurs en région, voir dossier acte III de la décentralisation.

Le rôle des ARS pourrait en être renforcé dans l'organisation et les réorganisations hospitalières.

### 5 - création de territoire de soins numériques

Une enveloppe de 80 millions d'euros est prévue pour porter des créations innovantes en la matière.



## 6 - mobiliser toutes les instances pour assurer une gouvernance démocratique de l'hôpital la CME, le CTE, la commission de soins.

La ministre veut redonner une place primordiale aux médecins, comme si jusque-là ils étaient restés silencieux sur l'hôpital.

Elle veut laisser une place plus importante aux jeunes et futurs médecins.

Elle réaffirme le rôle primordial de la CME et de son président et propose de faire des contrats de gouvernance entre la CME et le directeur. En revanche, elle ne revient pas sur le mode de désignation de ses représentants dont la nomination dépendra du bon vouloir du directeur d'établissement.

Elle pense qu'il faut donner plus de cohérence sans réellement donner des pistes de changement pour le CTE et la CSI (Commission de soins infirmiers).

Elle a valorisé le rôle déterminant des Cadres de santé sur les parcours de soin et le fonctionnement de l'hôpital public ...

## 7 - bilan des pôles pour fin 2013 demandé aux conférences de directeurs et des présidents de CME.

Chose comique ce sont les seuls acteurs favorables aux pôles dans la concertation du rapport Couty qui vont en faire un bilan ! (L'autocritique sera difficile).

La CGT, comme la majeure partie des acteurs hospitaliers, veut voir disparaître les pôles, la route semble encore longue ... Ceux-ci sont des outils internes de concurrence et de mise en concurrence des services de soins avec, pour seul objectif, la performance médico-économique.

L'actuel Conseil de surveillance sera remplacé par un conseil d'établissement mais aucune révolution ou contre-pouvoir n'est attendu.

## 8 - création de Comité Technique des Usagers à la place des CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge)

Le rôle des usagers et surtout de leurs représentants s'est accru dans l'hôpital. Ce n'est pas sans poser le problème de leur légitimité car, à ce jour, ce sont essentiellement les ARS, sur des listes de propositions faites par des associations et arrêtées par le ministère qui désignent les représentants dans les établissements.

## 9 - rénover le Dialogue Social à l'hôpital

Répartition des thèmes de négociation entre national et local avant l'automne

2013, la ministre exclut les négociations régionales. Rien n'est dit sur la détermination des marges de manœuvre locales et sur ce qui pourra être négocié.

En fait, ça revient à dire que dans les mois à venir, nous allons avoir des négociations pour savoir ce que l'on pourra négocier et à quel niveau !

## 10 - renforcer les missions des Commissions Paritaires Régionales avec une vision prospective des besoins humains par région.

Un décret est prévu avant l'été qui fera évoluer son contenu car à ce jour, seuls les médecins hospitaliers en sont membres.

C'est un outil qui permettra de créer du lien entre les ARS et les acteurs de l'hôpital, il ne faudra pas en espérer beaucoup plus.

Les quotas de formation et le numérus clausus resteront quant à eux toujours nationaux.

## 11 - de nouveaux CLACT (contrat local d'amélioration des conditions de travail)

Seul changement perceptible éventuellement pour les salariés, dont l'enveloppe n'a pas été annoncée par la ministre.

La CGT n'y est pas fondamentalement défavorable. Elle estime cependant que l'enveloppe qui y sera consacrée devra être suffisamment importante pour que les améliorations soient visibles.

Cela ne répondra pas aux attentes de reconnaissance de la pénibilité des professionnels de l'hôpital.

## 12 - création d'une section médicale dans un seul CHSCT d'établissement

C'est certainement le scénario le moins pire pour répondre aux attentes des médecins, car il maintient l'unicité du CHSCT. Il crée quelque chose de nouveau pour les médecins sans rien enlever aux missions actuelles des CHSCT.

En revanche, la ministre envisage l'ouverture d'une concertation pour déterminer le mode de désignation pour participer à ces sections.

La CGT revendique que ce soit des syndicats à l'issue d'élections qui mandatent les représentants.

## 13 - création d'un observatoire national du DS (veille, conflit et DS)

Une médiation régionale par des paires du Dialogue social est également envisagée !

C'est une proposition CGT de longue date mais cependant, la discussion sur le

contenu risque d'être compliquée car nous voulons y traiter le respect du droit de grève, la création de contrainte pour la concertation et le dialogue social local.

Une instance nationale des médecins hospitaliers pourrait aussi voir le jour, elle serait le pendant du CSFPH (Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière).

## Sans en faire un quatorzième engagement, la ministre s'est exprimée sur le projet de l'APHP qu'elle veut ancrer dans les territoires de santé.

Elle a évoqué la situation des urgences, mais estime que c'est un simple problème d'organisation du système de santé sans envisager d'y apporter des moyens nouveaux. Enfin, elle appelle les professionnels à transformer l'essai de l'hôpital du 21ème siècle.

## 🔴 Quelques éléments de réflexion

**La loi HPST qui, même si elle est critiquée, n'est pas remise en cause.**

**Les ARS qui ne sont pas remises en cause en dehors de quelques obligations qui leur sont faites concernant le dialogue social. Elles se voient d'ailleurs attribuées de nouvelles responsabilités.**

**Les pôles médico-économiques seront « bilantés » sans réelle remise en cause de leur fonctionnement.**

**Les CME vont avoir un rôle renforcé.**

**Les usagers dont le rôle devrait être plus visible. Une place nouvelle leur serait donnée sans remettre en cause leur représentativité.**

**Les personnels restent les grands oubliés de ce rapport.**

**Les groupements de coopération sanitaire public/privé sont réaffirmés voire encouragés**

**La place de l'hôpital public ne s'inscrit pas dans une notion de service public mais comme un service rendu au public...**