



Rapport Couty :
46 propositions pour restaurer la confiance à l'Hôpital
4 mars 2013

Le 7 septembre dernier, Marisol Touraine dévoilait le projet du « Pacte de confiance » pour l'hôpital et confiait à Edouard Couty, directeur d'hôpital, conseiller maître honoraire à la cour des comptes, le soin de rédiger un rapport afin de formuler des propositions en ce sens. L'objectif était d'assurer « *la consultation de tous les acteurs dans le cadre d'un agenda social spécifique à l'hôpital, s'articulant avec la feuille de route issue de la conférence sociale de juillet 2012* ».

Trois groupes de travail ont participé à ces travaux et donnent la tendance :

- Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé, présidé par Bernadette Devictor, Présidente de la Conférence Nationale de Santé
- Groupe 2 : le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines, présidé par Danielle Toupillier, Directrice Générale du Centre National de Gestion
- Groupe 3 : l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, présidé par Monique Cavalier, Directrice Générale de l'ARS Midi Pyrénées.

Les conclusions de ces travaux ont été présentées le 4 mars 2013 dans un rapport de 72 pages qui formule pas moins de 46 propositions pour restaurer « *la confiance des patients, des professionnels, et des autorités de régulation* ». Ces propositions sont regroupées en 4 grands chapitres : le retour du service public hospitalier, la réforme du financement de l'hôpital, le dialogue social et la réforme de la gouvernance.

La mise en œuvre des premières mesures du Pacte de confiance devrait voir le jour dès juin 2013 avec les premiers décrets, puis le PLFSS 2014 et la loi de Santé Publique, annoncée pour 2014 viendront parachever la traduction législative du plan.

Le retour du Service Public Hospitalier, une rupture avec HPST ?

L'intention de rompre avec la logique de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » est martelée depuis des mois et donne la tendance du Pacte de Confiance. Pourtant cette volonté affichée ne se retrouve pas dans toutes les propositions du rapport Couty, bien au contraire.

Proposition 1 : Rétablir le service public hospitalier

Le retour de la notion de service public hospitalier dans les lignes du journal officiel devrait rassurer la plupart des acteurs du monde hospitalier. La loi HPST l'avait en effet « supprimé », au profit de 14 « Missions de Service Public ». Cette première proposition rend à l'Hôpital ce qui est à l'Hôpital et reconnaît la particularité de son action, partagée « *entre soins, enseignement, recherche et actions de santé publique* ».

Proposition 2 : Définir les missions constitutives du service public territorial de santé

Le Pacte de confiance propose de passer de 14 missions de service public à un service public hospitalier, chargé de missions de service public. Ces missions seraient d'une part la « *permanence des soins sur le territoire (accessibilité géographique et accessibilité financière)* » et d'autre part la « *prévention et l'éducation sanitaire (vaccination, action de santé publique, dépistage...)* ». Elles pourront être réalisées en cas de carence par l'Hôpital.

Proposition 3 : Définir les différents niveaux de territoire et le positionnement des acteurs

Le Pacte de Confiance propose de nouvelles strates de territoire pour s'adapter aux besoins des usagers et des tutelles. Naitra ainsi, entre l'inter-région, la région et le territoire de santé, la notion de « territoire de proximité », organisé autour du médecin traitant.

Proposition 4 : Renforcer les liens entre établissements des secteurs sanitaire, médico-social et social

L'objectif de décroisement entre au Panthéon des obligations du Service Public Hospitalier. Le rapport propose notamment de faire évoluer les outils de coopération que sont les Groupements de Coopération Sanitaire et les Communauté Hospitalières de Territoire en « Groupements de Coopération » et « Communauté de Territoire », afin d'ouvrir la participation aux acteurs des secteurs social et médico-social.

Proposition 5 : Accompagner les actions de coopération à l'initiative des acteurs

Le rapport Couty prévoit d'offrir aux acteurs de nouveaux outils de coopération en autorisant les expérimentations pour confier au médecin traitant la coordination du parcours du patient.

Les « projets de territoire » et « contrats territoriaux de service public » viendraient également enrichir et compléter la palette d'outils des acteurs.

Proposition 6 : Donner un nouvel élan à la politique contractuelle

Dans la continuité de la proposition 5, le rapport propose ainsi d'encourager « *les initiatives des professionnels et les actions innovantes qu'ils proposent* ».

Proposition 7 : Investir dans les systèmes d'information

Il semble que l'utilisation des outils informatique en matière de médecine se heurte à un blocage culturel. Toujours est-il que la confiance passe par la transparence, la transparence par la communication et la communication du XXIe siècle par les systèmes d'information.

Proposition 8 : Engager une réflexion législative sur la santé mentale et la psychiatrie

Edouard Couty était l'auteur d'un rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », commandé par Madame Bachelot-Narquin, alors qu'elle était ministre de la santé. Ce rapport présenté en 2009 n'ayant jamais connu de mise en œuvre réelle, on comprend qu'ici, Monsieur Couty en profite pour rappeler ces engagements aux bons souvenirs du législateur.

La réforme du financement de l'Hôpital : la fin de l'omnipotence de la T2A
--

La Tarification à l'Activité (T2A) résulte d'un long cheminement de réforme du financement de l'Hôpital. De la dotation globale, l'Hôpital avait un temps connu le prix de journée, avant d'en arriver -au terme d'un long travail d'analyse des dépenses hospitalières au travers du PMSI- à la tarification à l'activité, venue apporter de l'efficience dans un secteur qui en avait grandement besoin. Si la Ministre des Affaires sociales et de la santé estime que « *personne ne demande à revenir au budget global* », il n'en reste pas moins que l'idée d'une tarification à l'activité avait été fraîchement accueillie par les hôpitaux publics, notamment les grosses structures.

Le Pacte de Confiance aidé des propositions du rapport Couty souhaite donc réformer le financement des hôpitaux, sans opérer de revirement mais en atténuant le monopole de la T2A pour « *corriger les effets indésirables de la T2A en conservant ses avantages* ».

Proposition 9 : Construire un modèle mixte de financement

Plutôt qu'un financement exclusivement fondé sur l'activité de soins des hôpitaux, le rapport Couty propose de construire un modèle mixte de financement divisé en 3 branches :

- T2A : la tarification à l'activité serait limitée aux activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)
- Financement des parcours : des financements particuliers seraient dédiés à la prise en charge et au suivi des malades chroniques, avec un tarif adapté à l'originalité de ces parcours de soins
- Dotation globale : les missions d'intérêt général et de service public conserveraient une dotation propre

Il s'agit ici de répondre à l'inquiétude des acteurs hospitaliers, qui craignaient que la T2A ne mette en péril la valeur ajoutée du service public hospitalier (recherche, formation...), en distinguant le financement du soin, du suivi, et des missions de service public.

Proposition 10 : S'assurer que le nouveau modèle de financement soit pertinent

Voici une proposition aux accents de résolution de début d'année. Elle rappelle de « s'assurer que le nouveau modèle de financement soit simple et robuste, qu'il valorise la qualité et la pertinence des prises en charge et des parcours ». Plus facile à dire qu'à faire.

Proposition 11 : Faire en sorte que les critères d’attribution des dotations soient bien précisés

La logique d’efficacité rappelée ici s’inscrit dans la droite ligne de la Modernisation de l’Action Publique. Ainsi, le rapport insiste sur la nécessité de prévoir, en amont, « *le compte rendu de la bonne utilisation des crédits* », dans une logique d’évaluation.

Proposition 12 : Assurer une stabilité des tarifs et des dotations

La stabilité des tarifs et des dotations apparaît comme une condition *sine qua non* pour que les gestionnaires conservent un minimum de visibilité sur leur avenir et puisse établir une meilleure gestion.

Proposition 13 : Favoriser les expérimentations sur le financement

Le rapport envisage 2 types d’expérimentation pour faire évoluer le financement. D’une part le financement par parcours de soins, et d’autre part le financement par épisode de soins (*Bundled paiement*).

Proposition 14 : Fixer le nouveau cadre de la politique d’investissement pour les hôpitaux publics

L’Hôpital Public doit rester le sérail de l’excellence et de l’innovation. Exigence qui implique une politique volontaire d’investissement et de recherche.

Proposition 15 : Rappeler la responsabilité sociale du service public hospitalier

Suite et fin du chapitre sur le financement, comme pour rappeler que la santé n’est pas un univers parallèle, le rapport insiste sur la responsabilité sociale de l’Hôpital et sur la nécessité de tisser des liens avec le développement des plans sanitaire, social et environnemental.

Le dialogue social s’invite dans la gouvernance hospitalière
--

Ce 3^e chapitre, consacré à la gouvernance, l’organisation, le management et le dialogue social à l’Hôpital, regroupe à lui seul la moitié des propositions du rapport.

Proposition 16 : Transformer le conseil de surveillance en conseil d’établissement

Le rapport propose une réforme générale de la gouvernance hospitalière. Le Conseil de Surveillance deviendrait « Conseil d’Etablissement » et recouvre des compétences délibératives et des moyens de contrôle.

Proposition 17 : Transformer le directoire en conseil de direction

Le Directoire se mue en « Conseil de direction » avec toutefois peu d’évolutions en perspectives, si ce n’est un assouplissement des règles de nomination des membres.

Proposition 18 : Créer des « Comité Techniques des Usagers »

Un « Comité Technique des Usagers » aux compétences élargies, viendrait remplacer les CRUQ PC dans les plus gros établissements.

Proposition 19 : Revoir les domaines de compétence des instances consultatives

Les attributions des CME (médecins), CTE (personnel non médical) et autre CSIP (infirmiers et paramédicaux), seraient revues.

Proposition 20 : Structurer le CHSCT en deux sous-sections

Le comité d'hygiène (CHSCT) serait divisé en deux commissions, l'une pour les praticiens hospitaliers, l'autre pour la fonction publique hospitalière.

Proposition 21 : Mettre en place un dispositif d'articulation efficace entre ces différentes instances

Proposition 22 : Laisser plus d'autonomie aux établissements dans le choix de leur organisation

Derrière le renforcement du dialogue social dans la gouvernance hospitalière, le rapport Couty propose de laisser aux établissements une certaine liberté dans le choix de leur organisation « adaptée à la taille et à l'activité de l'établissement », « fondée sur le projet médical » et « dans une logique économique ».

Proposition 23 : Lancer une évaluation de la pertinence des pôles dès la fin 2013

L'organisation en pôles, initiée en 2011, devra faire l'objet d'une évaluation, au regard de l'organisation des soins et de l'efficacité de gestion qu'elle apporte.

Proposition 24 : Réformer le mode de désignation des praticiens responsables de structures

Les praticiens responsables des différentes structures seront nommés « conjointement par le directeur et le président de la CME », sur une liste établie par la CME chaque année.

Proposition 25 : Autoriser et évaluer les expérimentations de nouvelles organisations

Proposition 26 : Etablir une charte du management et du dialogue social

La charte devrait « affirmer les exigences de la gestion du service public hospitalier » et « fixer les objectifs de parité homme/femme ».

Proposition 27 : Recréer les espaces de concertation, d'information et de dialogue au sein des différentes structures

Proposition 28 : Reconnaître et réaffirmer le rôle des cadres dans l'institution

Proposition 29 : Elaborer un projet d'établissement dans une démarche participative et d'information

Proposition 30 : Inscire les praticiens hospitaliers dans un champ de dialogue social

Proposition 31 : Engager une concertation sur la représentativité des organisations syndicales de praticiens

Proposition 32 : Lancer une concertation générale en 2013

Le rapport propose de lancer dès 2013 « une concertation au niveau national réunissant les représentants du ministère de la santé et des affaires sociales et les organisations syndicales représentatives des professionnels (praticiens hospitaliers et personnels de la FPH) des

établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, en vue de répartir les responsabilités en fonction des thèmes soumis à la négociation.

Proposition 33 : Préciser le cadre de la négociation et les obligations des parties à la négociation

Proposition 34 : Promouvoir et développer le dialogue social au niveau régional

Le dialogue social passe notamment par la Commission Régionale Paritaire (CRP), placée auprès du DGARS, en intégrant les questions relatives aux bonnes pratiques, à la démographie des personnels...

Proposition 35 : Créer des viviers de personnes ressources et d'experts

Le rapport propose de créer des « viviers de personnes ressources et d'experts » (directeurs, présidents de CME, doyens, cadres, représentants syndicaux...), au niveau régional comme national, pour accompagner et conseiller les instances et les établissements.

Proposition 36 : Améliorer le dialogue social national

Le Comité Consultatif National Paritaire (CCNP) doit devenir l'instance nationale du dialogue social et mieux articuler les missions des commissions nationales et du comité consultatif national des praticiens hospitaliers.

Proposition 37 : Accompagner les acteurs du dialogue social dans les établissements publics

Un organisme devra être « désigné par la DGOS en lien avec l'EHESP et l'ANFH » pour accompagner les acteurs du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Proposition 38 : Constituer un Observatoire national de la veille et du dialogue social

Cet observatoire permettrait de suivre et d'évaluer le dialogue social commun à toutes les catégories professionnelles exerçant dans les établissements public sanitaire sociaux et médico-sociaux.

Proposition 39 : Ouvrir des négociations sur l'amélioration des conditions de travail

Des négociations devraient examiner les conditions de travail, les horaires, les perspectives de passerelle entre les métiers, et l'adéquation des ressources médicales aux besoins de la population.

Gouvernance : organiser la dépendance dans l'interdépendance
--

En donnant aux Agences Régionales de Santé le statut d'Etablissement Public Administratif, le législateur reconnaissait à la région une indépendance relative dans une indépendance librement consentie et définie. La décentralisation théorique conférée par le statut des ARS est en réalité une décentralisation au niveau de la région. D'aucuns ont même parlé « d'aigle à deux tête », le conseil de surveillance des ARS étant présidé par le Préfet. Toujours est il que les relations entretenues entre les ARS et le niveau étatique souffrent encore d'un certain obscurcissement. Aussi le rapport propose de réassurer des relations de confiance entre l'Etat et les ARS.

Proposition 40 : Laisser une marge de manœuvre et une capacité d'initiative aux ARS

Nombreux sont ceux qui appellent de leurs vœux une certaine autonomie des ARS. Le rapport propose ainsi de « *prévenir et éviter les injonctions contradictoires* » et de « *cadre l'action des ARS à partir d'objectifs généraux et de méthodes d'action* ».

Proposition 41 : Stabiliser les règles d'allocation de ressources

Les contrats de retour à l'équilibre, signés entre les établissements déficitaires et les ARS, sont décrits dans le rapport comme « *l'exemple d'un outil de régulation incomplet en tant que tel* ». Le rapport insiste donc à nouveau (puisque la proposition 12 formulait le même vœu en substance) sur la nécessité d'offrir une visibilité minimale aux directeurs d'établissement dans l'allocation des ressources, afin de leur permettre de se projeter.

Proposition 42 : Clarifier les modes de relation entre ARS et établissements

Tout comme l'Etat doit clarifier ses relations avec les ARS, ces dernières doivent assainir leurs relations avec les établissements, ce qui passe notamment par la contractualisation (CPOM) et la clarification des liens entre les Directeurs Généraux d'ARS et les directeurs d'établissements.

Proposition 43 : Mieux associer les Elus

La santé résulte de l'action politique conjuguée de tous les acteurs, pas seulement du soin. Le travail transversal est donc indispensable. Le rapport Couty propose d'associer davantage les élus, tant au niveau de la région que du département, des communes ou des collectivités territoriales, à l'élaboration des programmes, « *dans une vision prospective [des] aspects sociaux et environnementaux* ».

Proposition 44 : Revoir les procédures de contrôle et de codage par l'assurance maladie

La mise en place de la T2A avait naturellement ouvert la porte à des débordements dans le codage des actes et des séjours. Le rapport propose « *une véritable procédure contradictoire [...], afin de permettre aux hospitaliers d'expliquer et de justifier de tels ou tels choix de codage* » et la mise en place de sanctions proportionnelles.

Proposition 45 : Engager une réflexion sur les formations des professionnels

Le décroisement entre les champs sanitaires, social et médico-social implique un effort particulier de la part d'acteurs qui n'ont pas appris à travailler ensemble. Pour améliorer le dialogue et les interactions entre ces différents secteurs, le rapport propose encore d'agir sur le programme des formations, initiales comme continues, des professionnels concernés.

Proposition 46 : Soutenir et contribuer à la formation des représentants d'usagers

La formation des représentants des usagers -tant au niveau du territoire que de l'Hôpital- constitue une étape indispensable au développement de la démocratie sanitaire, dans une logique de co-construction.

La présentation du rapport Couty s'est vu accompagnée d'une série de 13 mesures annoncée par la Ministre, inspirées dudit rapport, pour mettre en œuvre le Pacte de confiance pour l'Hôpital. Sans surprise, on y retrouve les 4 grands thèmes du rapport.

Réaffirmer le service public hospitalier

- en définissant un service public territorial de santé (proposition 1)
- en réintroduisant dans la loi la notion de service public (proposition 2)

Ajuster le financement des établissements

- le comité de réforme de la tarification hospitalière, installé en décembre 2012 devra remettre son rapport d'ici le 30 juin en précisant les mesures à prendre (proposition 3)
- les ARS devront établir des « Schémas régionaux d'investissement en santé » (proposition 4)
- le programme Hôpital Numérique sera poursuivi et accompagné d'un nouveau programme « Territoires Numériques » doté d'un fond de 80 millions d'euros (proposition 5)

Améliorer la démocratie à l'Hôpital

- le rôle des Commissions médicales d'établissement sera renforcé et leur composition élargie aux jeunes professionnels, ce qui devrait améliorer la conduite du changement (proposition 6)
- les conférences hospitalières devront dresser le bilan de l'organisation en pôles (proposition 7)
- un « Comité technique des usagers » devrait voir le jour (proposition 8)

Rénover le dialogue social

- une concertation doit être engagée avec les syndicats (propositions 9)
- les missions des conférences paritaires régionales seront renforcées et les ARS seront invitées à ajouter un volet « ressources humaines » au Projet Régional de Santé (proposition 10)
- une circulaire devrait relancer la dynamique des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail et les missions de la CHSCT seront élargies (propositions 11)
- les missions de la CHSCT seront élargies (propositions 12)
- création d'un Observatoire du dialogue social, qui devrait être adossé à une instance existante (proposition 13).

« *Marisol Touraine veut en finir avec la loi HPST* ». Derrière cette phrase se cache une réalité beaucoup plus nuancée. La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire », votée en 2009 sous l'égide de Roselyne Bachelot, voulait doter l'Hôpital d'un patron, placer le patient « *au cœur du système* » en renforçant la démocratie sanitaire, tout en assurant la continuité des soins sur tout le territoire en opérant une déconcentration auprès des ARS. Avec le Pacte de confiance, exit le « patron » mais pour le reste les mesures révèlent finalement plus de continuité que de rupture. La place des patients paraît renforcée, le financement par la T2A fait l'objet d'un ajustement sans remettre en cause le principe de financement à l'activité, et la place du territoire est élargie.

Les premières mesures de mise en œuvre du Pacte de confiance devraient voir le jour dès juin 2013 avec les premiers décrets, puis le PLFSS 2014 et la loi de Santé Publique, annoncée pour 2014 viendront parachever la traduction législative du plan.