Situation de l'hôpital

Débat organisé à la demande du groupe communiste républicain et citoyen

12 janvier 2017

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle le débat sur la situation de l'hôpital, organisé à la demande du groupe communiste républicain et citoyen.

La parole est à Mme Laurence Cohen, oratrice du groupe auteur de la demande. (Applaudissements sur les travées du groupe CRC.)

Mme Laurence Cohen, au nom du groupe communiste républicain et citoyen. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le groupe communiste républicain et citoyen a tenu à inscrire ce débat à l'ordre du jour du Sénat, car l'hôpital joue un rôle essentiel dans notre système de santé, comme le démontre l'actualité. Madame la secrétaire d'État, je regrette l'absence au banc du Gouvernement de Mme Marisol Touraine, même si j'apprécie que vous soyez là.

Je commencerai mon propos en rendant hommage aux personnels hospitaliers, qui, malgré l'avalanche de réformes qui s'est abattue sur l'hôpital depuis près de vingt ans maintenant, continuent d'offrir une haute qualité de soins dans des conditions de plus en plus difficiles.

En France, l'hôpital est synonyme d'accès aux soins pour toutes et tous. Malheureusement, ce principe d'égalité se heurte de plus en plus aux enjeux de rentabilité, car l'hôpital est géré comme n'importe quelle entreprise, la santé étant considérée comme une marchandise, le patient comme un consommateur et le médecin comme un « producteur » de soins. Je vous renvoie à cet égard au livre publié par le professeur André Grimald en 2009, *L'Hôpital malade de la rentabilité*, plus que jamais d'actualité.

Le fonctionnement même de l'hôpital est remis en cause par les politiques de restriction budgétaire conduites par les gouvernements successifs, singulièrement au cours de ces cinq dernières années, avec l'insuffisance notoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM. Ces politiques ont pour effet d'organiser les déficits des établissements.

Compte tenu de cet ONDAM exsangue, de dépenses contraintes en hausse et d'un endettement bancaire de 29,9 milliards d'euros, dont le montant a triplé depuis 2003, les hôpitaux publics ne peuvent que réduire l'offre de soins. Le plan d'économies de plus de 3 milliards d'euros prévu d'ici 2017 prévoit la suppression de 22 000 postes ou, si vous préférez, madame la secrétaire d'État, le non-remplacement de 22 000 départs en retraite – notre groupe, cela revient au même ! –, ainsi que de très nombreuses suppressions de lits.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, quelque 57 000 lits d'hospitalisation ont été supprimés en onze ans, que ce soit dans les établissements de santé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer, y compris au sein du service de santé des armées.

Cette diminution du nombre de lits a un impact grave sur le fonctionnement des services. Je l'avais déjà démontré en 2014, lorsque j'ai déposé une proposition de loi tendant à instaurer un moratoire sur les fermetures de services et d'établissements de santé ou leur regroupement. Je ne puis que déplorer le rejet de ce texte par le Sénat, car ce moratoire serait bien utile aujourd'hui.

Mes chers collègues, je vous invite à examiner attentivement la situation des urgences. Vous constaterez avec moi qu'il existe un lien entre la diminution du nombre de lits et l'augmentation des consultations aux urgences, dont le nombre s'est accru de 75 % en quinze ans, soit une hausse sans rapport avec l'augmentation de la population. Il s'agit d'un cercle vicieux : moins de lits d'aval, cela entraîne davantage d'affluence aux urgences et les engorge dans le même temps.

Les situations de crise, telles que les épidémies ou la canicule, sont révélatrices des conséquences des politiques d'austérité sur l'hôpital. Quel constat d'échec de la part de la ministre Marisol Touraine, quand, face à l'épidémie de grippe, elle demande aux hôpitaux de déprogrammer des opérations non urgentes, de rappeler des soignants et d'ouvrir des lits ! Quel constat d'échec également quand elle fait culpabiliser les personnels et les patients en leur reprochant leur non-vaccination !

Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France, reconnaît que les établissements sont débordés. Il y voit deux explications : d'une part, une défaillance de la médecine de premier recours et, d'autre part, le fait que trop de lits aient été fermés.

Le Gouvernement n'est-il pas conduit à revoir des choix politiques profondément remis en cause à l'épreuve des faits ?

Cette dégradation du service public sur l'ensemble du territoire, en zone urbaine comme en zone rurale, est douloureusement ressentie par les patients et les personnels de santé. La souffrance des agents est palpable, les poussant parfois jusqu'au suicide. Elle touche toutes les catégories de personnels, comme nous l'ont expliqué certains membres de l'association Jean-Louis Mégnien ou encore les responsables syndicaux présents ce matin lors de notre conférence de presse, que je tiens à saluer.

Contre tous ces mauvais coups, qu'il s'agisse de la baisse des dotations, de la stagnation des salaires, du non-remplacement des départs en retraite, de la suppression des 35 heures à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris – l'AP-HP –, ou encore du regroupement à marche forcée des établissements dans les groupements hospitaliers de territoire, les GHT, les mobilisations se multiplient.

Je rappellerai le cas emblématique de l'Hôtel-Dieu, cas décidément bien gênant pour ceux qui, soutenus par le Président de la République lui-même, veulent mener une vaste opération foncière en faveur du réaménagement de l'île de la Cité. Alors que les luttes menées entre 2010 et 2014 avaient contribué au maintien des missions de service public dans cet hôpital historique, le plan brutal de restructuration qui a été décidé remet son avenir en cause, tout comme est menacé l'avenir des hôpitaux Bichat et Beaujon, celui des hôpitaux de Longjumeau et de Juvisy, de l'hôpital Jean-Verdier à Bondy, de l'hôpital gériatrique Adélaïde-Hautval à Villiers-le-Bel pour n'en citer que quelques-uns en Île-de-France !

Je pourrai également citer la fermeture programmée de l'hôpital Henry-Gabrielle de Saint-Genis-Laval, près de Lyon, sans parler de la situation des hôpitaux psychiatriques, des maternités, que ce soit celles qui sont déjà fermées ou celles qui sont menacées de l'être comme la maternité des Bluets. Cette liste n'est malheureusement pas exhaustive, mes chers collègues !

Aussi, compte tenu de cette situation, que faire pour l'hôpital ? Quel projet voulons-nous ?

Il s'agit d'un débat de fond, avec deux logiques diamétralement opposées. Néanmoins, contrairement à ce que certains tentent de faire croire, il n'y a pas une vision moderne qui tendrait à faire évoluer le rôle et la place de l'hôpital, face à une vision passéiste et ringarde qui s'obstinerait à s'arc-bouter sur un hôpital-cathédrale en refusant tout changement !

En réalité, il existe, d'un côté, une conception marchande de la santé, avec la recherche d'une rentabilité maximum, symbolisée par la pratique de la T2A, la tarification à l'activité. Dans cette perspective, l'offre de soins à l'hôpital public est réduite à des fins d'économies budgétaires et on encourage de fait l'implantation et l'ancrage de structures privées à but lucratif sur les territoires. Il ne s'agit pas pour moi de diaboliser le secteur privé, mais de dénoncer l'idée selon laquelle il faudrait progressivement laisser au secteur public la gestion des soins difficiles et peu rentables, ainsi que les patients les moins solvables et, à l'inverse, ouvrir les soins les plus rentables au secteur privé.

De l'autre côté, il existe une politique qui vise la satisfaction des besoins de santé pour toutes et tous sur l'ensemble du territoire. C'est celle que nous défendons !

Avec la loi Santé, la ministre a voulu organiser une offre globale des territoires pour mieux répondre à la gradation de la prise en charge des patients, un objectif que nous partageons. Cependant, qu'en est-il dans les faits ?

Depuis le 1er juillet dernier, les 1 100 hôpitaux existants sur notre territoire ont été rassemblés sans aucune concertation dans quelque 150 GHT. Nous assistons à la mise en place de mégapôles au détriment des hôpitaux de proximité. À l'avenir, un établissement support aura la main sur toutes les activités et les budgets, sous l'autorité des directeurs des agences régionales de santé – les ARS –, véritables préfets sanitaires.

De plus, comment ignorer que cette nouvelle organisation des soins aura des incidences sur la répartition territoriale des professionnels de santé ? Toutes les études montrent que l'activité médicale a tendance à se concentrer dans les pôles urbains où se situent les CHU. Aussi, loin de régler la problématique des déserts médicaux, ces GHT vont accentuer les inégalités en matière de densité médicale et paramédicale dans les régions.

Parallèlement, la loi Santé encourage l'ambulatoire. Nous n'y sommes pas opposés. Encore faut-il que chaque patient puisse en bénéficier dans les meilleures conditions, en termes tant de recours que de parcours de soins. Or certains soignants que nous avons auditionnés nous ont avertis de l'intensification de l'accueil en « hôpital-hôtel ». Ainsi, le CHU de Bordeaux a pour objectif de passer de 31,5 % à 60 % de soins en ambulatoire d'ici à la fin de 2017.

Alors que les patients qui viennent souvent de loin étaient auparavant accueillis dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle, ils seront désormais reçus en hôpital-hôtel. Dans ce schéma, la prise en charge financière est laissée au seul patient, lequel doit s'alimenter et se véhiculer. Si le Gouvernement en attend une économie de 7,5 millions d'euros par an, on peut sérieusement s'interroger sur le reste à charge pour les patients, sur une certaine forme

de rationalisation du personnel et sur les responsabilités nouvelles qui vont peser sur les familles, singulièrement sur les femmes, hélas !

Ce débat sur l'avenir des hôpitaux s'invite dans l'actuelle campagne électorale, puisque le candidat de la droite et du centre propose notamment de rétablir les 39 heures à l'hôpital, de rationaliser la carte hospitalière et de limiter le nombre d'hôpitaux dotés d'un plateau technique de haut niveau, ce qui est à mettre en perspective avec son souhait de réduire les dépenses publiques de 100 milliards d'euros, de supprimer 500 000 emplois de fonctionnaires et de transférer la prise en charge des soins vers les complémentaires privées. Nous assistons en ce moment à une course entre les moins-disants de la santé, ce que nous condamnons avec force !

Selon un sondage du journal *Les Échos* du 9 décembre 2016, quelque 90 % des Français refusent la baisse les dépenses publiques en matière de santé ; 58 % d'entre eux estiment par ailleurs qu'il n'est pas souhaitable de supprimer 500 000 emplois publics.

Le groupe CRC pense que la relance de l'hôpital public doit constituer une priorité et se concrétiser par un investissement massif dans les établissements et dans les recrutements. La mise en place d'un système de santé solidaire alternatif n'est pas une utopie, mais une question de choix politique : à notre sens, il serait notamment possible de renforcer notre système de sécurité sociale en imaginant un financement plus juste et plus efficace.

De nouvelles ressources assureraient à notre système une meilleure santé financière : il suffirait pour cela de soumettre les revenus financiers des entreprises à cotisation, par exemple, ou de supprimer les exonérations dont elles bénéficient actuellement.

En amont de l'hôpital, il faut agir pour lutter contre les freins aux soins de premier recours. Il faut donc s'attaquer prioritairement aux dépassements d'honoraires, qui ont progressé de 8 % en 2015 selon le collectif inter-associatif sur la santé. Il y a urgence à articuler les différents niveaux de réponses aux besoins sanitaires et sociaux de la population plutôt que de les mettre en concurrence. Un service public ambulatoire de proximité est indispensable, avec comme pivot les centres de santé publics ou associatifs, structures de soins de proximité qui pratiquent le tiers payant, afin justement de faciliter l'accès aux soins.

Il faut également augmenter le nombre de médecins et de personnels paramédicaux en supprimant les *numerus clausus*.

Enfin, pour lutter contre les inégalités territoriales de santé, il faut s'attaquer à l'épineuse question de la répartition géographique de ces personnels.

Outre la nécessité pour les pouvoirs publics de prendre des mesures incitatives plus volontaristes, il faut rendre ces professions plus attractives en augmentant les salaires et en lançant une réflexion sur le temps de travail. À ce sujet, madame la secrétaire d'État, j'attire votre attention sur la mobilisation actuelle des orthophonistes et des psychologues sur ces questions. J'ajoute qu'il faudrait également des crèches dans les hôpitaux.

Je terminerai mon propos en insistant sur le fait que le maillage sanitaire doit être pris en compte dans les politiques d'aménagement des territoires. C'est une question de démocratie, puisque cet enjeu implique de mieux reconnaître la place des usagers. C'est pourquoi nous proposons de remplacer les ARS par des conseils cantonaux de santé, coordonnés au niveau régional et national, et composés de représentants des professionnels, des élus locaux et des usagers.

La question de l'avenir de l'hôpital nous concerne tous. En tenant compte des besoins humains pour y répondre, on dessine les contours d'une politique de santé publique ambitieuse, qui s'articule à une médecine de ville bien ancrée sur l'ensemble du territoire. Notre pays en a les moyens, encore faut-il avoir la volonté de les mobiliser !

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, au travers de ce débat, nous lançons une alerte sur la situation de l'hôpital public : il y a vraiment urgence – sans jeu de mot – ! Le système de santé français, qui a rétrogradé au vingt-quatrième rang mondial, doit retrouver la première place. C'est ce que nous appelons de nos vœux ! (Applaudissements sur les travées du groupe CRC.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le groupe CRC nous permet aujourd'hui de nous exprimer sur un sujet important pour nos concitoyens : je veux parler de leur santé. Je ne dirai pas comme certains que le système de santé va mal ; je dirai plutôt qu'il a certainement besoin de retrouver un second souffle.

En revanche, comme vous venez de le rappeler, ma chère collègue, nos hôpitaux vont mal.

Mme Laurence Cohen. Merci de le reconnaître !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je pense que nous sommes tous d'accord sur ce constat inacceptable, dont les symptômes sont multiples.

Tout d'abord, notre pays compte trop d'hôpitaux, qui, par ailleurs, sont mal répartis. Dans son rapport public annuel de 2013, la Cour des comptes observait que « la répartition des hôpitaux sur le territoire résulte souvent d'héritages historiques qui ne correspondent plus aujourd'hui ni aux besoins des bassins de population ni même parfois aux normes de sécurité sanitaire ».

La France compte ainsi 6,4 lits pour 1 000 habitants, soit un tiers de plus que la moyenne de l'OCDE, et 14 hôpitaux publics par million d'habitants. À titre de comparaison, l'Allemagne en compte 10 et le Japon 12. C'est donc trop, beaucoup trop !

Ensuite, nous devrions parler de la situation financière de ces établissements, dont les déficits sont de plus en plus importants et surtout récurrents, presque structurels.

Certains continuent de rendre la T2A responsable de la situation malgré les aménagements qui lui ont été récemment apportés par la loi, sur l'initiative de la MECSS du Sénat, je le rappelle. La réalité, c'est qu'il existe des hôpitaux trop vieux, coûteux ou mal gérés. Là encore, je tiens à rappeler que la commission des affaires sociales du Sénat avait suggéré que les investissements de modernisation, les investissements les plus lourds autrement dit, ne soient plus amortis dans le budget des centres hospitaliers.

Les victimes de cette situation sont les soignants et les patients.

Les personnels souffrent de leurs conditions de travail. On le regrette tous ici, année après année. Les 35 heures ont désorganisé les services et les heures perdues n'ont pas toutes été compensées par des créations de postes. Le premier rôle des médecins et des infirmières est de soigner et de sauver des vies. Ils ne doivent pas perdre du temps et de l'énergie à développer, puis à appliquer des procédures et des protocoles qui ne sont pas toujours efficients. Cette désorganisation se retrouve parfois au cœur même de la chaîne de

commandement des établissements, au sein desquels services administratifs et médicaux s'opposent.

Quant aux patients, hormis la qualité des soins, parlons des délais d'attente, notamment dans certains services d'urgence. C'est une question d'actualité, n'est-ce-pas, madame la secrétaire d'État ?

La permanence des soins est défaillante, notamment en médecine de ville, il faut le reconnaître. Il faudrait davantage de maisons de garde en amont des urgences, car le système de santé demeure trop centré sur l'hôpital en France.

Mme Laurence Cohen. Eh voilà !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. En effet, l'hôpital concentre 37 % des dépenses de l'assurance maladie contre 29 % en Allemagne, où la médecine de ville joue pleinement son rôle.

La liaison ville-hôpital doit être assurée avec beaucoup plus de rigueur. La moitié seulement des lettres de sortie sont rédigées. La loi les rend pourtant obligatoires. Appliquons la loi pour sécuriser et fiabiliser le parcours de soins et pour économiser de nombreux actes redondants ou inutiles.

La situation n'est pas bonne. Il est temps que nous puissions en débattre dans le cadre de la prochaine élection présidentielle. Aussi, formulons nos vœux !

Tout d'abord, je souhaite qu'une réflexion soit menée pour rééquilibrer les rôles respectifs de l'hôpital public et de l'hôpital privé. L'actuel gouvernement – la loi de modernisation de notre système de santé en a été une parfaite illustration - a tenté d'exclure l'hôpital privé du service public de santé. À nos yeux, il faut au contraire organiser la complémentarité entre le public et le privé au bénéfice du patient et du territoire, afin d'assurer pleinement la mission de service public.

Ensuite, il faut garantir à l'ensemble des Français l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire, en encourageant les soins en ambulatoire ou l'hospitalisation à domicile, par exemple. Le GHT est une réponse intéressante. Son succès est toutefois tributaire du projet médical et de la capacité fédérative de l'hôpital pilote.

Enfin, pensons aux personnels soignants. Il faut redonner à ces métiers leurs lettres de noblesse. Il convient tout d'abord d'améliorer leurs conditions de travail en allégeant les procédures administratives, en clarifiant les compétences et en optimisant le temps de travail. Il faut également améliorer les carrières en les revalorisant, ce qui passe notamment par la formation. Or, dans le cadre du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement a réduit les fonds dans ce domaine.

Mes chers collègues, la situation de l'hôpital ne doit pas être considérée uniquement du point de vue de l'hôpital. Le problème est beaucoup plus général. Il est temps de moderniser notre système de santé avec les professionnels et pas contre eux ! Il est temps de développer pleinement les nouvelles technologies numériques, la télémédecine notamment, pour répondre aux enjeux actuels en termes d'économies et d'accès aux soins.

J'espère que ce sujet demeurera une priorité du futur gouvernement ! (Applaudissements sur les travées de l'UDI-UC et du groupe Les Républicains.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je voudrais tout d'abord remercier le groupe CRC d'avoir inscrit ce débat extrêmement important pour nos concitoyens à l'ordre du jour de notre assemblée.

Représentatif d'un système de santé fondé sur la solidarité et l'universalité de l'accès aux soins, l'hôpital public présente trois caractéristiques, toutes fondamentales : il est accessible à tous, y compris les plus modestes et les plus fragiles ; il s'agit d'un lieu de formation reconnu pour ses compétences ; enfin, il s'agit également d'un lieu de recherche tout à fait indispensable pour garantir un niveau de soin le plus élevé et le plus innovant possible.

Au travers de ces trois dimensions, l'hôpital symbolise bien ce que signifie le service public dans notre pays.

Toutefois, nous le savons bien – il n'est qu'à voir les propos des personnels hospitaliers, dont les revendications sont récurrentes –, la situation est problématique aujourd'hui. Elle exige que l'on s'y penche et que l'on trouve des solutions.

Nombreux sont les hôpitaux publics endettés qui doivent négocier des emprunts auprès des banques, année après année, pour payer leurs charges, et qui doivent réduire leurs coûts en supprimant leurs dépenses comme ils le peuvent.

Dans le même temps, les conditions de travail des personnels soignants, dont l'engagement est malgré tout sans faille et tout à fait remarquable, se dégradent. Travaillant à une cadence infernale, ces personnels estiment ne plus avoir le temps de s'occuper correctement de leurs patients, ce qui est pourtant tout le sens de leur métier. En sous-effectifs, surchargés de travail, souvent épuisés, ils se sentent isolés, parfois même méprisés. Cette situation entraîne de nombreux *burn-out* et des drames. On se souvient notamment du suicide de cinq infirmiers en quelques semaines au cours de l'été dernier.

Comme l'a rappelé le Président de la République le 22 décembre dernier à l'occasion de l'inauguration de l'hôpital de Chambéry, l'hôpital ne peut fonctionner sans personnel, même avec les plus beaux équipements du monde. Madame la secrétaire d'État, les personnels hospitaliers manifestent leur mécontentement depuis des mois. Une prochaine manifestation est prévue en mars. Que comptez-vous faire pour répondre à leur appel à l'aide ?

Bien souvent, l'exemple utilisé pour montrer l'urgence de la situation est l'engorgement des services d'urgence de l'hôpital public. Ce problème est systématiquement dénoncé, non seulement par les personnels hospitaliers, dépassés par l'afflux de patients, mais aussi par les patients eux-mêmes, qui attendent de pouvoir être pris en charge pendant des heures.

Cette saturation a plusieurs causes plus ou moins directes.

Première explication : l'afflux aux urgences est lié au manque de médecins généralistes dans certains territoires, zones rurales comme quartiers urbains ; je pense notamment à la Seine-Saint-Denis. La saturation s'explique également par la longueur des délais nécessaires pour obtenir une consultation chez un spécialiste, ce qui oblige les malades à se rendre à l'hôpital pour être soignés. Elle résulte, enfin, du manque de gardes le soir, la nuit et le week-end. Il y a en la matière de grandes inégalités entre territoires. Il s'agit là d'un véritable problème dont il faudrait que les pouvoirs publics se saisissent.

Deuxième explication : le non-recours aux droits est une cause indirecte du nombre important des consultations aux urgences. Par manque d'information sur leurs droits, par découragement, parce qu'il manque toujours une pièce différente aux dossiers, nombre de nos concitoyens abandonnent et renoncent à bénéficier de leurs droits, notamment en

matière de couverture santé. Pour ne prendre qu'un chiffre très représentatif, quelque 20 % des personnes légalement éligibles à la CMU complémentaire, soit un million de personnes, n'avaient pas demandé l'ouverture de leurs droits en 2013 ! Certaines personnes modestes viennent donc aux urgences parce qu'il n'y est pas obligatoire d'avancer les frais et parce que l'on y est soigné quoi qu'il arrive !

Troisième raison, le système des paiements à l'acte, dont le nombre détermine trop souvent le montant des financements versés à l'hôpital, peut inciter certains médecins – ils nous l'ont dit – à prescrire ou prodiguer des soins qui ne sont pas forcément indispensables, mais qui rapportent davantage qu'ils ne coûtent à la structure hospitalière. Il s'agit là d'une forme de pression extrêmement artificielle.

Le risque, mis en avant par d'autres collègues avant moi, est le suivant : le secteur privé se développe toujours plus, alors qu'il ne prend en charge ni les frais de recherche, ni les frais de formation, ni l'accueil des personnes les plus modestes, ces dernières nécessitant parfois, on le sait, une attention et un accompagnement plus importants.

En d'autres termes, l'hôpital public s'occupe de tout ce qui relève de l'intérêt général, et nous devons en être fiers, mais nous courrons le risque de voir le secteur privé, qui n'assume pas tous les efforts devant être consentis, notamment en termes d'investissement, se développer à son détriment. Or les investissements sont indispensables si nous voulons éviter d'avoir une médecine hospitalière à deux vitesses.

Je conclurai en évoquant l'étymologie du mot « hôpital » et son lien avec le terme « hospitalité ».

L'histoire de l'hôpital en France, longue de plusieurs siècles, s'est construite à partir de la notion d'hospitalité. Nous formulons donc le vœu que cette notion, qui est fondamentale, soit toujours présente dans nos réflexions, et nous proposons de travailler, ici, tous ensemble, avec cette préoccupation en tête.

Nous devons protéger et développer l'hôpital public, mais aussi trouver des solutions au malaise profond qu'il connaît actuellement, afin que ses trois missions – l'accueil de tous, y compris des plus pauvres, la recherche et une formation de haut niveau – puissent se perpétuer. Cela ferait sens, je crois, et honorerait notre République. (Applaudissements sur les travées du groupe écologiste et du groupe CRC.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, nous sommes réunis aujourd'hui pour débattre de la situation de l'hôpital. Je veux remercier ici nos collègues du groupe CRC d'avoir pris cette initiative, quand bien même mon intervention n'aura pas tout à fait la même tonalité que celle de Mme Laurence Cohen.

L'hôpital public a été l'objet de nombreuses réformes durant ces vingt dernières années.

Sous l'impulsion du Président de la République, notre Gouvernement a rétabli, dans la loi de modernisation de notre système de santé, le service public hospitalier devant garantir l'égalité d'accès aux soins pour nos concitoyens. Il a instauré les groupements hospitaliers de territoire, les GHT. Laissons ces structures se mettre en place ; il conviendra ensuite de les évaluer.

Depuis 2012, l'hôpital public s'est renforcé, avec la fin de la convergence tarifaire engagée par la précédente majorité. Près de 30 000 soignants et non soignants ont été recrutés.

Un hôpital renforcé, c'est un hôpital attractif pour les professionnels.

Ainsi Mme la ministre de la santé a annoncé, en octobre 2016, des mesures concrètes pour favoriser l'engagement des jeunes diplômés dans une carrière médicale hospitalière, avec, en particulier, la création d'une prime d'engagement pour inciter les jeunes diplômés à faire le choix d'une carrière médicale hospitalière, l'amélioration des droits sociaux pour que les jeunes contractuels bénéficient de la même couverture sociale que les praticiens hospitaliers, le maintien à 100 % de la rémunération pendant les congés de maternité, la création d'une prime d'exercice territorial pour valoriser le temps d'exercice médical quand il est partagé entre plusieurs établissements – c'est un point très important –, la création d'un deuxième palier de l'indemnité d'engagement de service public exclusif pour valoriser l'engagement durable des praticiens à l'hôpital sans exercice libéral.

Pour ma part, je suis fière et heureuse d'avoir exercé mon activité médicale comme praticien hospitalier à temps plein.

Pour autant, il est aujourd'hui indéniable que les conditions de travail au sein de l'hôpital sont difficiles – agressivité des patients, cadences de travail, sentiment de perte de reconnaissance. Elles provoquent des souffrances au travail, comme en témoigne, malheureusement, la vague de suicides de l'été dernier, ayant tout particulièrement affecté des infirmiers.

Mme la ministre des affaires sociales et de la santé a entendu ce malaise du personnel hospitalier et présenté, en fin d'année 2016, un plan pour « prendre soin de ceux qui soignent » : quelque 30 millions d'euros, sur trois ans, permettront aux services de santé au travail d'intégrer psychologues, conseillers en prévention des risques, professionnels et assistants sociaux dans chaque groupement hospitalier de territoire.

S'y ajoutent la création d'un observatoire de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux, la mise en place d'un médiateur national chargé de traiter les conflits qui n'auraient pas trouvé de solutions au niveau local, la création d'une charte de l'accompagnement des professionnels lors des restructurations adoptée dans chaque établissement.

Des entretiens individuels annuels seront systématisés pour les paramédicaux et instaurés pour les médecins, afin d'aborder leur parcours, leur carrière, leur vécu professionnel. Enfin, une concertation devra avoir lieu avec les organisations syndicales pour adapter le régime indemnitaire et valoriser les astreintes.

Nous souhaitons, madame la secrétaire d'État, être informés de l'état d'avancement de ce plan.

Au-delà de ces différents plans d'actions, primordiaux pour renforcer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public et répondre au malaise des personnels hospitaliers devant des conditions de travail de plus en plus difficiles – le même constat a été fait sur toutes les travées de cet hémicycle –, nous sommes fiers de l'excellence de notre médecine, de nos hôpitaux et des professionnels qui en sont les acteurs.

Nos professionnels, très compétents, font preuve d'une grande humanité, en dépit de leurs difficultés personnelles. Toutefois, au-delà des revendications catégorielles de carrière, ils revendiquent attention et reconnaissance au regard du travail fourni. Les personnels souhaitent défendre un projet hospitalier pour nos concitoyens.

L'intensification des conditions de travail doit être largement prise en compte. L'hôpital s'est réorganisé en profondeur au cours des dernières années : d'une part, l'hôpital de jour ou de semaine, avec une intensification importante des conditions de travail – je pense par exemple à la coordination des rendez-vous, qui constitue un réel casse-tête – et, en contrepartie, des week-ends libérés ; d'autre part, des services de soins où l'activité est permanente, tels que les urgences, la chirurgie lourde, l'obstétrique, les services de réanimation.

Dans ces services, la majorité des personnels ne dispose que d'un dimanche de repos par mois. Le travail est organisé par poste, se décomposant en poste du matin, d'après-midi, de nuit. Cela permet, certes, une optimisation de la qualité des soins, mais n'offre à une grande partie de ces personnels que 12 dimanches de repos par an ! Nous avons déjà connu ce débat, mais dans le sens de l'extension du travail le dimanche…

Les réformes passant, le principe du service hospitalier a toujours été maintenu. C'est fondamental : le service est l'élément structurant de l'hôpital. Ses activités cliniques, de recherche, d'enseignement doivent être privilégiées, libérées au maximum des tâches administratives.

Le projet de service concerne tous les acteurs qui le servent dans une communauté d'actions. La promotion de carrière doit pouvoir être clinique ; l'infirmière clinicienne doit être fortement soutenue, comme les coopérations interprofessionnelles.

La formation professionnelle continue, à laquelle nous avons montré notre attachement, doit être développée – nous en avons débattu lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Lors de mes études d'anesthésie, j'avais fait un stage dans un hôpital londonien, où j'avais rencontré un médecin anesthésiste qui avait commencé sa carrière hospitalière comme aide-soignante. De tels cas doivent être rares en France !

M. Alain Marc. En effet !

Mme Catherine Génisson. En ces périodes d'épidémie de grippe, je ne puis occulter le sujet de la permanence de soins et l'engorgement des services d'urgence.

Sans conclure sur la mission qu'avec mes collègues Laurence Cohen et René-Paul Savary, nous allons mener sur les services d'urgence, les difficultés de fonctionnement de ces services sont un peu le miroir des difficultés de fonctionnement de notre système de santé : en amont, accès aux soins, permanence des soins dans le secteur libéral ; en aval, difficultés pour les services hospitaliers d'accueillir un patient en urgence.

S'agissant de l'épidémie de grippe, dès la fin du mois d'octobre, Mme la ministre de la santé a donné les instructions nécessaires, tant au secteur libéral qu'à l'hôpital, pour prioriser l'accueil d'urgence, et, ce matin, le Président de la République a organisé une réunion de travail permettant de planifier toutes ces questions.

S'agissant du financement de l'hôpital public, j'indiquerai simplement que la tarification à l'activité, qui a eu son efficacité, n'est pas pour autant l'alpha et l'oméga de ce financement. La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat a avancé des propositions intéressantes sur le sujet.

Au-delà de ces questions, la courroie de transmission entre secteur hospitalier et médecine libérale doit être confortée et devenir une réalité quotidienne, pour, enfin, un véritable

accompagnement du parcours de santé de nos concitoyens. N'oublions pas non plus les complémentarités entre hôpital public et hôpital privé, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale, sans méconnaître les spécificités de l'un et de l'autre.

Telles sont les quelques pistes de réflexion que je souhaitais formuler dans le cadre du débat – très utile, je le répète – voulu par nos collègues sénateurs membres du groupe CRC. Je les en remercie encore.

Néanmoins, je ne doute pas que les enjeux de santé seront au cœur des futures échéances électorales. Je me réjouis de ces débats à venir, voire de ces combats politiques qui permettront d'éclairer nos concitoyens. (Applaudissements sur les travées du groupe écologiste.)

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Marc.

M. Alain Marc. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, à l'occasion de ce débat, je voudrais vous dire ma préoccupation au sujet de l'hôpital, en général, et de l'hôpital dans les départements ruraux, en particulier.

Tout d'abord, je serai très clair sur le sujet : la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », ne répond pas à nos attentes. Je précise que j'ai été le seul député de mon groupe à l'Assemblée nationale à avoir voté contre en son temps, et je ne le regrette pas.

Pourquoi cette préoccupation de l'hôpital rural ? Partons d'abord des besoins des personnes éloignées géographiquement des hôpitaux et de la notion de perte de chances, notamment en cas d'urgence. Il est avéré que l'éloignement de certaines personnes augmente, hélas, la perte de chance. Certains pensent avoir trouvé le Graal, la solution, avec l'hélicoptère. Or celui-ci ne vole pas par tous les temps, ni la nuit. La qualité des moyens pour accéder aux urgences ne peut souffrir d'exception, je pense que vous en conviendrez.

Il reste le maillage des hôpitaux et ce qu'il recouvre réellement – en fait les services qu'il possède. Toutefois, ce qui m'intéresse surtout, c'est la distance maximale des usagers à l'hôpital et aussi, bien sûr, l'implantation de médecins libéraux en milieu rural. Ceux-ci interviennent souvent en première intention auprès des personnes ayant besoin de recevoir des soins d'urgence et dont l'hôpital est l'établissement pivot.

À titre personnel, je suis pour le refus de conventionnement avec la sécurité sociale lorsque des médecins choisissent de s'installer dans une zone sur-dense. C'est un point sur lequel, d'ailleurs, je ne suis pas tout à fait d'accord avec certains collègues de mon groupe.

Après tout, madame la secrétaire d'État, les études sont gratuites jusqu'à la sixième année en France. Ce n'est pas le cas aux États-Unis, ni au Royaume-Uni. La Nation a donc consenti des efforts particuliers pour ces futurs médecins, qui, par la suite, sont payés durant leur internat. Il apparaît normal que, en retour, ceux-ci doivent quelque chose à la Nation les ayant formés gratuitement.

Doit-on maintenir à tout prix des hôpitaux dans des zones peu densément peuplées et très éloignées de grands centres urbains ? Je répondrai par l'affirmative, mais j'ajouterai aussitôt que cela ne peut probablement pas se faire à n'importe quel prix ou à n'importe quelle condition. En effet, tout citoyen français doit pouvoir avoir les mêmes chances d'accéder à des soins urgents délivrés en hôpital, où qu'il habite. Je pense aussi aux maternités, pour lesquelles on requiert un minimum de 300 accouchements annuels.

Or il est des zones de notre territoire où la densité de population est de moitié celle du Sahel et où l'on se trouve à plus d'une heure d'un centre hospitalier. Je pense à certaines zones de mon département de l'Aveyron, où aujourd'hui, d'ailleurs, la maternité de Decazeville est provisoirement fermée, celles de Millau et de Saint-Affrique sont parfois sur la sellette, alors qu'une réflexion est en cours pour un projet commun.

À côté des professionnels de santé, la notion d'aménagement du territoire ne peut laisser de côté les élus locaux et les parlementaires de ce territoire.

Les parlementaires ne méconnaissent pas l'évolution technique de la médecine et la nécessité d'avoir des hôpitaux performants, mais nous souhaitons, en même temps, une véritable politique de différenciation des territoires, avec des exceptions géographiques pleinement assumées par la Nation et qui permettent d'assurer ce que l'on pourrait appeler le « minimum vital » dans les délais les plus brefs. Pour celles-ci, une fois qu'elles auraient été définies, la notion d'équilibre budgétaire à tout prix ne serait pas la seule finalité et la seule condition de leur existence.

Madame la secrétaire d'État, je vous demande que les parlementaires ne soient pas écartés de toute réflexion et, surtout, que la notion d'exception géographique trouve une validation législative.

Aujourd'hui, on veut bien accepter cette notion, souvent en accord, d'ailleurs, avec le ministère, mais on ne l'a pas validée au travers de la loi. Or cette évolution permettrait d'éviter que les hôpitaux en milieu rural ne soient systématiquement remis en cause, ce qui est, malheureusement, trop souvent le cas. (Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, les membres du groupe communiste républicain et citoyen ont demandé à mettre en débat la situation de l'hôpital public, car celui-ci se trouve dans un état grave, nécessitant une intervention urgente, comme l'a dénoncé Laurence Cohen.

À l'approche d'échéances électorales qui auront une répercussion fondamentale sur les orientations prises en matière de santé publique, ce débat est impératif pour clarifier la vision que nous défendons pour notre système de santé actuel et à venir, pour ses patientes, ses patients et pour son personnel soignant.

Nous avons maintes fois alerté sur le danger des directions prises par les gouvernements successifs, de droite comme de gauche, que ce soit avec la loi HPST de 2009 ou avec la loi Santé de 2016. Nous sommes aujourd'hui constamment interpellés sur les conséquences néfastes de ces textes sur la qualité des soins, les conditions de travail et de prise en charge ou les méthodes de gouvernance – antidémocratiques.

Dans tous les secteurs médicaux, nous retrouvons les mêmes symptômes. Et ces symptômes sont liés au même virus : la logique libérale et « austéritaire » de l'hôpital-entreprise instituée par ces deux lois. Aujourd'hui, et partout, ce sont nos régions et nos différents services hospitaliers qui paient les pots cassés !

En complément des propos de ma collègue Laurence Cohen, que je partage complètement, j'observerai que le secteur psychiatrique illustre tristement ces répercussions, et leur conséquence directe : des soins déshumanisés, des patients et des soignants malmenés. La

psychiatrie a subi des baisses drastiques de budget : plus de 0,5 % du budget national tronqué en deux ans !

Les représentantes et représentants du personnel du centre hospitalier de Saint-Égrève, dans mon département, m'alertent sur le manque de personnel hospitalier, ainsi que sur la fusion et amputation de postes bien au-delà de ce que prévoyait le virage ambulatoire. Ceux de l'hôpital de Saint-Cyr dénoncent la suppression d'un pôle entier de pédopsychiatrie. L'hôpital du Léman, en Haute Savoie, voit son service de psychiatrie démantelé et 43 lits disparaitre.

Le centre hospitalier Le Vinatier, établissement de référence en psychiatrie et santé mentale dans le Rhône, devra, lui, réaliser 3,5 millions d'euros d'économies. Dans cet établissement, les coupes se traduisent déjà en restrictions de matériel et, bientôt, 80 postes seront supprimés.

Quant au pôle public psychiatrique du centre hospitalier de Vienne, également dans mon département, il a été transféré sur le centre psychothérapique privé du Nord-Dauphiné à Bourgoin-Jallieu. Outre la fermeture d'unités d'accueil et d'hospitalisation, ainsi que la dégradation de la prise en charge, en particulier des enfants, ce nouveau projet médical a précipité le départ de nombreux pédopsychiatres, laissant autant de postes vacants. Ainsi, les équipes soignantes travaillent dans une précarité ne leur permettant pas d'assurer toutes leurs missions.

Toutes ces femmes et ces hommes, garants de la qualité des soins, ne peuvent servir plus longtemps de variables d'ajustement face aux économies imposées par le Gouvernement, madame la secrétaire d'État, par l'intermédiaire des directions de ces établissements.

Cette austérité budgétaire s'accompagne de logiques bureaucratiques et comptables qui ont profondément métamorphosé la conception des soins. Aux origines des nouvelles méthodes de gestion du secteur de la psychiatrie, il y a le rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale. Ce document consacre une approche scientiste et normalisatrice, dans laquelle la dimension psychique ne trouve pas de place.

Ainsi les protocoles de soin de la Haute Autorité de santé qui en découlent, et que dénonce le collectif des 39, sont contraires à la démarche de la psychiatrie. Cette tendance à la taylorisation du métier de soignant nous retranche dans des logiques sécuritaires, des pratiques d'isolement et de contrainte. D'ailleurs, le minutage des tâches pratiqué par de nombreux hôpitaux est lui aussi révélateur de cette désastreuse approche : rationnaliser le temps ne peut se faire qu'au détriment du relationnel, et ces pratiques manquent grandement d'humanité.

Pourtant, la psychiatrie française avait su abandonner les pratiques courantes d'asile au profit d'une proximité de soins spécifiques au contexte, au patient, à son histoire et ses souffrances. L'hôpital et, en particulier, la psychiatrie ne peuvent plus demeurer des usines à patients.

Dans des conditions de travail aussi extrêmes, il n'est pas étonnant que le pire puisse se produire. Les patients, excédés et usés, peuvent devenir violents, comme le montre l'agression, à Saint-Égrève, d'un agent du service psychiatrique ayant subi un traumatisme crânien.

Parfois, sous la pression, les membres du personnel en viennent à commettre l'irréparable. Comme le rappelait ma collègue Aline Archimbaud, le nombre de *burn-out* et de suicides, ou tentatives de suicide, est là malheureusement pour l'illustrer.

Comme vous le voyez, mes chers collègues, les alertes sont particulièrement nombreuses. Pourtant, le personnel soignant et ses représentants se heurtent systématiquement au silence des directrices et directeurs des agences régionales de santé – les ARS –, qui considèrent l'hôpital sous le seul prisme financier. De surcroît, la loi HPST les a rendus tout puissants au sein de leurs directoires – ma collègue Laurence Cohen évoquait, voilà un instant, des « préfets sanitaires » –, leur permettant ainsi d'imposer aux professionnels sur le terrain leurs plans d'austérité.

À ce propos, madame Génisson, il ne me semble pas que le plan visant à prendre soin des soignants soit véritablement mis en œuvre…

La logique « austéritaire » a aussi une répercussion sur l'offre de soins. La recherche d'économies a poussé à de gigantesques restructurations et regroupements, évoqués par ma collègue. Ces restructurations ont été menées sans concertation, sans aucune considération de la carte de l'accès aux soins et aux spécialités, ni de la capacité des patients à poursuivre leur traitement, et celle de leurs accompagnants à les y aider.

En témoigne l'exemple du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, qui a dû déménager deux fois en l'espace de deux ans, en laissant vide de spécialistes le XIVe arrondissement, pourtant en grand besoin. À contre-courant de cette logique, il nous faut, pour lier ces besoins de structure collective et de soins de qualité, repenser notre système de santé.

Une médecine généraliste de proximité, organisant dans des centres de santé des équipes pluridisciplinaires de quartier, permet aux soignants de travailler dans des structures à échelle humaine.

Ces cellules ont un ancrage et une visibilité locale. Les soignants ont le temps de coopérer et de répondre au cas par cas aux patients et à leurs parents, à leurs maux et à leurs préoccupations. Ils n'en seront que plus motivés et engagés. Cette véritable politique de lutte contre les déserts médicaux permettra à l'hôpital, ainsi décongestionné, de se dédier pleinement à ses fonctions de spécialité, de prévention, de recherche et d'enseignement.

Aussi, et pour conclure, l'État doit assumer et assurer pleinement ses responsabilités. Il doit réinvestir massivement dans le secteur de la sante publique. Cela passe par un financement à la hauteur des besoins de nos hôpitaux et de nos centres de santé – pourquoi, madame la secrétaire d'État, ne pas ouvrir des lits dans l'urgence pour faire face à l'épidémie de grippe ? Cela passe aussi par un investissement fort dans le personnel, sa formation et ses conditions de travail.

Cette politique est indispensable si nous voulons véritablement conserver la qualité de nos soins et ne pas aboutir à un système de santé à deux vitesses. Cette conception humaniste et citoyenne de la santé publique et de la médecine est essentielle aux patients de nos hôpitaux publics et à l'ensemble de leurs services, psychiatrie comprise ! (Applaudissements sur les travées du groupe CRC.)

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, on dit depuis bien longtemps que l'hôpital est malade et ne peut plus assurer sa fonction de service publique.

Pourtant, avant d'en venir à tout ce qui ne va pas, je voudrais rappeler quelle a été l'évolution de l'hôpital public. Ce dernier est passé, en quelques décennies, d'une logique asilaire à une logique de soins pour les plus démunis ; puis, il est devenu l'hôpital que nous connaissons

aujourd'hui depuis la loi Debré des années 1950, qui a permis l'accès à l'excellence en matière médicale, et cela pour tous.

Que s'est-il donc passé ? Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût ! « Depuis les années 1980, les soignants sont confrontés à une dégradation de leurs conditions de travail, et la rationalisation des dépenses hospitalières entraîne une limitation de la croissance des effectifs », souligne Valérie Carrara, psychologue du personnel à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, l'AP-HP. Autrement dit, le gestionnaire a pris le pas sur le sanitaire, et la mise en place des 35 heures, loin d'engendrer des créations d'emploi, a créé de vives tensions en matière de ressources humaines.

Oui, l'hôpital n'a pas su se réformer. Il souffre d'une maladie que je qualifie d'« hospitalo-centrisme », maladie qu'il subit et qu'il propage, car, si l'hôpital est malade, c'est que l'ensemble du système de santé ne va pas bien. Dès lors, l'hôpital devient, ou redevient parfois, un lieu de premier recours, et non de premier secours.

Il en est ainsi des urgences, engorgées par des malades qui relèvent, non de l'urgence véritable, mais de la consultation non programmée, ou bien de l'hospitalisation en fin de vie, faute d'un manque cruel de soins palliatifs, que ce soit en ambulatoire ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD.

De même, en aval, combien de malades se trouvent en difficulté à la sortie de l'hospitalisation, souvent de plus en plus courtes – et c'est heureux – grâce au virage ambulatoire ? Trop de lits d'hospitalisation ont été fermés au cours des dernières années, comme le montre l'épidémie de grippe qui sévit en ce moment.

Dans le même temps, il faut parfois un peu de courage politique pour affirmer que certains services d'hospitalisation doivent être fermés car ils ne répondent plus aux critères d'exigence thérapeutique. Il s'agit bien, plutôt que de les maintenir ouverts à tout prix, d'orienter ces lits en fonction des besoins. Je pense par exemple aux soins de suite et de réadaptation ou aux post-urgences.

Par ailleurs, l'hôpital doit se retrouver au cœur d'un territoire de santé, et cette régionalisation, comme le prévoyait déjà la loi HPST de 2009 avec la création des ARS, doit encore être renforcée, afin de créer un maillage plus efficace du territoire, une rationalisation des coûts et une meilleure répartition des activités.

Oui, l'hôpital ne doit pas être un « hôpital d'ivoire ». Il doit s'ouvrir sur la ville, sur la médecine de ville, mais pas seulement. Il faut un décloisonnement entre ville et hôpital, public et privé, sanitaire et médico-social, voire social, car le patient est d'abord un individu, dont la bonne santé n'est pas seulement une absence de maladie, comme le rappelle la définition de l'Organisation mondiale de la santé.

Certes, la médecine hospitalière gardera et doit garder ses spécificités. Je voudrais en particulier évoquer un rôle essentiel de l'hôpital public : son rôle universitaire. J'entends par là sa mission de formation initiale de nos médecins et son statut de pôle d'excellence et d'innovation.

À ce titre, ne décourageons pas nos praticiens hospitaliers ! Je le dis clairement, leurs carrières doivent être revalorisées, sous l'angle financier, mais aussi en leur offrant un accès au meilleur et à l'innovation. Il faut réenchanter la carrière hospitalière et ne pas priver l'hôpital public de ses éléments les plus talentueux.

Les études universitaires médicales, elles aussi, sont trop concentrées sur l'hôpital. Si les étudiants en médecine apprennent leur art en milieu hospitalier, ils n'ont bien souvent aucune idée de ce qu'ils feront et de ce qu'ils verront en ville – une varicelle, une rougeole, une grippe. Là encore, une ouverture sur la médecine de ville *via* des stages dès le deuxième cycle serait nécessaire, pour leur permettre de mieux apprendre et appréhender leur métier.

Comment croire qu'avec une formation initiale uniquement portée par l'hôpital, sur la décision collective, avec l'utilisation de technologies de pointe et une baisse de l'enseignement de la clinique, le futur médecin, isolé dans son colloque singulier avec son patient, ne soit pas incité à diriger celui-ci vers l'hôpital ? Paradoxalement, la mission universitaire pédagogique de l'hôpital, un des éléments majeurs, est peu prise en compte dans la réflexion habituelle.

Néanmoins, je ne peux aborder la question de l'hôpital sans évoquer l'ensemble du personnel hospitalier, qu'il soit soignant, technique ou administratif. En ces temps où l'on parle beaucoup de souffrance au travail, je veux rendre un véritable hommage à l'ensemble du personnel hospitalier.

Il faut avoir vécu l'activité hospitalière de l'intérieur, et c'est mon cas, pour se rendre compte à quel point les conditions de travail se sont détériorées. Je le dis avec une certaine solennité, il n'est pas question selon moi de revoir à la baisse le nombre de fonctionnaires hospitaliers, en particulier dans la filière de soins.

Je voudrais enfin aborder un sujet qui m'est cher, celui de l'hôpital psychiatrique. Si l'hôpital général est en crise, l'hôpital psychiatrique est, lui, sinistré, alors même que jamais la demande n'a été aussi forte. Mes chers collègues, passez-moi le terme « demande », mais c'est bien là le cœur du problème : il s'agit de savoir si l'on veut une stricte logique de l'offre ou si l'on doit, au contraire, tenir compte des besoins en la matière. Je penche, bien évidemment, pour cette dernière orientation.

Oui, je le dis haut et fort, un pays comme le nôtre n'a pas, sur l'ensemble du territoire, une couverture suffisante en matière de psychiatrie hospitalière, et encore plus en pédopsychiatrie.

Voilà en quelques mots ce que je voulais dire. Sur un plan financier, seule une approche comptable pluriannuelle différente de l'ONDAM s'impose, avec une réforme de la tarification – la fameuse T2A –, qui a créé des activités « nobles », parce qu'elles sont rentables, et des activités méprisées, parce que ne rapportant pas d'argent.

Avec la loi Debré, l'hôpital s'était réformé dans les années cinquante. Aujourd'hui, c'est tout le système de santé qu'il faut revoir, non pas en distinguant le gros risque du petit risque, mais en responsabilisant tout un chacun, y compris le patient, en développant l'innovation, la télémédecine et, oui, peut-être, en faisant participer un peu plus ceux qui ont plus de moyens, comme ce fut le cas pour la récente réforme des allocations familiales, ou en taxant davantage le tabac.

Mme Laurence Cohen. Plus d'ONDAM, donc !

Mme la présidente. La parole est à M. Georges Patient.

M. Georges Patient. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je remercie nos collègues du groupe CRC d'avoir proposé ce débat bienvenu. Il

me permet en effet de vous alerter sur l'état très alarmant du secteur de la santé en Guyane et sur l'extrême tension qui existe au sein de ses établissements hospitaliers.

Sans exagération aucune, je puis dire que le service public hospitalier de Guyane est un grand corps malade, voire agonisant, qu'il est urgent de réanimer.

Madame la secrétaire d'État, je ne vous apprends rien. Mme la ministre de la santé s'est en effet rendue l'année dernière en Guyane, où elle a pu constater sur place l'ampleur du problème et a pris quelques dispositions en urgence : elle a fait venir des inspecteurs de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, pour faire le point sur les dysfonctionnements des hôpitaux publics, et a débloqué des fonds pour répondre aux besoins estimés les plus urgents de ces établissements.

Ces fonds étaient néanmoins nettement insuffisants au regard de l'ampleur des besoins. Les hôpitaux de Guyane sont en effet tous dans une logique de rattrapage structurel.

Le centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, qui est l'hôpital principal de la Guyane, assure la prise en charge de patients non seulement à Cayenne, mais aussi dans les centres délocalisés de prévention et de soins situés sur plusieurs communes : environ 150 000 habitants, soit 60 % de la population. Il présente un déficit structurel de 40,5 millions d'euros et accuse plus de 25 millions d'euros de retards de paiements à ses fournisseurs, lesquels sont de plus en plus réticents à assurer les livraisons.

Pour qu'il puisse assurer ses missions, un triple rattrapage est nécessaire : un rattrapage sous forme de réajustement du financement des missions d'intérêt général ; un rattrapage des insuffisances de financement de ces trois dernières années ; la poursuite de sa politique d'investissements de remise à niveau pour garantir la sécurité des personnes et des bâtiments.

Le centre hospitalier de l'Ouest Guyanais, à Saint-Laurent-du-Maroni, est l'unique structure de prise en charge sanitaire sur un territoire de plus de 50 000 kilomètres carrés, qui représente 60 % du territoire guyanais. Il couvre un bassin de santé de plus de 100 000 habitants, si l'on comptabilise le nombre d'étrangers en situation illégale venant du Suriname.

Comme le centre hospitalier Andrée Rosemon, il est déficitaire. Il manque à ce jour 49 millions d'euros pour financer le nouvel hôpital, dont le coût est estimé à 147 millions. Il accuse un retard structurel pour 2016 de moins 10 millions, soit l'équivalent de 15 % de ses recettes. Cet établissement a lancé un plan de retour à l'équilibre qui devrait permettre d'améliorer le résultat de 5 millions d'euros entre 2017 et 2020.

Le centre médico-chirurgical de Kourou fait face aux mêmes problèmes : une situation financière très tendue, avec un déficit chronique ; une offre de soins de santé défaillante ; des problèmes de gouvernance et de ressources humaines.

Madame la secrétaire d'État, vous connaissez le diagnostic, puisque vous avez reçu le rapport de mission des inspecteurs de l'IGAS, un document que j'ai demandé à l'agence régionale de santé, mais que je n'ai jamais pu obtenir, à l'instar de bon nombre de professionnels de santé. Il faut croire qu'il s'agit du secret le mieux gardé du ministère, car il est également introuvable sur le site de l'IGAS.

Pourquoi tant de silence autour de ce rapport ? Pourquoi si peu d'empressement de la part de votre ministère pour répondre aux demandes des professionnels du secteur de santé ?

Je fais référence à leur courrier du 7 décembre 2016, qui met l'accent sur la demande récurrente de révision de la tarification à l'activité, la fameuse T2A. Cette révision, demandée unanimement, est nécessaire et légitime pour être en phase avec la réalité des surcoûts locaux induits, entre autres, par la taille de notre territoire, la faiblesse des infrastructures, l'isolement, la précarité et la morbidité de la population prise en charge.

Que faut-il faire pour être entendus puisque même les graves accidents récents qui y sont survenus ne semblent pas changer la donne ?

Je rappelle, car cela a été passé sous silence, que cinq bébés grands prématurés sont décédés des suites d'une infection nosocomiale en l'espace de deux mois, entre la fin juillet et la fin août 2016, dans le service de réanimation néonatale du centre hospitalier de Cayenne. Un mois auparavant, un patient brûlait vif dans sa chambre de l'EHPAD. L'hôpital de Cayenne a même été qualifié de « mouroir » après ces événements tragiques.

Les hôpitaux de Guyane sont indignes d'un pays moderne. Pourtant, les enjeux sont de taille, puisque la Guyane est confrontée à la forte prévalence de maladies infectieuses et parasitaires – paludisme, tuberculose, VIH, etc. – et de maladies chroniques – obésité, diabète, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux. Devons-nous faire appel à Médecins Sans Frontières pour intervenir afin de pallier les défaillances de notre système de santé ?

Madame la secrétaire d'État, il serait bon que vous annonciez les mesures attendues avant les premières assises de la santé en Guyane, organisées par l'ARS, qui se tiendront le 19 janvier prochain. (Applaudissements sur les travées du groupe CRC.)

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, les Français l'ont rappelé au travers de divers sondages récents, ils restent attachés à l'hôpital public, mais partagent avec les personnels hospitaliers le sentiment de fragilité de nos hôpitaux.

Fragilisées par un hyper-centralisme de la gestion de la santé, les communautés hospitalières subissent, sur le terrain, des politiques publiques descendantes et bureaucratiques, sans véritable marge de manœuvre et d'adaptabilité régionale pour les acteurs de santé.

La création des ARS, voulue par les hospitaliers, déçoit par leur déploiement effectif. Au lieu de remplir le rôle de planificateur et de régulateur de l'offre de soins, l'État les incite à intervenir dans un rôle de tutelle bureaucratique, dans trop de compartiments de la gestion hospitalière.

La double tutelle nationale, du ministère des affaires sociales et de la santé et de la CNAM, est une source de complexification sur le terrain, et l'assurance maladie a tendance à vouloir s'immiscer toujours plus dans la gestion hospitalière.

Les agences régionales de santé demandent des plans de suppression d'effectifs, sans pour autant s'engager suffisamment dans des réformes courageuses d'évolution de l'organisation de l'offre de soins. Or rien n'est pire qu'une politique alourdissant les charges des établissements, souvent pour acheter la paix sociale, au détriment des réformes structurelles, le tout en prônant la poursuite des efforts d'efficience.

Il est indispensable que les réorganisations structurelles ne soient pas imposées, mais pensées par les équipes médico-soignantes sur le terrain, dans le respect du dialogue social et dans un esprit de coconstruction. Plusieurs mesures sont, à mon sens, prioritaires.

Il faut, premièrement, rendre attractifs les métiers hospitaliers. L'hôpital doit se donner les moyens d'être attrayant. Cela signifie améliorer les conditions de travail des jeunes médecins, donner de la visibilité sur leur carrière, avec la création de véritables parcours professionnels évolutifs, et revaloriser leur rémunération en début de carrière.

Le dialogue social mené aujourd'hui dans les établissements souffre, à la fois, d'un excès de formalisme et d'un manque d'autonomie qui ne permet pas d'adapter des décisions prises au niveau national à l'échelle locale ou d'innover.

Il convient d'ouvrir de nouveaux espaces d'autonomie pour le dialogue social au niveau territorial et au niveau des établissements, afin d'aborder les thématiques prioritaires pour l'avenir de métiers en évolution significative dans le cadre de la nouvelle territorialité et de la révolution numérique. Les prises en charge spécifiques auxquelles répondent seuls les hôpitaux publics doivent être reconnues et justement financées : urgences, personnes en perte d'autonomie ou de handicap, santé mentale, précarité.

Il faut, deuxièmement, faire évoluer le mode de financement de l'hôpital. Dans le cadre du rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, la MECSS, voté, je le rappelle, à l'unanimité, j'avais formulé, avec Jacky Le Menn, des propositions en ce sens.

La T2A, avec ses imperfections, a permis une structuration de la politique hospitalière. Cependant, il faut trouver un autre mode de régulation que celle du prix/volume, qui conduit à la baisse des tarifs et à la déconnection des tarifs et des coûts, rendant le modèle économique non viable à terme.

Le modèle actuel de T2A est un frein aux coopérations et aux mutualisations de services médicaux et médico-techniques. Il convient de mettre en œuvre un choc de simplification et de soutien aux expérimentations en faveur des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics.

L'expérimentation d'un modèle de financement au parcours devrait permettre de tester comment, sur un territoire et sur un périmètre de soins modeste, il est possible d'inventer un financement alternatif.

Le décloisonnement est également un enjeu de réussite pour la réalisation de parcours de soins – décloisonnement du sanitaire, du médico-social et de la médecine de ville. Leur réussite sur les territoires ne peut reposer que sur la volonté des acteurs de soins dans des coopérations partagées et non imposées.

Il faut, troisièmement, remettre l'investissement au cœur des enjeux. Depuis plusieurs années, celui-ci se réduit comme peau de chagrin, alors que le parc immobilier est vétuste. Les besoins de mise aux normes de sécurité et de réhabilitation, en région PACA par exemple, sont estimés par l'ARS à 800 millions d'euros, alors que l'enveloppe régionale annuelle, hors opérations nationales, est de 10 millions.

Il en va de même pour l'investissement médical. À force de repousser les renouvellements d'équipements médicaux, à l'exception des renouvellements d'équipement lourds, le parc de biens médicaux est vieillissant.

Ce fort ralentissement de l'investissement hospitalier, y compris en CHRU, est préjudiciable au développement technologique de la médecine française et prive les patients des techniques de pointe.

À titre personnel, je suis favorable à la conservation des équipements de biens médicaux dans le giron de l'assurance maladie. Toutefois, pour ce qui est de l'investissement immobilier, je suis favorable – je le dis depuis longtemps – à la création d'un établissement financier dédié à l'investissement immobilier national.

Les établissements qui rencontrent les plus grandes difficultés face aux contraintes d'investissement sont les CHU. De manière plus large, il convient d'avoir une réflexion sur la pertinence du modèle hospitalo-universitaire français.

Près de soixante ans se sont écoulés depuis les ordonnances Debré, qui ont forgé la spécificité du modèle hospitalo-universitaire français et ses succès au niveau international. Les changements sociétaux, les progrès médicaux, scientifiques et technologiques, l'essor du numérique, les cadres statutaires et financiers recèlent autant de défis que d'opportunités pour les CHU.

Il faut agir pour promouvoir les CHU sur la recherche, l'innovation et l'enseignement, Cette spécificité française contribue au rayonnement de notre médecine.

Toutefois, il convient aussi de repenser les enjeux, notamment territoriaux. J'ai demandé au président Migaud, au nom de la commission des affaires sociales, que la Cour des comptes produise un rapport sur les missions de soins des CHU, entre activités de recours et activités de référence. La refonte territoriale de la loi NOTRe et la création des groupements hospitaliers de territoire, les GHT, mettent la notion de territorialité au centre de la stratégie des CHRU.

La territorialité des GHT met au centre de la stratégie des CHU l'organisation des missions entre activités de recours et activités de référence, en véritable complémentarité avec les autres CH du territoire et au sein des CHRU. Pour ne prendre que l'exemple des maternités, les CHRU disposent d'une maternité de niveau 3, mais, bien souvent, ces lits hyper-spécialisés sont occupés par des parturientes relevant d'une maternité de niveau 1.

Le territoire est au centre de la réorganisation de l'offre de soins. Nous étions favorables à la définition des projets médicaux partagés comme fondement des périmètres des GHT, seule garantie de faire prévaloir une stratégie médicale. Pourtant, les GHT sont constitués sur les territoires et s'organisent autour des activités de médecine, chirurgie, obstétrique, dites « MCO ».

Il ne faut pas oublier deux pans essentiels de l'offre de soins : la psychiatrie et le secteur médico-social.

Les enjeux de la santé mentale sont importants. Outre la participation de la psychiatrie aux GHT, la constitution des territoires de santé mentale et la création des communautés psychiatriques de territoire, les CPT, constituent le socle des liens avec les citoyens et les collectivités locales.

Le renforcement des liens ville-hôpital, psychiatrie- disciplines somatiques et sanitaire-médico-social, dans le respect de la sectorisation, sont les défis à relever. La révision du mode de tarification de la psychiatrie, souvent repoussée, serait un gage de modernisation du secteur.

Un autre besoin de décloisonnement, unanimement ressenti, est celui du sanitaire et du médico-social. Il est nécessaire de créer de véritable parcours de soins entre le médico-social gériatrique et handicapés et le sanitaire, parcours d'autant plus indispensable avec le développement du maintien à domicile.

De nombreuses initiatives intéressantes se sont, par ailleurs, développées dans le champ médico-social : téléconsultations, équipe mobile de gériatrie, de géronto-psychiatrie ou de soins palliatifs intervenant tant en public qu'en privé, consultations avancées et, bientôt, infirmières de nuit partagées entre plusieurs EPHAD. L'objectif central est d'éviter les hospitalisations inutiles de personnes âgées ou handicapées.

Pour conclure, notre système de santé, au sein duquel l'hôpital public joue un rôle majeur, a été jusqu'à présent incapable de s'adapter aux deux grandes transitions auxquelles font face l'ensemble des sociétés occidentales : la transition démographique et la transition épidémiologique.

Parallèlement, notre système de santé est toujours incapable d'apporter des réponses réelles à des problèmes qui ne sont pourtant pas nouveaux, notamment celui des inégalités de santé : inégalités territoriales, accessibilité aux soins, reste à charge...

Face à ces transitions et malgré les très nombreuses initiatives législatives, le système est resté fondamentalement le même : l'hôpital d'un côté, la ville de l'autre, le médico-social à part, tout comme le secteur associatif et les patients qui peinent à trouver leur repère entre tous les acteurs.

En retour, l'accumulation de réglementations tue complètement la capacité du système à générer de l'innovation, et, surtout, à généraliser les bonnes pratiques.

Il faut réintroduire dans notre système de santé de la déconcentration, de la cohérence, du pragmatisme, de l'autonomie, de l'expérimentation sur les territoires et laisser de l'initiative aux acteurs de terrain. Pour préserver dans l'avenir l'excellence de notre système de santé, les établissements hospitaliers doivent réussir la révolution de l'émergence de la territorialité et de la responsabilité populationnelle en santé. (MM. Cyril Pellevat et Jean Desessard applaudissent.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyril Pellevat.

M. Cyril Pellevat. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je remercie le groupe communiste d'avoir mis à l'ordre du jour ce débat sur la situation de l'hôpital. J'indique mon soutien, comme mes collègues l'ont fait précédemment, aux professionnels de santé qui sont particulièrement débordés en cette période de grippe.

Je vais tout d'abord profiter des quelques minutes qui me sont imparties pour attirer votre attention, madame la secrétaire d'État, sur un dossier local.

Je souhaite vous alerter sur la situation des hôpitaux du Léman, à Thonon-les-Bains, en Haute-Savoie, déjà mentionnée par ma collègue Annie David. La situation de l'établissement est critique. Il est en baisse d'activité et son déficit atteint désormais 9 millions d'euros. Certes, un plan de redressement est en cours, et l'agence régionale de santé a débloqué une aide exceptionnelle de 3,5 millions d'euros pour cet établissement. Néanmoins, les réorganisations prévues sont peu satisfaisantes pour le personnel, les services et les patients.

Une difficulté importante se pose au sein de la structure psychiatrique des hôpitaux du Léman, comme je l'ai déjà indiqué par courrier à Mme la ministre de la santé.

L'agence régionale de santé envisagerait le transfert des lits d'hospitalisation en psychiatrie de Thonon vers la Roche-sur-Foron, à une heure de Thonon. Or, dans le Chablais, territoire situé autour de Thonon, on estime à 4 200 le nombre de personnes qui souffrent de troubles psychiques sévères.

La proximité favorisant les soins et la réinsertion, cette structure psychiatrique doit nécessairement être maintenue en son lieu actuel. Elle peut être rénovée s'il le faut, et de nouvelles structures d'hébergement alternatives à l'hospitalisation pourraient être créées.

Ce dossier local a donné lieu à de nombreuses manifestations et une pétition de 10 000 signatures a notamment été remise au sous-préfet il y a un an. La situation des hôpitaux du Léman suscite de vives réactions localement ; un collectif citoyen a notamment élaboré un « projet territorial d'accès aux soins pour tous dans le Chablais ». Madame la secrétaire d'État, allez-vous intervenir dans ce dossier ?

Malheureusement, ce cas n'a rien d'exceptionnel. De nombreux hôpitaux connaissent une mauvaise situation financière. Nous le savons, le secteur hospitalier français n'est pas en bonne santé.

Au niveau organisationnel, les conditions de travail du personnel soignant sont mauvaises, et les 35 heures y ont certainement contribué. Les professions hospitalières souffrent.

Je tiens à m'attarder sur la situation des infirmières et des aides-soignants. Nous connaissons la pénibilité de leurs conditions de travail, la grande utilité de leur emploi et leur faible rémunération. Si des emplois doivent être revalorisés, ce sont bien ceux-là. Du fait du manque de personnel – les retraités ne sont pas remplacés –, infirmiers et aides-soignants sont débordés et considèrent qu'ils ne peuvent mener à bien leur travail. L'hôpital français manque de moyens pour assurer un service de qualité. Je constate que, dans notre pays, certains hôpitaux recrutent des infirmières étrangères pour faire face à la pénurie qu'ils subissent.

Assurer de bonnes conditions de travail à ces professionnels reviendrait à garantir un meilleur service à l'ensemble des Français.

En Haute-Savoie, nous manquons cruellement d'infirmières. L'hôpital qui souffre le plus du manque d'infirmières est celui de Saint-Julien-en-Genevois. Le voisinage de la Suisse, où les salaires sont deux, voire trois fois, plus élevés qu'en France, ne nous aide pas. Ce pays étant également confronté à un manque de personnel infirmier, il propose aux professionnels français des rémunérations très attractives.

La rémunération des personnels soignants étant fixée au niveau national, nos hôpitaux hauts-savoyards essaient de rivaliser avec nos voisins suisses sur d'autres critères, tels que les plans de carrière ou encore les gardes d'enfants.

Enfin, nous devons veiller au maillage territorial de l'offre de soins.

M. Jean Desessard. Très bien !

M. Cyril Pellevat. Le principe de l'égalité devant le service public de santé doit prévaloir ; il y va de la vitalité de notre territoire.

M. Jean Desessard. Absolument !

M. Cyril Pellevat. Je conclurai mon propos en évoquant quelques-unes des solutions peu coûteuses qui permettraient d'alléger le poids supporté par nos établissements hospitaliers.

Je citerai, par exemple, la télémédecine ou médecine à distance. Il s'agit d'une solution d'avenir. Les professionnels de santé doivent prendre en compte le progrès technologique et informatique pour accomplir leurs missions. Cela permettra, en outre, de lutter contre l'explosion des dépenses de santé.

Sur le plan purement organisationnel, cette pratique permet à la plupart des établissements hospitaliers de remédier au problème des services d'urgences bondés, mais aussi à celui de la désertification médicale. Elle donne ainsi la possibilité aux patients d'accéder à des soins appropriés sans avoir nécessairement besoin de se déplacer physiquement, ni de patienter longuement avant de recevoir la visite du premier praticien disponible. La maîtrise du coût et la maximisation du gain de temps, notamment, sont des avantages directement procurés par cette nouvelle pratique.

Les Français doivent aussi devenir acteurs de leur santé. Les programmes de prévention, de responsabilisation et d'éducation à la santé doivent être encouragés. Sur ce sujet, il reste beaucoup à faire. (M. Jean Desessard applaudit.)

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Madame la présidente, monsieur le président de la commission des affaires sociales, mesdames, messieurs les sénateurs, vous avez fait le choix d'inscrire à l'ordre du jour du Sénat ce débat consacré à la situation de l'hôpital public dans notre pays. Je vous en remercie, car c'est un sujet au cœur des préoccupations de nos concitoyens, notamment en cette année marquée par des échéances électorales majeures à l'occasion desquelles chacun devra exprimer des positions politiques claires.

Sur ce point, la position du Gouvernement et de notre majorité à l'égard de l'hôpital public n'a jamais changé depuis 2012. Nous n'avons eu de cesse de montrer notre attachement à cette institution et à ses valeurs, qui sont celles de la République.

Soigner tout le monde sans exclusion, dans l'excellence, y compris ceux qui n'ont rien ou qui sont à la rue, au quotidien comme dans les circonstances exceptionnelles – je pense à l'actuelle épidémie de grippe… Oui, l'hôpital public incarne la République sociale, qui est l'un des fondements de notre identité collective. Ces valeurs nécessitent des choix politiques, qui doivent être régulièrement réaffirmés.

Je vais citer des éléments concrets et précis en vue de répondre aux questions qui ont été posées. Je comprends que les échéances électorales vous incitent dans certains cas, mesdames, messieurs les sénateurs, à afficher vos différences, mais je ne peux pas vous laisser dire des choses inexactes.

Dire que ce gouvernement a « marchandisé » la santé et considéré l'hôpital comme une entreprise privée, c'est faux !

Dire que 57 000 lits ont été supprimés en onze ans, c'est partiellement vrai ; ou plutôt, devrais-je dire, ces chiffres sont exacts, mais vous en oubliez d'autres. Toutefois, peut-être le faites-vous sciemment !

En effet, les chiffres que vous avez cités renvoient en réalité aux suppressions de lits depuis 2004 ; vous auriez dû le préciser. Par ailleurs, il ne s'agit pas de lits de médecine, mais, dans l'immense majorité des cas, de lits de chirurgie et d'unités de soins de longue durée. On peut trouver que cette mesure était bonne ou mauvaise, mais la moindre des choses est de préciser de quoi l'on parle !

La réalité des chiffres est la suivante : depuis 2012, nous avons créé 2 500 lits de médecine et 2 800 lits de soins de suite et de réadaptation, ces fameux lits « d'aval » qui permettent d'éviter l'embolie des services d'urgence et de l'hôpital public.

Mme Laurence Cohen. Tout va bien, donc !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Je n'ai pas dit cela, madame la sénatrice ! Je dis seulement qu'il faut donner tous les chiffres et les expliquer.

M. Jean Desessard. On ne comprend rien à vos chiffres !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Vous avez parlé, je le répète, de marchandisation de l'hôpital. Or c'est tout le contraire : nous avons redonné à l'hôpital public la place qu'il mérite dans notre système de santé.

Nous avons, tout d'abord, réintroduit le service public hospitalier dans la loi, non par idéologie ou par dogmatisme, mais parce que ce service public est une garantie pour l'ensemble des Français, les patients et les professionnels. C'est une garantie d'égalité d'accès aux soins, quels que soient les revenus des personnes, leurs pathologies, les soins nécessaires, une garantie de non-sélection des patients, de permanence des soins, quelles que soient les circonstances, de réponse à l'urgence, de soins de qualité pour tous.

Je dois le rappeler, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, adoptée sous le quinquennat précédent, avait démantelé le service public hospitalier en le divisant en différentes « missions » que les établissements pouvaient choisir « à la carte ».

Avec la loi de modernisation de notre système de santé, le service public hospitalier a été rétabli en un bloc indissociable, qui engage donc pleinement les établissements assurant ce service public. Un principe fondateur a été réaffirmé dans ce texte.

Pour préserver et renforcer le service public, une décision essentielle a été prise dès 2012 : la fin de la convergence tarifaire entre le public et le privé. Cela peut paraître technique, mais chacun ici sait bien de quoi il retourne.

La précédente majorité avait décidé qu'il fallait rémunérer exactement de la même façon, avec les mêmes tarifs, les hôpitaux publics et les hôpitaux privés à but lucratif. Or les premiers assument des missions qui ne font pas partie des prérogatives des seconds. Je pense, en particulier, à l'accueil de tous, sans distinction, y compris des personnes les plus précaires, à des tarifs accessibles.

Dès notre arrivée aux responsabilités, j'y insiste, nous avons pris la décision de supprimer la convergence tarifaire. J'ai l'impression que beaucoup d'entre vous l'ont oublié !

Pour ce qui concerne l'accueil des plus précaires, sujet qui vous préoccupe particulièrement, mesdames, messieurs les sénateurs, je rappelle qu'il existe des financements fléchés pour les hôpitaux qui assument cette mission d'intérêt général, ou MIG.

Mme Aline Archimbaud a évoqué le problème du non-recours à la CMUC. Je veux lui indiquer que d'ici quelques mois, tous les demandeurs du RSA socle bénéficieront automatiquement de la CMUC, grâce à la modernisation des systèmes informatiques des différentes caisses.

M. Jean Desessard. Très bien !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Toujours dans l'objectif de renforcer le service public hospitalier, nous avons remis en cause le « tout T2A », c'est-à-dire le financement exclusif à l'activité engagé par la précédente majorité, qui n'est manifestement pas adapté à l'ensemble des spécialités et des missions de l'hôpital. Nous avons donc engagé un mouvement irréversible de réformes.

…….

…….

Un financement des activités isolées a ainsi été instauré depuis 2014. Cela signifie concrètement que les établissements isolés qui assurent des activités à un volume peu élevé mais dont le maintien est indispensable à la population – je pense, bien sûr, en premier lieu, aux établissements des territoires ruraux –, bénéficient désormais d'une part de financement fixe permettant de sécuriser leur fonctionnement. Situés dans des territoires où la population n'est pas nombreuse, ces établissements ne peuvent pas avoir plus d'activité !

M. Jean Desessard. Très bien !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. De plus, un mode de financement spécifique pour les hôpitaux de proximité a été mis en place depuis 2015. Il s'agit de la dotation modulée à l'activité, qui permet aux établissements de proximité assurant leurs missions au sein de territoires fragiles de bénéficier d'une part fixe de financement. À ce jour, 243 établissements bénéficient de ce mode de financement spécifique.

Ce mouvement s'est poursuivi avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui a permis d'adopter un certain nombre des propositions formulées par Olivier Véran dans son rapport. Concrètement, ces mesures permettront de sécuriser le financement de certaines spécialités peu compatibles avec la tarification à l'activité.

Je veux parler de la mise en place d'une dotation modulée pour les activités de soins critiques : réanimation, soins intensifs, surveillance continue.

Je veux également parler de la création d'une prestation intermédiaire, entre l'hospitalisation de jour et la consultation externe, afin de mieux valoriser les soins pluriprofessionnels et pluridisciplinaires mis en œuvre. Par exemple, le fait qu'un patient vienne à l'hôpital consulter un médecin, mais aussi un psychologue, un diététicien et un assistant social pourra être valorisé dans ce système de tarification. C'était une demande forte de l'ensemble des professionnels de santé, et cela a été fait.

Bien sûr, d'autres recommandations seront déployées dans le cadre de la prochaine campagne tarifaire, au-delà des modifications opérées dans la loi. C'est le cas notamment de l'adaptation des règles de financement des soins palliatifs, actuellement en cours de concertation avec les professionnels.

La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a aussi œuvré pour renforcer l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Évidemment, je sais bien qu'il y a encore des inégalités,…

Mme Laurence Cohen. Il y en a encore beaucoup !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. … que, sur certains territoires, les hôpitaux sont plus éloignés, les médecins généralistes, moins nombreux, etc.

Néanmoins, une réforme extrêmement importante a été mise en œuvre pendant ce quinquennat : la création des groupements hospitaliers de territoire, les GHT.

Mme Éliane Assassi. Parlons-en !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Pourquoi cette création ? Parce que le service public hospitalier est plus fort quand les hôpitaux travaillent ensemble. C'est simple à comprendre,… (Non ! sur les travées du groupe CRC.)

Mme Éliane Assassi. Ne soyez pas simpliste ! Venez en Seine-Saint-Denis ; vous verrez…

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. … et c'est tout le sens de la réforme qui a été conduite.

En rendant obligatoires les coopérations entre établissements publics de santé, ces groupements permettent de disposer d'ensembles cohérents, qui garantissent des parcours de soins hospitaliers.

Mme Éliane Assassi. Ce n'est pas vrai !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Laissez-les se mettre en place, madame la sénatrice !

Les GHT permettent d'ores et déjà la mise en place de filières territoriales de prise en charge et l'instauration d'équipes médicales de territoire, autour d'un projet médical partagé.

On compte déjà aujourd'hui 135 groupements hospitaliers de territoire. Chacun a mis en place les grandes lignes de son projet médical partagé, que les GHT peuvent finaliser jusqu'au 1er juillet 2017.

Faire en sorte que les hôpitaux travaillent ensemble, que les équipes travaillent ensemble pour être complémentaires, est tout de même positif !

Mme Éliane Assassi. Venez sur le terrain !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Jusqu'à présent, cela ne se faisait pas, ou, du moins, pas assez.

M. Alain Milon. Cela ne se faisait pas assez.

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Je veux revenir sur la psychiatrie, que plusieurs d'entre vous ont évoquée.

Michel Laforcade, dont le rapport a été cité, a fait un travail remarquable. Il a travaillé en collaboration étroite avec les professionnels de la psychiatrie. À vrai dire, j'ignore pourquoi vous l'accablez avec de telles attaques…

Mme Éliane Assassi. Oh !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Le fil conducteur de son rapport est précisément d'améliorer l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, en partant d'un principe simple : la santé mentale est un sujet de société, et pas seulement un sujet sanitaire.

Ce rapport défend notamment la création d'équipes mobiles de psychiatrie. On voit bien qu'on en a besoin ! La psychiatrie ne peut pas rester à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. (Mme Laurence Cohen s'exclame.) On compte à ce jour 120 équipes mobiles psychiatrie précarité, indispensables quand on sait que 30 % des personnes en très grande précarité, notamment des personnes à la rue, souffrent de troubles psychiques.

Dans son rapport, Michel Laforcade suggérait également de généraliser l'expérimentation « Un toit d'abord », qui a très bien montré, étude scientifique à l'appui, que loger de façon durable les personnes souffrant de troubles psychiques permet d'améliorer leur état de santé et d'éviter un nombre considérable d'hospitalisations. Nous venons de le faire.

Faire en sorte que toute la société se sente concernée par les questions de santé mentale, c'est aussi tout le sens de la création, par la ministre des affaires sociales et de la santé, du Conseil national de la santé mentale, où se côtoient des professionnels d'horizons très différents et qui est même présidé par un sociologue. (Mme Laurence Cohen s'exclame.)

Je veux maintenant revenir à l'hôpital et évoquer un certain nombre de chiffres.

Depuis 2012, le Gouvernement a innové pour construire l'hôpital de demain et lui permettre de répondre à un certain nombre de défis.

J'aimerais que l'on me dise où est l'austérité ! Les moyens de l'hôpital public ont augmenté de 10 milliards d'euros depuis 2012. On peut considérer que ce n'est pas assez, mais on ne peut pas dire que les moyens diminuent ! (Si ! sur les travées du groupe CRC.)

Mme Laurence Cohen. Les moyens n'ont jamais été aussi faibles !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Dans le contexte budgétaire contraint que nous connaissons, cette progression du budget de l'hôpital illustre l'importance que nous accordons à ce secteur, pour assurer son développement, en termes d'investissements, bien sûr, mais aussi de personnels (Mme Laurence Cohen s'exclame.) et d'équipements.

C'est bien de donner davantage de moyens, mais cela ne suffit pas : il faut également assurer la soutenabilité financière des investissements hospitaliers. C'est ce que nous avons fait. Nous avons notamment su mettre fin à des dérives qui avaient pu aboutir à des projets surdimensionnés – il faut savoir parler vrai –, dont les coûts, en particulier de fonctionnement, n'étaient absolument pas maîtrisés. La dette des hôpitaux, qui avait triplé entre 2003 et 2012, est maintenant stabilisée.

M. Alain Milon. C'est le plan Hôpital !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Des plans d'investissements réalistes et soutenables ont été lancés, pour permettre aux hôpitaux de se moderniser, ce qui est indispensable. C'est une exigence à la fois pour les patients et pour les professionnels qui y travaillent. Mais, désormais, ces investissements ne mettent plus en danger l'avenir des hôpitaux.

Dans cet esprit, Marisol Touraine a fixé, dès 2012, une trajectoire pour dix ans, qui a d'ores et déjà permis de financer quarante projets d'investissement, pour un montant d'aide dépassant 2 milliards d'euros. Un nouveau plan d'investissement de 2 milliards d'euros, lancé au mois de mai dernier, permettra de poursuivre cet effort. Au total, 4 milliards d'euros auront donc été engagés.

J'ajoute qu'un fonds de 400 millions d'euros avait été créé pour permettre aux hôpitaux concernés de sortir des difficultés liées aux emprunts toxiques qu'ils avaient contractés. Tout le monde semble l'avoir oublié…

Monsieur Milon, j'entends vos souhaits sur le niveau d'investissement hospitalier, mais je dois vous dire, même si vous avez pris soin de préciser que vous les exprimiez à titre personnel, qu'ils sont peu compatibles avec les économies que votre candidat à l'élection présidentielle, M. Fillon, entend faire sur la santé.

M. Alain Milon. On en reparlera !

M. Michel Amiel. Ah !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Mais je ne doute pas que vous saurez le faire infléchir son programme ! Au reste, ce ne serait pas la première fois qu'il infléchit ses propositions initiales…

M. Jean Desessard. Cela n'arrive jamais aux socialistes ?

Mme Éliane Assassi. Non ! Ils tiennent tous leurs engagements…

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Je veux maintenant vous parler du numérique, sujet que vous avez tous évoqué.

Il est vrai que l'hôpital doit s'approprier l'usage du numérique. Il le fait ! Ainsi, à l'heure actuelle, plus de 80 % des établissements ont informatisé les dossiers patients. Ce taux est quand même très important ! Celles et ceux qui, ici, ont, de près ou de loin, travaillé dans un hôpital savent que telle n'était pas la situation il y a une quinzaine d'années, et même voilà dix ou cinq ans. Par ailleurs, 70 % des hôpitaux ont dématérialisé la consultation de résultats d'analyses biologiques et 500 établissements ont sollicité et obtenu un soutien financier à travers le programme Hôpital numérique.

L'usage du numérique à l'hôpital, c'est aussi le développement de la télémédecine, pour permettre aux professionnels de se projeter au-delà des murs de leur hôpital et de mieux collaborer avec les hôpitaux de proximité, les centres spécialisés – parfois même à l'étranger – et, plus généralement, tous les collègues en ville. L'enveloppe de 90 millions d'euros qui a été dédiée à la télémédecine a permis d'amplifier cette dynamique.

La révolution numérique à l'hôpital, c'est enfin la médecine personnalisée. Pour la soutenir, nous avons doté notre pays d'un programme unique au monde, doté de 60 millions d'euros, pour permettre le séquençage de l'ensemble des cancers, donc la personnalisation des traitements. En 2018, nous analyserons ainsi six fois plus de tumeurs qu'aujourd'hui.

Un hôpital moderne, c'est aussi un hôpital qui s'ouvre aux patients, qui sont des citoyens. C'est bien légitime ! Les patients veulent comprendre. Ils veulent accéder à l'information. Ils veulent pouvoir se défendre. Ils veulent participer à l'élaboration des politiques de santé.

C'est pourquoi nous avons renforcé leurs droits et amélioré leur représentation à tous les niveaux du système de santé. Bien sûr, l'hôpital doit être au cœur de cette évolution. C'est pourquoi nous avons augmenté le temps consacré à l'information du patient, notamment avec la création de la lettre de liaison, remise au patient par un médecin le jour de sa sortie de l'hôpital. Cette lettre explique les tenants et les aboutissants de l'hospitalisation, à l'attention du médecin traitant.

Nous avons également permis aux patients d'être mieux représentés au sein des instances des hôpitaux, dans les conseils de surveillance comme dans tous les comités.

Enfin, j'en viens au personnel hospitalier. Je veux dire que, malgré le contexte budgétaire contraint, ce sont 31 000 personnes de plus – 3 000 médecins et 28 000 professionnels paramédicaux – qui travaillent à l'hôpital depuis 2012. (Mme Laurence Cohen s'exclame.)

Mesdames, messieurs les sénateurs du groupe CRC, j'ai entendu tout à l'heure, à la télévision, des représentants de votre parti évoquer la suppression de 22 000 postes à l'hôpital. Je veux le dire très officiellement et très tranquillement : ce chiffre est faux. Je ne sais pas du tout où vous l'avez trouvé ! La réalité, c'est qu'il y a, aujourd'hui, 31 000 postes de plus à l'hôpital public qu'en 2012. Pour autant, je ne dis pas que c'est suffisant. Je ne dis pas que tous les professionnels de santé qui travaillent à l'hôpital estiment que tous les problèmes sont résolus.

Mme Laurence Cohen. D'où vient ce chiffre ? On ne le connaît pas !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. C'est le chiffre officiel, qui correspond à la réalité.

M. Jean Desessard. Il nous avait été réservé pour notre débat de ce soir…

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Oui, travailler à l'hôpital est difficile. Chacun le sait, les professionnels les premiers ! En général, ce sont des passionnés.

Sur les conditions de travail des praticiens hospitaliers ou même des internes, je veux rappeler des réalités toutes simples.

Les praticiens hospitaliers, avant la loi sur les 35 heures, disposaient de cinq semaines de vacances par an. Savez-vous qu'aujourd'hui, avec les récupérations, ils en ont neuf ? Telle est la réalité.

Évidemment, ils ont énormément de travail en dehors de leurs congés, mais je ne peux pas vous laisser dire, à l'unanimité, que les conditions se dégradent de façon permanente. (Mme Annie David sourit et Mme Laurence Cohen s'exclame.) Bien sûr, on peut considérer qu'un certain nombre de choses ne sont pas satisfaisantes, mais il faut quand même reconnaître qu'il y a eu un certain nombre d'améliorations.

J'ai l'impression que plus personne ne se souvient qu'avant 2003 ceux qui faisaient des gardes à l'hôpital ne récupéraient pas ! Ils pouvaient travailler depuis huit ou neuf heures le matin jusqu'au lendemain dix-neuf heures, vingt heures ou vingt et une heures, nuit comprise ! Telle était la réalité jusqu'en 2003. Il est important de le rappeler.

Mme Annie David. Vous voulez y revenir ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Il faut donc reconnaître un certain nombre d'avancées, même si elles sont normales, légitimes et salutaires, non seulement pour les professionnels, mais aussi pour les patients.

Nous avons tenu à mieux reconnaître le travail hospitalier. Nous avons révisé la grille des agents de catégorie C – j'ai l'impression que tout le monde l'a oublié aussi –, avec une revalorisation, en deux ans, de 480 euros nets par an pour près de 420 000 agents. (M. Alain Milon s'exclame.) Nous avons également revalorisé la rémunération des infirmiers et des cadres de 250 à 500 euros par an, selon l'ancienneté.

Au-delà, Marisol Touraine a présenté voilà quelques semaines une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, que Mme Génisson a évoquée. Cette stratégie traduit l'ambition de faire de la qualité de vie au travail une priorité politique, un fondement des organisations hospitalières, pour prendre soin de ceux qui nous soignent.

J'en profite pour indiquer que les 35 heures n'ont pas du tout été supprimées à l'AP-HP ! (Mme Annie David s'exclame.) Je ne sais pas d'où vient cette affirmation.

La stratégie présentée par Marisol Touraine est un ensemble de mesures tendant à améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, notamment l'inscription de la qualité de vie au travail dans tous les projets d'établissement – on peut d'ailleurs trouver curieux que cela n'ait pas été fait plus tôt. Il y aura également désormais, dans chaque commission médicale d'établissement, une sous-commission dédiée à la qualité de vie au travail. Cela n'existait pas non plus jusqu'à présent. Le sujet n'était pas évoqué.

Bien évidemment, la stratégie vise aussi le renforcement de la sécurité des professionnels et une meilleure conciliation de leur vie privée et de leur vie professionnelle.

D'autres mesures sont prises pour améliorer la détection des risques psychosociaux. Je pense notamment à la généralisation des services pluridisciplinaires de santé au travail, incluant d'autres professionnels que des médecins du travail, comme des psychologues ou des assistants sociaux – si cela existe d'ores et déjà, il y a encore des services de médecine du travail qui ne compte que des médecins – et à l'instauration de dispositifs d'écoute des professionnels en difficulté. (Mme Laurence Cohen s'exclame.) Je pense encore à une meilleure formation à l'encadrement de l'ensemble des responsables d'équipes, qu'elles soient médicales ou non.

Mesdames, messieurs les sénateurs, l'hôpital public a fait partie des priorités de ce quinquennat. (Marques d'ironie sur les travées du groupe CRC.) Il ne s'agit absolument pas de dire que toutes les difficultés ont été résolues en l'espace de cinq ans. Mais il faut reconnaître que l'hôpital public est plus fort qu'il ne l'était alors, ne serait-ce que parce que le service public hospitalier a été rétabli et parce que la convergence tarifaire a été supprimée.

L'hôpital public s'est structuré. Il a développé sa capacité à innover et il a aussi – on le sait – largement contribué au rétablissement de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie.

Mme Laurence Cohen. Tel était le but !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Je savais que je vous ferai réagir !

Oui, l'hôpital public sort renforcé de ce quinquennat. À son égard, je refuse le pessimisme des uns et le catastrophisme des autres. (Protestations sur les travées du groupe CRC.)

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous avez été nombreux à dire que l'hôpital public est malade – pas forcément pour les mêmes raisons, d'ailleurs. Oui, on peut avoir conscience des difficultés qui peuvent exister à l'hôpital public – pour y avoir passé moi-même plus de vingt ans de ma vie, j'en ai une conscience aiguë –, mais, pour ma part, je suis fière de l'hôpital public. Je suis fière de tous les professionnels qui s'engagent au quotidien à l'hôpital public. De fait, c'est plus qu'un métier : c'est un engagement.

Pour terminer, je veux vous assurer, alors que l'heure des échéances électorales et des choix approche, que, pour notre part, nous ferons tout pour préserver et pour renforcer l'hôpital public, qui est le pilier de notre système de santé. (Mme Catherine Génisson applaudit.)

Mme Laurence Cohen. Nous voulons des actes, pas des paroles !

Mme la présidente. Nous en avons terminé avec le débat sur la situation de l'hôpital.