

**Assemblée nationale**  
**XIII<sup>e</sup> législature**  
**Session ordinaire de 2008-2009**

**Compte rendu**  
**intégral**

**Deuxième séance du mardi 10 février 2009**

**1. Questions au gouvernement**

[...]

**Projet de loi sur l'hôpital**

**M. le président.** La parole est à M. Jacques Domergue, pour le groupe de l'Union pour un mouvement populaire.

**M. Jacques Domergue.** Ma question s'adresse à Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports.

Madame la ministre, nous allons enfin attaquer l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Enfin, dis-je, parce que nous l'attendons depuis plusieurs mois, avec une grande impatience.

Vous allez donc nous présenter un texte qui va réorganiser le système de soins français, pourtant considéré depuis longtemps comme l'un des meilleurs au monde, mais qui manquait de lisibilité, de fluidité et d'organisation. Ce projet va nous placer devant nos responsabilités.

Nous allons redéfinir les modalités de fonctionnement de l'hôpital et de sa gouvernance, ce qu'exige une efficacité hospitalière à laquelle chaque Français est extrêmement attaché.

S'agissant des établissements, nous allons proposer une restructuration de l'offre de soins avec une complémentarité entre public et privé et une réorganisation des hôpitaux privés dans le cadre des communautés hospitalières de territoire. C'est une avancée considérable pour le pays.

Pour ce qui est de la médecine ambulatoire, nous allons nous attaquer également à la question essentielle de l'offre de soins, ainsi qu'à celle de la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire.

Les débats qui vont avoir lieu dans cet hémicycle sont indispensables parce que nous sommes réellement confrontés à un problème de santé publique.

Nous attendons donc aujourd'hui que, devant la représentation nationale, vous exposiez les grandes lignes de ce projet, qui représente un grand espoir pour le pays. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé et des sports.* Monsieur le député, vous avez raison d'insister sur l'excellence du système de soins de notre pays. Nous avons en

effet le maillage hospitalier le plus serré qui soit au monde et nous sommes le pays qui dépense le plus par personne pour son hôpital.

Nous voyons bien cependant que ce système a besoin d'être réformé.

Il a aussi besoin de moyens. Nous les lui donnons. Pour l'hôpital, par exemple, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie augmente de 3,1 % cette année et nous avons un plan d'investissement de 10 milliards.

La réorganisation dont nous allons débattre dans un instant tend d'abord, comme vous l'avez tous souhaité, à un pilotage responsabilisé et territorialisé grâce à des agences régionales de santé. Nous pourrions donc agir sur l'environnement de l'hôpital, parce que les dysfonctionnements des soins ambulatoires fragilisent évidemment le système hospitalier ; nous allons élaborer de vraies solutions pour lutter contre les déserts médicaux et assurer la permanence des soins, en vue d'un meilleur maillage sur le territoire.

Nous apportons aussi des solutions aux difficultés de l'hôpital. Il y aura une vraie gouvernance, le directeur de l'hôpital mettant en œuvre un projet médical d'établissement hospitalier cependant que le rôle du président de la commission médicale d'établissement sera préservé puisqu'il devient le vice-président du directoire ; il y aura une gradation des soins, grâce aux communautés hospitalières de territoire, et un rapprochement de nos services d'urgence, qui seront confortés, puisque nous en augmentons le nombre, déjà porté à 667, avec 435 SMUR, et que nous allons leur donner des moyens supplémentaires.

Oui, monsieur le député, les enjeux sont considérables, et je sais que, pour m'aider dans cette tâche, je trouverai de nombreux députés, la totalité de ceux de la majorité mais aussi, sur de nombreux points, une partie de ceux de l'opposition, car de nombreuses mesures font consensus. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP*).

[...]

### **3. Réforme de l'hôpital**

*Discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi*

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n<sup>os</sup> 1210 rectifié, 1441).

La parole est à Mme la ministre de la santé et des sports.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé et des sports*. Maintenir les valeurs qui fondent notre système de santé, le sauvegarder durablement et préparer son avenir : tel est notre devoir le plus impérieux.

C'est pour cela que le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » a été conçu : pour préserver notre système de santé tout en le modernisant.

J'écouterai avec une grande attention, comme je l'ai fait pendant la longue phase d'élaboration du projet, tous les enrichissements que vous lui apporterez. Je sais que vous aurez à cœur de vous approprier ce projet ambitieux, avec toute la rigueur et le sérieux qu'imposent des questions aussi cruciales que la qualité des soins, la prévention ou l'accès aux soins pour tous.

Je veux remercier d'emblée Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, qui a apporté à nos travaux toute sa rigueur intellectuelle et sa hauteur de vues, ainsi que Patrick Ollier, président de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire, commission qui nous a donné, sous son égide, une lecture territoriale qui confère à nos débats et au texte une tonalité nouvelle.

Je veux saluer le travail exceptionnel de nos deux rapporteurs, et tout d'abord celui de Jean-Marie Rolland, à qui l'inspiration et la finesse d'analyse n'ont jamais fait défaut. Quant à André Flajolet, il nous a apporté le regard lucide de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire. Je mesure notre chance d'avoir pu bénéficier de leur compétence et de leur intégrité. Ayons pleinement conscience de tout ce que cette loi leur devra.

Je veux également remercier celles et ceux d'entre vous qui ont pris une part active à la préparation de ce projet, dans le cadre des états généraux de l'organisation de la santé ou des différentes missions ou réflexions conduites pendant plusieurs mois par Marc Bernier et Christian Paul ou, plus récemment, par Pierre Lasbordes. Je pense aussi aux remarquables contributions d'Yves Bur, de Jean-Pierre Door, de Philippe Boënnec et de Valérie Boyer.

Cette réforme, vous le savez, il est plus que temps de l'entreprendre. Depuis des années, j'entends dire qu'il faut mettre fin à la complexité et aux cloisonnements de notre système de santé, dont nos concitoyens sont les premiers à souffrir. De toute évidence, personne ne trouve normal que certains malades, perdus, aillent aux urgences, alors que leur médecin de ville aurait pu les recevoir.

Personne ne tolère que le transfert d'une personne âgée de l'hôpital vers une maison de retraite — quand il y a de la place ! — soit un véritable parcours du combattant pour ses proches.

J'entends le constat ; il fallait la solution, il fallait les outils. Le *statu quo* est-il tenable ? Depuis des années, j'entends dire qu'il faut lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et les déserts médicaux.

**M. André Wojciechowski.** Il est temps !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Faut-il attendre, pour agir, que plus aucun Français ne puisse trouver de médecin dans les zones rurales ou périurbaines ? Non, le *statu quo* n'est plus tenable !

Grâce à ce projet de loi, pour la première fois, nous disposons d'une matrice offrant les outils pour nous aider à mettre en œuvre nos ambitions. Au-delà de la technicité de certains de ces outils, au-delà de nos divergences politiques, ce sur quoi vous aurez à vous prononcer peut finalement se résumer en quelques mots : oui ou non, pouvons-nous continuer à observer les fragilités de notre système sans agir ? Je vous le dis avec force : il faut mettre fin à ces dysfonctionnements ; il faut améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens. Comment pourrait-il en être autrement ?

J'ai longuement écouté les professionnels de santé et les représentants des usagers. Ils m'ont exprimé leurs besoins et leurs attentes. Aujourd'hui, les aspirations ne sont plus les mêmes qu'hier. Nos concitoyens souhaitent désormais être acteurs de leur propre santé. Ils désirent bénéficier des soins ou de la prévention adaptés à leurs particularités et à leurs besoins. Ils ne veulent plus être victimes de l'éclatement des structures, de la multiplicité des interlocuteurs, du manque de coordination ou de la lenteur des décisions.

Les professionnels médicaux et paramédicaux, notamment les nouvelles générations, réclament de nouveaux modes d'organisation et d'exercice, plus souples, plus cohérents et plus efficaces. De la même manière que je veux les écouter, j'ai choisi de ne pas ignorer les défis et les évolutions majeurs auxquels notre système de santé est confronté.

**M. André Wojciechowski.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Ne nous y trompons pas : ni la force de l'attachement des Français à notre système de santé, ni le positionnement favorable de

notre pays en termes d'indicateurs de santé ne doivent faire illusion. C'est la survie de notre modèle solidaire qui est en jeu.

Je n'ai pas peur de le dire : nous ne sommes encore qu'à l'aube des défis que nous aurons à relever. Ce ne sont peut-être encore que des signaux, mais qui peut nier leur importance et leur gravité ? Alors que les passages aux urgences ont doublé depuis dix ans, peut-on décemment refuser de prendre ses responsabilités ? Alors que la densité médicale est de 830 médecins pour 100 000 habitants à Paris, et seulement de 198 dans l'Eure, peut-on laisser la répartition des médecins sur le territoire se dégrader sans agir ?

Je vous le demande instamment : ayez conscience des changements que nous sommes en train de vivre, et tirez-en toutes les conséquences nécessaires !

La population vieillit. Nous sommes actuellement en pleine transition démographique. Ce défi d'envergure nous pousse à développer les soins de suite et le secteur médico-social. Valérie Létard développera tout à l'heure ce volet.

Les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins se creusent. Il nous faut impérativement réduire ces écarts intolérables. Les progrès techniques se multiplient. Ils nous incitent à repenser l'organisation des soins, dans un souci constant de qualité et de sécurité.

Nos politiques de santé, enfin, ne sont pas assez adaptées aux spécificités de chaque région. Une approche territorialisée des besoins et de l'offre est indispensable pour apporter des réponses plus efficaces.

**M. Yves Bur.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Les outils que le texte nous offre pour relever ces défis sont nombreux et variés. Je veux souligner, cependant, qu'il s'agit là d'un ensemble de mesures cohérentes, répondant aux exigences d'une politique de prévention ambitieuse.

Comment transmettre sans dommage notre système de santé aux générations futures ? Comment garantir, aujourd'hui et demain, la qualité et la sécurité des soins ? Comment assurer, partout en France et à tous les Français, un égal accès aux soins ? Comment offrir aux établissements de santé et aux professionnels les moyens de mieux remplir leurs missions ? En un mot, comment préserver les principes de qualité, de solidarité et de justice ?

**M. Jean Mallot.** En tout cas, pas avec les franchises médicales !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Ce projet de loi procède d'une visée résolument prospective. Nicolas Sarkozy et François Fillon l'ont voulu ainsi. Il nous faut en effet agir sur le long terme et anticiper les dégradations prévisibles de notre patrimoine.

De quoi notre système de santé a-t-il besoin ? De moyens et d'organisation. Pourquoi opposer les deux ? Les moyens dont notre système a besoin, nous les lui donnons. Sur plusieurs années, nous investissons pour donner aux hôpitaux et à l'ensemble de notre système de santé les moyens de fonctionner et de se moderniser.

La dernière loi de financement de la sécurité sociale, au terme d'un débat que nous avons conduit ensemble, a prévu d'accorder pour 2009 près de 5 milliards d'euros de plus qu'en 2008, soit une progression de 3,1 % pour l'hôpital comme pour la médecine de ville. Le plan Hôpital 2012 mobilisera, pour les quatre prochaines années, près de 10 milliards d'euros d'investissements ; 279 projets ont d'ores et déjà été notifiés, pour un montant d'environ 2,5 milliards d'euros.

Mais notre système de santé a aussi besoin d'organisation, pour assurer, partout et toujours, la qualité et la sécurité des soins. Malgré le dévouement et le talent de tous les professionnels de santé, auxquels je veux rendre un sincère hommage, notre système présente des fragilités

auxquelles nous devons remédier. Dans cette perspective, il m'a paru essentiel de proposer, pour la première fois, la mise en place d'un véritable système de santé.

Ce terme doit s'entendre dans son sens le plus plein. Qu'est-ce qu'un système, sinon un ensemble d'éléments réunis pour former un tout organisé et cohérent ? Nous ne pouvons plus continuer à parler de « système de santé » sans que soient mises en cohérence l'organisation de la médecine libérale, celle de l'hôpital, de la prévention et du médico-social ; sans rapprocher l'organisation et le financement ; sans mettre fin au cloisonnement d'entités performantes, mais trop souvent isolées, trop souvent enclines à agir pour leur propre compte et à se rejeter la responsabilité d'un dysfonctionnement. Il s'agit donc de repenser l'organisation de notre système, dans une perspective de santé durable et solidaire.

La base de ce système, ce sont les agences régionales de santé – les ARS –, conçues pour unir nos forces au lieu de les disperser. La création des agences régionales de santé vise à simplifier notre système en réunissant, au niveau régional, sept organismes différents, services de l'État et de l'assurance maladie.

On a trop longtemps séparé l'organisation des soins de leur financement. Encore une fois, le *statu quo* n'est plus possible. Il faut cesser de croire que l'organisateur et le financeur peuvent continuer à rester séparés. C'est mettre en danger non seulement l'efficacité de notre réponse, mais aussi la préservation même de notre système.

Il faut cesser de croire que l'organisateur peut organiser sans se préoccuper du financement et des éventuels déficits, et que le financeur peut financer sans penser à l'organisation et aux territoires.

Le résultat, nous le connaissons tous : il est catastrophique ! Aujourd'hui, qu'a-t-on obtenu ? les déficits et les inégalités territoriales ! Les agences régionales de santé sont un outil indispensable de réconciliation, d'autant qu'elles ont aussi pour but de dépasser les cloisonnements sectoriels en investissant l'ensemble du champ de la santé et de l'autonomie. Les ARS permettront ainsi une réponse plus efficace et plus cohérente, ainsi qu'une meilleure efficacité dans la gestion des dépenses.

La mise en place des agences régionales consacre également la territorialisation de nos politiques de santé. Elles auront pour rôle de renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé, en tenant mieux compte des besoins et des spécificités de chaque territoire. Leur mission sera en particulier d'organiser l'offre de santé sur tout le territoire, dans une perspective d'amélioration de l'accès aux soins et de l'état de santé de nos concitoyens.

Les membres du conseil de surveillance contribueront à la définition de la stratégie de l'agence. La composition du conseil de surveillance est en effet fondée sur une double volonté : une volonté d'équilibre entre l'État et l'assurance maladie, et une volonté d'ouverture à la démocratie sanitaire, à la démocratie politique, représentée par les élus locaux, à la démocratie sociale, représentée par les partenaires sociaux, et à la présence de représentants des usagers.

Dans la définition de la politique régionale de santé, les agences s'appuieront sur les conférences régionales de santé, lieu de concertation entre les agences et tous les acteurs régionaux, notamment les élus.

Sur un territoire de santé dont elle sera libre de définir le périmètre, l'agence régionale de santé pourra également constituer des conférences de territoire. Celles-ci permettront de conjuguer les expertises en partageant avec les acteurs locaux les analyses précises des besoins existants et la définition des actions adaptées aux réalités concrètes de ces territoires.

Par ailleurs, la volonté d'ouverture et de dialogue avec les partenaires légitimes de l'agence se marque par une concertation étroite de l'ARS avec l'union régionale des professionnels de santé.

On m'a beaucoup parlé, pour unifier le dispositif, du principe d'une agence nationale de santé. A l'appui de cette proposition, quel n'a pas été mon étonnement d'entendre un argument bien

curieux : il faudrait « protéger le politique » ! Qu'est-ce que cette infantilisation du politique ? Pourquoi le politique aurait-il besoin d'être protégé ?

**M. Yves Bur.** Très juste !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* D'ailleurs, pensez-vous un seul instant que la santé ne soit pas un sujet politique ?

**M. Jean-Paul Bacquet.** Qui a dit cela ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Si vos amendements sont aussi nombreux, c'est bien que la santé n'est pas un sujet technocratique : c'est fondamentalement un sujet politique.

Le ministère chargé de la santé a la responsabilité, mais il n'a pas toujours les leviers. Je ne crois pas une seconde qu'il soit nécessaire de construire des usines à gaz ou des silos étanches pour coordonner un système de santé éparpillé. Ce type de structure technocratique serait en totale contradiction avec l'esprit même des agences régionales et de la réforme : être enraciné dans le terrain, pour mieux répondre aux spécificités de chaque territoire.

Mon projet de loi offre une solution : celle de la coordination. Cette coordination saura, avec le temps, être consolidée, nourrie, mais, à ce stade, elle devra assurer une mission : faire en sorte qu'à tout moment, les agences régionales de santé disposent d'instructions cohérentes, malgré la multiplicité des donneurs d'ordre.

L'un des enjeux majeurs de cette territorialisation de nos politiques de santé est l'amélioration de l'accès aux soins.

L'accès aux soins est une priorité absolue. Nous devons collectivement une réponse aux Français. Chacun doit pouvoir avoir accès à la même qualité de soins, quels que soient son lieu de vie ou ses moyens financiers.

**M. Patrick Ollier,** *président de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire.* Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Un plus juste accès aux soins suppose ainsi de réduire les inégalités financières d'accès aux soins en s'attaquant aux refus de soins.

**M. Jean-Pierre Brard.** Et en remboursant mieux les médicaments.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Puisque cette réforme se veut préventive, nous devons aussi nous donner les moyens de mieux organiser l'offre de soins dans le respect de la liberté d'installation. Nous devons agir pour réguler et pour anticiper.

Je le dis d'emblée : les mesures présentées procèdent d'une logique de confiance tout autant que d'efficacité. Notre pari est celui de la responsabilité et de l'implication de médecins libéraux disposant d'un grand nombre d'atouts et investis au quotidien pour répondre aux besoins des patients.

Étant donné que 70 % des médecins s'installent dans la région où ils ont fait leurs études, il importe de les former là où leur présence est la plus nécessaire.

**M. Jean Mallot.** Après, ils iront s'installer ailleurs !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Ainsi, ce projet de loi prévoit que le *numerus clausus* de première année et la répartition des internes dans les régions au moment de l'examen national classant ne se fassent plus à la discrétion de quelques-uns, mais en fonction des besoins constatés de la population et de l'état de l'offre de soins en ville et à l'hôpital.

**M. Jean-Pierre Brard**. Une faculté de médecine sur le Larzac !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Parallèlement, il s'agit de définir un schéma d'aménagement de l'offre de soins de premier recours sur l'ensemble du territoire, et pas uniquement dans les zones en difficulté.

Les professionnels de santé et les élus contribueront à la définition de ce schéma par l'agence régionale de santé, schéma ambulatoire qui viendra compléter les schémas hospitalier, de prévention et médico-social.

**M. Jean Mallot**. Un « schéma ambulatoire » : on aura tout entendu !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Enfin, pour améliorer l'accès de nos concitoyens à des soins de qualité, les coopérations entre professionnels au plan local doivent être renforcées. Les défis sociaux, économiques et démographiques qui se présentent à nous nous imposent de faire évoluer les pratiques et d'instaurer des modes de prise en charge différents.

Je suis attachée à ce que ces coopérations soient mises en œuvre sur le terrain, entre des professionnels de santé volontaires qui y trouvent un intérêt pour mieux prendre en charge leurs patients, De fait, ces pratiques correspondent aux aspirations des jeunes médecins. Le modèle du médecin isolé est révolu.

Les maisons de santé ou pôles de santé ont largement fait leurs preuves. Même dans les zones les moins dotées, les maisons de santé n'ont aucun problème de recrutement. Ainsi, ce projet de loi est également un projet de loi d'aménagement du territoire.

**M. Patrick Ollier**, *président de la commission des affaires économiques*. Exactement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Tout comme la territorialisation de nos politiques de santé, l'amélioration de la répartition de l'offre de soins sur le territoire ne poursuit qu'un seul objectif : mieux répondre aux besoins des Français.

La réforme de la biologie médicale s'inscrit donc parfaitement dans ces grandes orientations. Cette réforme structurelle profonde est impérative et urgente.

Permettre à chacun d'avoir accès à une biologie médicale de qualité prouvée et payée à son juste prix est, en effet, un objectif que nous ne pouvons plus retarder. Peut-on laisser des défauts de fiabilité perdurer, alors que le diagnostic et les décisions thérapeutiques dépendent de cette étape cruciale du parcours de soins ? Ce projet de loi fait, pour la biologie, le choix de la médicalisation et de l'amélioration du maillage territorial, dans l'intérêt du patient.

Pour mieux répondre aux besoins de nos concitoyens, la réforme de notre système hospitalier procède d'une logique similaire, puisqu'elle vise à mieux adapter l'hôpital aux situations réelles. Il est impératif, en ce sens, de moderniser notre hôpital, de simplifier les procédures et d'assouplir l'organisation interne des établissements.

Que n'ai-je entendu sur la gouvernance des hôpitaux ? Non, gouverner, ce n'est pas se mêler de tout. Non, gouverner, ce n'est pas harceler. Non, gouverner, ce n'est pas caporaliser. Gouverner, c'est donner les moyens d'atteindre ses objectifs et de prendre des décisions positives.

**M. Jean-Pierre Brard.** Sans les élus !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. J'ai toute confiance dans les ressources humaines de l'hôpital public, dans les professionnels de santé et dans les directeurs. Je veux donner aux soignants, médecins ou paramédicaux, aux cadres ainsi qu'aux personnels administratifs et médico-techniques les moyens de porter haut les valeurs de l'hôpital public. Certains vous font croire que ce projet prive les médecins de pouvoirs : c'est le contraire ! Entendons-nous bien : en plaçant le président de la commission médicale d'établissement dans une position déterminante au sein de l'exécutif, le projet de loi renforce le projet médical. (*Exclamations sur les bancs des groupes SRC et GDR.*) Car c'est ce projet médical que mettront en œuvre le président du directoire et le directoire.

De la même manière qu'on ne peut pas opposer organisation et financement, on ne peut pas opposer soins et administration de l'hôpital. L'acte de soin est un acte d'équipe, qui engage toute la communauté hospitalière. J'entends que soit mise en place une gouvernance unie et soudée autour d'un projet médical. Il ne faut pas confondre, à ce sujet, indépendance de la décision médicale et individualisme. (*Exclamations sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

Croyez-vous vraiment que le directeur ne se préoccupe pas du soin et que le médecin ne se soucie pas de l'avenir de son établissement, et donc de sa soutenabilité financière ?

J'ai rencontré un grand nombre de directeurs et de présidents de CME : j'ai pu constater combien ils étaient solidaires, le premier illustrant sans cesse les talents du second, le second prenant sans cesse la défense du premier. (*Exclamations sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

**M. Jean-Pierre Brard.** Des discours !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Je les ai vus, je les ai entendus, et je ne peux pas faire mine de l'oublier.

**M. Jean Mallot.** J'en ai la larme à l'œil !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Réformer l'hôpital, c'est aussi mieux prendre en considération la gradation des besoins et y répondre par une gradation des structures.

**M. Jean-Pierre Brard.** Des contes à dormir debout !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Les besoins de santé ne sont pas les mêmes partout et pour tous les malades.

Dans une logique de gradation des soins et de complémentarités, les communautés hospitalières de territoire offriront la garantie d'une offre cohérente, bien visible et adaptée aux besoins de santé sur chaque territoire.

**M. Jean-Pierre Brard.** Roselyne au pays des merveilles !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. À aucun moment je ne l'oublie : les hôpitaux de proximité sont un maillon essentiel de l'offre de soins. (*Exclamations sur les bancs des groupes SRC et GDR.*) Ils ont un vrai rôle et un vrai poids dans l'économie locale. Ils sont facteurs d'attractivité pour les professionnels de santé libéraux. Ces coopérations renforcées entre établissements leur redonneront toute leur place.

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. C'est vrai.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. J'en suis convaincue : des hôpitaux mieux adaptés sont aussi des hôpitaux plus sûrs.

Doit-on condamner, en effet, certains de nos concitoyens à des soins de qualité discutable, pour des pathologies parfois graves, au nom de la proximité ? Je ne le crois pas. C'est la raison pour laquelle je souhaite que certains hôpitaux convertissent ou fassent évoluer certaines de leurs activités. Je veux garantir à tous la qualité et la sécurité des soins. Je veux préserver et renforcer les valeurs de service public auxquelles nous sommes tous profondément attachés.

La modernisation de nos structures aura ainsi pour effet de consolider la réputation d'excellence de notre système hospitalier.

Mieux adapter l'hôpital, c'est aussi mieux prendre en compte l'évolution des parcours de soins. Les soins et hospitalisations à domicile se développent et la population âgée en maisons de retraite et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – est de plus en plus nombreuse. Il est donc impératif de faciliter les transferts par un décloisonnement de notre système de santé. J'entends renforcer le dialogue entre l'hôpital, le secteur ambulatoire et le secteur médico-social, chère Valérie Létard. Une meilleure continuité des soins sera ainsi assurée.

Pour conclure sur notre système hospitalier, je dirai un mot de la mission que le président de la République a confiée au professeur Marescaux, car cette mission est cruciale pour l'avenir de notre pays et de notre système de santé. Je veux rappeler toute sa nécessité : la recherche doit avoir une meilleure place au sein des centres hospitaliers universitaires, une place plus importante, plus visible et mieux financée – il ne faut pas hésiter à le dire.

Le Gouvernement sera très attentif aux conclusions de cette mission, qui trouveront une traduction rapide selon les modes appropriés, législatifs, quand ce sera nécessaire, ou, sinon, réglementaires. Les conclusions de cette mission seront insérées dans le dispositif législatif le plus proche possible, et le projet de loi que nous discutons en sera la matrice.

Enfin, ce projet de loi, prospectif et responsable, est avant tout consacré à la prévention, qui pénètre tout le texte : je pense non seulement à la politique de prévention, si essentielle et trop souvent oubliée, mais également à la prévention des difficultés futures de notre système de santé.

Améliorer l'état de santé de nos concitoyens et les aider à préserver le plus longtemps possible leur autonomie est un impératif essentiel. Vous connaissez le poids croissant des maladies chroniques : plus d'un Français sur cinq est concerné. L'éducation thérapeutique du patient doit être développée pour améliorer la qualité de vie et réduire les complications. Les programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement doivent trouver toute leur place dans le parcours de soins des malades. C'est pourquoi il est important qu'ils figurent dans le code de la santé publique. Cet article permet de franchir une nouvelle étape dans la relation du patient et de son entourage avec les professionnels de santé et les associations de malades.

Certes, je ne l'ignore pas, de nombreuses initiatives sont prises d'ores et déjà sur le terrain. Nous devons nous en inspirer, les structurer et assurer leur développement dans des conditions de qualité et de proximité.

Il faut, bien entendu, agir également en amont. Le tabac et l'alcool ont clairement été identifiés comme facteurs de risques. Nous savons qu'il s'agit là des premières causes de mortalité évitable. Il est impératif, en particulier, de protéger les plus jeunes, qui sont aussi les plus vulnérables. La consommation d'alcool chez les jeunes est, en effet, en constante augmentation. Nous sommes par ailleurs aujourd'hui confrontés à un changement radical des

modes de consommation, avec une hausse des ivresses alcooliques : la proportion de jeunes hospitalisés pour ivresse aiguë a bondi de 50 % chez les 15-24 ans entre 2003 et 2007.

**M. Jean-Pierre Brard.** Sans compter l'ivresse du pouvoir !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Est-il besoin de vous le rappeler ? Les jeunes continuent de payer un lourd tribut sur les routes. Les 15-24 ans représentent 12,6 % de la population, mais 25,6 % des personnes tuées sur la route en 2007 ! Chaque semaine, en France, vingt-cinq jeunes perdent la vie dans un accident de la route, soit 41 % des causes de décès chez les garçons de 15 à 19 ans. Vous qui avez choisi d'exercer de hautes fonctions politiques et administratives, je voudrais que vous répondiez à cette question : choisit-on d'être maire ou d'être sous-préfet pour annoncer à des parents, qu'on tire de leur sommeil un dimanche matin, que leur enfant de 19 ans est décédé sur la route pour avoir trop bu ?

Lorsque vous examinerez des articles que d'aucuns considèrent comme trop coercitifs, je vous demande de ne pas l'oublier.

**M. Yves Bur.** Vous avez raison !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je vous demande de garder à l'esprit qu'il est de la responsabilité des pouvoirs publics de protéger la santé de nos concitoyens, en particulier des plus fragiles.

Cette responsabilité, je refuse de la fuir. Nous continuerons à lui donner une nouvelle impulsion avec des textes importants à venir, relatifs à la santé publique ou encore à la psychiatrie. Vous l'avez compris, c'est bien le patient, incarné et concrètement situé, qui est au cœur de nos préoccupations. C'est bien la philosophie du pacte de 1945 qui inspire tous les choix d'une telle réforme. Rappeler les exigences de solidarité et de justice est non seulement utile ; c'est, mesdames et messieurs les députés, indispensable.

**Mme Claude Greff.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je vous remercie, Claude Greff.

Rappeler que ces principes fondamentaux sont mis en péril par les cloisonnements de notre système ou par les déserts médicaux est une évidence.

Toutefois, ces vieux refrains ne doivent pas rester de vaines incantations, coupées de toute réalisation concrète, pragmatique et efficace. Cette santé durable et solidaire que nous appelons de nos vœux dépend de notre action commune, de notre implication collective. Le *statu quo* n'est plus possible. Le débat que nous engageons aujourd'hui déterminera en grande partie l'avenir de notre système de santé.

Pour ma part, consciente de la responsabilité qui est la nôtre, j'entre dans ce débat avec gravité. Je vous invite à faire de même. Évitions les caricatures et les raccourcis. J'y entre également avec conviction et enthousiasme, persuadée que cette réforme saura, de manière pérenne, donner corps à notre ambition partagée, celle d'un patrimoine commun consolidé : notre système de santé. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

**Mme Claude Greff.** C'était un discours humain : bravo !

**M. Jean-Marc Ayrault.** Je demande la parole pour un rappel au règlement, au titre de l'article 58, alinéa 1.

Rappels au règlement

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marc Ayrault.

**M. Jean-Marc Ayrault.** La Conférence des présidents, sur décision du Gouvernement, qui a la maîtrise de l'ordre du jour, a prévu que l'examen de ce projet de loi durera quelque deux semaines et demie, alors qu'il s'agit d'un sujet essentiel, l'avenir de notre système de santé ainsi que l'avenir et le rôle de l'hôpital public – je n'aborde pas la question de fond dans le cadre de ce rappel au règlement relatif au déroulement de nos travaux.

Nous aurons l'occasion de revenir sur le fond du sujet. Nous pouvons toutefois d'ores et déjà noter que tous les députés considèrent ce débat comme très important.

Vous allez réunir demain, monsieur le président, le groupe de travail qui va reprendre la discussion sur le règlement de l'Assemblée. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

**M. Jean Leonetti.** Votre rappel au règlement est laborieux !

**Mme Claude Greff.** Ce n'est pas un rappel au règlement !

**Mme Martine Faure.** On veut des résultats, pas du bla-bla !

**M. Jean-Marc Ayrault.** Sur un sujet aussi important que celui dont nous allons débattre aujourd'hui, je constate qu'à ce jour près de 2 500 amendements ont été déposés – et, en application de l'article 88 du règlement, ce chiffre risque d'être dépassé. Il est, mesdames et messieurs les députés de la majorité, inutile de vous énerver ;...

**Mme Claude Greff.** Vous nous agacez !

**M. Jean-Marc Ayrault.** ...ce que je dis n'a rien de polémique. Je remarque que de nombreux députés de l'UMP ont présenté des amendements à titre individuel – nous nous trouvons donc bien là au cœur de la question du droit d'amendement, en particulier de la défense des amendements en séance. Aussi, quand je me suis battu pour le droit individuel d'amendement au nom de mon groupe, c'est bien, en fait, pour tous les députés que je luttais, qu'ils soient de la majorité ou de l'opposition. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Si, parmi ces 2 500 amendements, les deux tiers, voire les trois quarts, sont issus du groupe UMP,...

**M. Marc Bernier.** Et alors ?

**M. Jean-Marc Ayrault.** ...c'est bien parce que chaque député de ce groupe a l'intention de prendre sa part au débat.

**Mme Claude Greff.** Il ne s'agit pas d'un rappel au règlement !

**M. Jean-Marc Ayrault.** Mon intervention serait-elle donc inutile, chère madame ? (« *Elle n'a rien compris !* » sur les bancs du groupe SRC.) Elle devrait au contraire vous rassurer. Ce que je tente de vous démontrer, c'est qu'il est important que, sur les sujets essentiels, l'Assemblée nationale dispose de tout le temps nécessaire, que rien ne vienne brider.

**Mme Claude Greff.** Travaillez donc un peu, la gauche !

**M. Jean-Marc Ayrault.** Afin de rester transparent, je vais vous livrer les propos que je tiendrai demain au cours de la réunion du groupe de travail que vous allez présider, monsieur Accoyer, réunion que je vous remercie, d'ailleurs, d'avoir organisée. Qu'on comprenne bien la philosophie de notre démarche.

**Mme Claude Greff.** Vous nous fatiguez !

**M. Jean-Marc Ayrault.** Il s'agit de défendre le droit à l'amendement de tous les députés sur un sujet aussi essentiel que l'hôpital. Si les députés de la majorité ont déposé autant d'amendements, c'est qu'ils pensaient avoir besoin de temps pour examiner ce texte. On sait très bien que les deux semaines et demie prévues ne suffiront pas. Alors, soyons un peu créatifs, surtout tolérants, pour que toutes les opinions puissent s'exprimer. Car notre travail ne concerne pas que les députés mais l'ensemble des Français. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jean Leonetti.

**M. Jean Leonetti.** J'entends bien ce que dit le président Ayrault, et jamais, au sein du groupe UMP, nous n'avons voulu éliminer les amendements des autres groupes ou ceux présentés individuellement. Nous avons même souhaité que chaque député puisse défendre les amendements qu'il avait déposés à titre personnel, qu'ils soient en accord avec ceux du groupe ou bien – cela peut arriver – opposés aux dispositions du texte.

Ce que nous avons stigmatisé, monsieur Ayrault, c'est l'obstruction, de rappels au règlement répétés à la demande quotidienne de vérification du quorum, en passant par la multiplication des suspensions de séance. Surtout, nous avons déploré que le même amendement, déposé par un nombre incalculable de députés, soit défendu avec les mêmes arguments.

**M. Jean-Paul Lecoq.** Vous souvenez-vous des débats sur l'article 13 ?

**M. Jean-Pierre Brard.** Avec cette majorité, c'est la loi de la muselière !

**M. Jean Leonetti.** Si vous vous accordez sur les arguments à faire valoir, défendez-les donc communément, et non séparément.

Ne nous faites donc pas croire que vous êtes en train de défendre les parlementaires UMP, car ils disposent de suffisamment de liberté et se montrent assez loyaux pour, à la fois, soutenir le Gouvernement et proposer des améliorations du texte. D'ailleurs, Mme la ministre a mené une très large concertation avec l'ensemble du groupe majoritaire, si bien que le texte final sera sans doute le fruit d'une coproduction législative, ainsi que le président Copé le souhaite. Ne nous trompons donc pas de combat, monsieur Ayrault.

**M. Marcel Rogemont.** Qu'est-ce que cela veut dire ? Alors, selon vous, l'opposition n'existe donc pas ?

**M. Jean Leonetti.** Vous avez fait de l'obstruction ; nous allons y mettre un terme. Nous défendons, nous, la liberté pour chaque député de présenter des amendements. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** Monsieur Ayrault, la Conférence des présidents a prévu qu'une durée importante sera consacrée à la seule discussion générale : plus de cinq heures.

La parole est à M. Jean-Marc Ayrault.

**M. Jean-Marc Ayrault.** Je serai d'autant plus bref, monsieur le président, que je n'ai pas l'intention de poursuivre cet échange. J'ai souhaité intervenir avant la réunion du groupe de travail de demain matin, à laquelle j'entends bien participer, afin de montrer quel est notre état d'esprit. Je n'ai pas accusé les députés de la majorité – ce qui eût été polémique et injuste. Quand on dépose des amendements, et par surcroît en nombre, ce n'est pas de l'obstruction. Par là, les députés de la majorité ne font que leur travail.

**M. Yves Bur.** Ce n'est pas le même travail que le vôtre !

**M. Jean Leonetti.** Notre attitude n'a rien à voir avec celle qui a été la vôtre !

**M. Jean-Marc Ayrault.** Si nous déposons des amendements, c'est pour que vous acceptiez d'en débattre avec nous.

Puisque je reviens sur la question de fond, madame la ministre, il convient d'admettre que, sur ce texte, des points de désaccord profonds existent entre nous. J'espère que la coproduction dont vous parlez ne demeurera pas que théorique, qu'elle ne se réalisera pas non plus qu'entre M. Copé, M. Sarkozy et vous-même, mais impliquera tous les députés car ils représentent la nation tout entière. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Yves Bur.** La commission a adopté des amendements socialistes et communistes !

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Brard, pour un bref rappel au règlement.

**M. Jean-Pierre Brard.** Notre collègue Leonetti a tenu des propos très choquants. Nous sommes à l'Assemblée nationale. Nous ne sommes pas dans un rassemblement de factions. (*Murmures.*)

**M. Marcel Rogemont.** M. Brard a raison !

**M. Jean-Pierre Brard.** Monsieur le président, quand vous avez préparé le débat sur les nouvelles règles de fonctionnement de l'Assemblée, vous avez consenti à vous déplacer devant les différents groupes pour écouter leurs membres. Ainsi, avec notre groupe, la discussion fut fort intéressante.

Or qu'apprenons-nous grâce aux indiscretions de M. Leonetti ? Le groupe UMP et le Gouvernement complotent ! (*Sourires.*) N'y aurait-il donc pas quatre groupes dans cette assemblée, dont les membres – ne vous en déplaît, madame Greff ! – ont la même légitimité ?

**M. Dominique Tian.** Certes, mais il y a une majorité et une opposition !

**M. Jean-Pierre Brard.** Ce sont des élus du peuple français, d'où qu'ils viennent, qu'ils appartiennent à la majorité ou à l'opposition.

Surtout, l'expérience devrait vous enseigner que vous êtes appelés à devenir la minorité.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Vous en savez quelque chose !

**M. Jean-Pierre Brard.** Certainement, madame Bachelot, et vous serez amenée, un jour, à ne plus faire partie du Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. De la même manière que vous n'êtes plus maire.

**M. Jean-Pierre Brard**. Mais vous avez un métier, vous êtes pharmacienne et je suis sûr que vos clients vous regrettent déjà. (*Sourires.*)

Monsieur le président, madame la ministre, il est très choquant que vous ayez discuté avec nos collègues de l'UMP et que vous ayez ignoré les députés qui n'appartiennent pas à la majorité. Serions-nous donc indignes de bénéficier d'une libre confrontation avec vous ? Votre attitude justifie d'ailleurs par avance les procédures à venir.

Nous vous connaissons depuis longtemps, madame Bachelot, puisque vous exercez des responsabilités depuis longtemps, et je suis étonné de votre esprit de parti pris, en l'occurrence, qui n'est pas conforme à la tradition républicaine.

**M. Jean-Pierre Door**. Où voyez-vous un parti pris ?

**M. Jean Leonetti**. Monsieur Brard, vous dites n'importe quoi !

**M. le président**. Je rappelle à M. Brard que les propositions de résolution qui seront faites seront issues de ma réflexion,...

**M. Jean-Pierre Brard**. Vous êtes un exemple, monsieur le président !

**M. le président**. ...du travail avec les groupes, qui a été un travail parfaitement transparent, et qu'elles ne porteront la marque d'aucun esprit partisan.

**M. Jean-Pierre Brard**. Le Gouvernement devrait s'en inspirer !  
Reprise de la discussion

**M. le président**. La parole est à la Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité.

**Mme Valérie Létard**, *secrétaire d'État chargée de la solidarité*. Monsieur le président, madame la ministre, messieurs les présidents des commissions, messieurs les rapporteurs, mesdames et messieurs les députés, chargée du volet médico-social de ce texte, je concentrerai mon intervention sur le titre IV du projet de loi, dont, naturellement, la plus grande partie relève des compétences de ma collègue Roselyne Bachelot.

Je voudrais tout d'abord remercier votre rapporteur, Jean-Marie Rolland, pour le travail considérable qu'il a entrepris afin de donner toute leur place aux représentants de ce secteur dans son calendrier d'auditions ainsi que dans sa réflexion et ses propositions. Je salue également André Flajolet, rapporteur pour avis de ce texte, pour la pertinence de son analyse.

Dans un texte particulièrement dense et riche en sujets essentiels en matière de santé, l'attention que vous avez portée au secteur médico-social est un signe fort de l'intérêt que la commission des affaires culturelles, familiales et sociales accorde à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur âge.

Permettez-moi d'associer à ces remerciements le président de la commission des affaires culturelles et sociales, qui s'est, lui aussi, fortement impliqué sur cette question.

Je ne doute pas que la qualité de nos échanges permette d'apporter au projet de loi des améliorations significatives, et je suis, tout comme ma collègue Roselyne Bachelot, prête au dialogue et à la concertation.

Ainsi que chacun le sait, le titre IV, qui crée les agences régionales de santé, affectera directement le champ du secteur médico-social, puisque, comme cela avait été envisagé

depuis de nombreuses années sans jamais être réalisé, les futures ARS piloteront conjointement les politiques sanitaire et médico-sociale. Ce changement est d'importance, et, en votre qualité de parlementaires, vous avez été largement sensibilisés par différents acteurs de ce secteur sur les conséquences de ce changement.

Nous aurons, au cours de nos débats, l'occasion d'évoquer ensemble les points qui méritent d'être expliqués et ceux qui appelleront des garanties, notamment au moment de la rédaction des décrets d'application. Tout le dispositif ne relevant pas du domaine de la loi, je serai naturellement attentive à ce que les problématiques médico-sociales soient systématiquement prises en compte pour le volet réglementaire.

Cette sensibilité aux problématiques médico-sociales devra par exemple transparaître dans le recrutement des directeurs d'ARS et de leurs équipes. Il s'agit d'un point sur lequel Roselyne Bachelot et moi-même demeurerons vigilantes.

Roselyne Bachelot, Brice Hortefeux et moi-même vous confirmons que cette réforme se fera, en ce qui concerne le secteur médico-social, en retenant trois lignes force : d'abord, la pleine prise en compte des enjeux médico-sociaux dans les politiques conduites par l'agence, au même rang que les enjeux sanitaires, avec la même volonté d'améliorer l'efficacité et l'équité territoriale des politiques publiques à l'égard des personnes en perte d'autonomie ; ensuite, la pleine association des acteurs – associations et collectivités locales – à la définition des priorités de la politique régionale de santé et à ses conditions de mise en œuvre ; enfin, la mise en œuvre effective de ce qu'on appelle la fongibilité asymétrique, que la création des ARS va rendre possible. Je vais revenir sur la dynamique essentielle que recouvre ce vocable technique.

*(M. Rudy Salles remplace M. Bernard Accoyer au fauteuil de la présidence.)*

Présidence de M. Rudy Salles,  
vice-président

**Mme Valérie Létard**, *secrétaire d'État*. Notre débat aura ainsi pour objectif d'expliquer le fonctionnement des futures ARS. Je souhaite pour cela vous donner, au cours de l'examen des amendements, des explications claires et complètes sur le dispositif que nous vous proposons. Bien évidemment, rien de constructif ne pourra se faire sans l'implication de l'ensemble des acteurs – État, assurance maladie, mais aussi associations d'usagers et collectivités territoriales – pour mener à bien ce chantier.

Vous l'avez compris : le projet de création des ARS n'est pas qu'une réforme administrative ; c'est aussi une « révolution culturelle » – si vous me permettez l'expression – qu'il nous faut mener pour le champ médico-social.

Il s'agit de passer d'une administration centrée sur la santé, entendue comme la prise en charge des soins aigus et de la maladie, à un service public qui impulse une conception globale de la santé, envisagée, selon la définition de l'OMS, comme « un état de complet bien être physique et mental ». À ce titre, l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie sera bien, tout comme la prévention, au cœur du projet des ARS.

Bien sûr, les mutations qu'entraîne la création de ces agences suscitent des interrogations. Ces questionnements sont bien évidemment compréhensibles vu l'ampleur de ce chantier et aussi toute sa complexité : intégrer au sein d'agences de dimension régionale un secteur médico-social qui rassemble près de 20 000 établissements, plus d'un million de places, 18 milliards d'euros de budget de fonctionnement et 700 000 agents, ce n'est pas une mince affaire !

Tous les acteurs l'ont bien compris : la création de ces agences fournit l'occasion de décroiser enfin, comme l'a dit Roselyne Bachelot, les approches des différents champs de la santé, entendue dans son acception globale, et d'améliorer ainsi le service rendu à nos concitoyens.

Je l'ai dit devant les représentants des acteurs du secteur : à mes yeux, ces agences sont une chance pour ce dernier, mais supposent naturellement d'en préserver les acquis, qu'il s'agisse de la prise en charge globale et personnalisée ou de la place privilégiée qu'il réserve aux usagers et aux associations. Telle est justement l'intention du Gouvernement, et je veux vous faire partager cette conviction : l'agence, ce n'est pas la domination d'un secteur sur un autre, mais l'addition de toutes les forces pour assurer la cohérence des actions en matière de santé – soins aigus, prévention, accompagnement au long cours.

La création de ces agences dote naturellement le secteur d'un cadre nouveau, notamment par l'instauration de procédures d'appel à projets et par la définition collective et transversale des besoins grâce au projet régional de santé et au schéma régional d'organisation médico-sociale. Malgré les doutes exprimés çà et là, il me semble que nous proposons un projet globalement équilibré qui apportera, à l'occasion des concertations dont les décrets d'application feront l'objet, toutes les garanties nécessaires en termes de représentation des différents acteurs et de possibilité pour les promoteurs de proposer des projets innovants.

Cette réforme est porteuse d'une ambition essentielle pour le champ médico-social : mettre un terme à l'allongement sans fin et sans perspectives des listes d'attente qui décourage les porteurs de projet, du fait d'une procédure qui échoue à traduire véritablement les priorités.

**M. Marcel Rogemont.** Les procédures ne sont pas en cause : c'est le fric qui manque !

**M. Patrick Roy.** Oui, ce sont les moyens qui manquent !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Vous savez comme moi que la procédure actuelle se réduit à une chambre d'enregistrement de projets qui ne correspondent pas toujours à la réalité. Nous avons eu l'occasion d'en rappeler le fonctionnement lors des débats en commission : dix projets d'EHPAD et un seul projet de service de soins infirmiers peuvent être proposés alors que c'est de l'inverse que l'on aurait besoin. En effet, l'analyse des besoins fait défaut, ainsi que l'organisation conjointe, en amont, des projets portés par les schémas départementaux et régionaux. Le changement de procédure vise bien à inverser la tendance et à satisfaire un besoin identifié et partagé entre les différents acteurs.

**M. Patrick Roy.** Ce sont tout de même d'abord les moyens qui manquent !

**M. Jacques Domergue.** Non !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Cette réforme vise donc d'abord à mettre fin à la procédure en vigueur, afin d'exprimer les véritables priorités. Il faut enfin doter le secteur médico-social de mécanismes efficaces permettant d'assurer l'autorisation des projets qui correspondent le mieux aux besoins de la population.

Je voudrais maintenant revenir sur la question de la fongibilité asymétrique, qui sera discutée au cours du débat. Son objectif est double : tout d'abord, s'assurer que les crédits votés par le Parlement et destinés au financement des établissements et services médico-sociaux sont bien intégralement affectés à ces derniers ; ensuite, permettre au directeur de l'ARS, qui disposera enfin d'une vision globale des deux secteurs, de convertir une partie de l'activité du secteur sanitaire pour développer les établissements et services médico-sociaux. Il s'agit d'accompagner ainsi l'adaptation de nos moyens aux évolutions démographiques. N'oublions pas, en effet, que le nombre de personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans doublera entre 2005 et 2015.

L'objectif est bien, tout en développant l'offre médico-sociale, d'améliorer le fonctionnement du secteur sanitaire : on le sait, très souvent, des personnes âgées dépendantes ne sont

accueillies en court séjour que parce qu'il manque des lits d'aval en moyen ou en long séjour, ou encore en EHPAD. Vous conviendrez avec moi qu'il vaut mieux disposer des lits correspondants, plus appropriés à la situation et aux besoins de la personne, à des conditions économiques et financières plus favorables pour les familles comme pour la société.

**M. Yves Bur.** Vous avez tout à fait raison.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Favorisée par la création des agences, cette fongibilité ouvrira également de nouvelles perspectives de développement dans le champ médico-social à de nombreux établissements sanitaires de proximité.

**M. Yves Bur.** Très bien !

**M. Jean-Pierre Brard.** En restreignant les crédits !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Monsieur le député, les crédits ont augmenté en 2009 de 920 millions d'euros par rapport à 2008 ! Si c'est là une régression, expliquez-moi ce qu'est une progression ! (« *Bravo !* » et *applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

Le Gouvernement vous proposera un amendement visant à doter d'un fondement législatif ce principe de fongibilité asymétrique, et qui complétera utilement la démarche qu'un amendement de votre commission a déjà permis d'entamer.

J'évoquerai brièvement la question des compétences partagées entre l'État et les départements. Je sais que certains des membres les plus éminents de votre commission souhaitent qu'il soit possible de transférer entièrement aux conseils généraux, à titre expérimental, l'autorisation des établissements médico-sociaux – maisons de retraite, foyers médicalisés pour personnes handicapées, tout ce qui fait l'objet d'une double tarification. Vous y voyez en effet, monsieur le président, monsieur le rapporteur, un moyen de simplifier les procédures en vigueur dans le champ médico-social et de les rendre plus lisibles. Certains – dans toutes les familles politiques – y sont en revanche plutôt opposés, et le monde associatif se montre très réservé. Nous devons en discuter dans le cadre des débats parlementaires qui s'ouvrent.

Décloisonner, assurer la participation de tous les acteurs à une programmation coordonnée, rendre plus rapides et plus efficaces les procédures de création de places : à mes yeux, l'instauration des ARS permettra de résoudre ces problèmes pour peu que nous sachions faire vivre ce projet et que la volonté de participation des acteurs l'emporte sur la crainte du changement. À cette fin, il me semble important de réaffirmer à nouveau nos engagements, auxquels je souscris pleinement : la création des ARS ne s'accompagnera d'aucune mutation forcée pour le personnel des services déconcentrés.

Afin de garantir la proximité de manière continue, le projet de loi prévoit des délégations territoriales de l'ARS dans chaque département. Ces délégations départementales disposeront d'un mandat leur permettant d'appliquer la stratégie de l'agence. Elles pourront donc être un véritable interlocuteur local pour le préfet et les différents partenaires de l'ARS.

Vous le voyez, le Gouvernement a été soucieux d'élaborer un cadre nouveau, permettant d'appliquer de manière cohérente les évolutions de notre système de prise en charge de la dépendance et du handicap au niveau régional, tout en préservant un échelon de territorialité au plus près des besoins.

Je ne doute pas que votre Assemblée aura à cœur de soutenir la démarche du Gouvernement, afin de faire de notre système de soins et de prise en charge de la dépendance et, plus généralement, de nos politiques de santé un ensemble mieux articulé, plus dynamique et plus

réactif, qui nous permette de nous préparer à coup sûr à l'accélération du vieillissement de notre population dans les dix années à venir. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

Rappel au règlement

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine, pour un rappel au règlement.

**Mme Marisol Touraine.** Rappel au règlement sur le fondement de l'article 58, alinéa 1.

Nous aimerions connaître précisément le cadre dans lequel vont s'inscrire nos débats, afin qu'ils se déroulent le plus sereinement possible.

J'ai été alertée par quelques phrases prononcées tout à l'heure par Mme Bachelot à la tribune, à propos de la commission Marescaux et de la possibilité de donner une traduction législative rapide à certaines de ses propositions.

**M. Christian Paul.** Nous y voilà !

**Mme Marisol Touraine.** Madame la ministre, lors de votre audition devant la commission, la semaine dernière, vous nous avez expliqué que le domaine d'étude de la commission ne recouvrait pas le champ, radicalement différent, du projet de loi que nous allons examiner, que la commission prendrait son temps pour travailler et que, si des dispositions législatives devaient être prises, elles viendraient en temps et en heure.

Nous n'avons donc à vous opposer qu'un argument de cohérence, selon lequel il était quelque peu étonnant d'examiner un texte sur l'hôpital sans connaître les perspectives ouvertes aux CHRU, dont on ne saurait dire qu'ils ne représentent qu'une petite partie de l'hôpital public dans notre pays.

Mais voilà que vous nous dites vouloir accélérer le rythme et doter le plus vite possible d'une traduction législative les conclusions de la commission Marescaux, dont nous ignorons encore la teneur, malgré les rumeurs dont elles font l'objet, car les couloirs de l'Assemblée et d'autres lieux bruissent de ce que nous espérons n'être que des rumeurs. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Jean-Pierre Brard.** En effet !

**M. Jacques Domergue.** Vous n'avez qu'à ne pas laisser traîner vos oreilles !

**Mme Marisol Touraine.** Nous aimerions donc que vous nous rassuriez, madame la ministre – et nous ne doutons pas que vous le ferez : le débat que nous engageons porte-t-il bien sur l'intégralité de la loi que vous avez conçue ? N'allons-nous pas apprendre, une fois que l'Assemblée en aura achevé l'examen, que vous déposez au Sénat des amendements donnant une traduction législative à certaines propositions de la commission Marescaux, sur des questions aussi modestes que la recherche médicale, la recherche clinique ou les rapports entre l'université et l'hôpital ? On en conviendra, ces sujets méritent pourtant que l'on s'y attarde quelque peu.

Par simple respect pour les parlementaires qui siègent sur tous les bancs de l'Assemblée nationale et qui s'appêtent à engager la discussion, rassurez-nous et expliquez-nous ce que vous avez vraiment voulu dire tout à l'heure. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.

**M. Christian Paul.** Nous sommes suspendus à ses lèvres !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Madame Touraine, votre intervention n'était pas vraiment un rappel au règlement.

Le texte qui vous est présenté a naturellement trait à l'organisation et à la gouvernance de l'hôpital. Or les centres hospitaliers universitaires assurent 30 % des soins dispensés par l'hôpital public, dont 90 % de soins courants, voire de proximité ; toutes les dispositions de ce texte, qui constitue une matrice, s'appliquent donc à eux. Les soins de pointe ne représentent pour leur part que 10 % des soins. Il ne serait pas concevable que ces nouvelles possibilités d'amélioration ne s'appliquent pas aux CHU.

D'autre part, une commission, la commission Marescaux, est effectivement réunie ; nous verrons bien quel sera l'état d'avancement de ses travaux au fil de nos débats. Le véhicule législatif, une fois ses conclusions connues et analysées, prendra le relais ; nous verrons bien s'il s'agit de celui-ci ou d'un autre.

**M. Christian Paul et M. Marcel Rogemont.** Y aura-t-il un débat ici ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Nous ne disposons pas encore des conclusions de la commission Marescaux !

**M. Marcel Rogemont.** Si seul le Sénat peut discuter, il faut le dire !

**M. Jean Leonetti.** Nous n'avons même pas commencé à débattre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Mais, naturellement, la réforme de la gouvernance de l'hôpital s'applique pleinement à celle des CHU.

Reprise de la discussion

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

**M. Christian Paul.** Rappel au règlement !

**M. le président.** Non ; la parole est à M. Rolland.

**M. Christian Paul.** Cela commence très mal !

**M. le président.** Chacun pourra s'exprimer très longuement.

**M. Christian Paul.** Cela va durer une semaine de plus ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** Pas de menaces de cette sorte : vous savez très bien que ce n'est pas convenable !

**M. Jean Mallot.** Ce n'est pas une menace, c'est une information ! (*Même mouvement.*)

**M. le président.** Un peu de calme, mes chers collègues.  
Vous avez la parole, monsieur le rapporteur.

**M. Jean-Marie Rolland**, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. Monsieur le président, mesdames les ministres, mes chers collègues, le système de santé français, unanimement considéré comme l'un des plus efficaces au monde, est cependant confronté aujourd'hui à des difficultés préoccupantes : défaut de coordination dans l'organisation de la chaîne de soins, inégalité d'accès à des soins de proximité et de qualité, émergence de nouveaux problèmes de santé publique et incohérence de la gouvernance du système de santé. Ces difficultés, désormais bien connues, suscitent une inquiétude et une attente grandissantes chez nos compatriotes.

Il était donc grand temps de les résoudre en construisant un système moderne et efficace de santé. Je veux saluer ici le travail de Mme la ministre de la santé, qui, dans le sillage des engagements clairs du Président de la République, nous présente aujourd'hui un texte ambitieux, fruit d'une vaste concertation avec tous les acteurs, et que, je n'en doute pas, nous saurons encore améliorer, comme nous avons commencé à le faire lors des travaux de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Modernisation des établissements de santé, accès de tous à une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire, prévention placée au cœur de la santé publique et refonte globale du pilotage territorial du système de santé : tels sont donc les grands axes du projet qui nous est aujourd'hui présenté.

S'agissant de la modernisation des établissements de santé, loin d'être en rupture avec les réformes déjà entreprises depuis le plan Hôpital 2007, dont beaucoup ont déjà porté leurs fruits, le projet de loi apporte des évolutions attendues afin de doter enfin le secteur hospitalier des réformes structurelles dont il a plus que jamais besoin.

Au sein du titre IV, le triple objectif est posé de refonder les missions de service public en les redéfinissant et en les renforçant. Le projet de loi recentre les établissements de santé sur leur cœur de métier et définit plus précisément leurs missions. Ceux-ci ne se définissent plus par leur statut, mais par les services qu'ils apportent à la population.

Par ailleurs, les missions de service public sont mieux définies et peuvent désormais être assurées par les établissements de santé quel que soit leur statut. Quand, sur un territoire donné, des structures privées sont disponibles pour garantir des besoins définis, il n'est effectivement pas illégitime que le décideur public choisisse d'y faire appel, d'autant que les garanties et les obligations attachées aux missions de service public sont soigneusement définies, qu'il s'agisse de l'égal accès aux soins, d'une prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou d'une prise en charge sans dépassement d'honoraires.

De façon à prendre en compte la spécificité de l'ancien secteur dit PSPH, la commission a adopté plusieurs amendements visant à reconnaître le statut spécifique de ces établissements par la création d'une nouvelle catégorie d'établissements soumis à des obligations particulières : les établissements de santé privés d'intérêt collectif.

La gouvernance des établissements publics de santé est clarifiée par la mise en place de nouvelles instances de pilotage. Le but est de doter l'hôpital d'une chaîne hiérarchique claire et responsable, d'approfondir le principe du pilotage médico-administratif et d'introduire un réel management de proximité *via* les pôles. Dans cet esprit, le rôle du directeur est renforcé. C'est désormais à lui qu'est confié l'exercice de l'arbitrage ultime puisqu'il « conduit la politique générale de l'établissement » et met en œuvre le projet médical de ce dernier en étroite concertation avec le corps médical. Plusieurs amendements ont été adoptés par la commission pour étendre encore cette concertation.

En outre, un directoire resserré remplace l'ancien conseil exécutif. Au sein de ce directoire, le président de la commission médicale d'établissement devient le vice-président du directoire. J'ai tenu à souligner davantage encore la fonction primordiale du président de la CME en faisant adopter par la commission un amendement explicitant son rôle en tant que

coordonnateur de l'activité médicale au sein de l'établissement. (« Très bien ! sur plusieurs bancs du groupe UMP. »)

La composition du directoire est fortement resserrée. Le projet de loi initial marquait, à cet égard, un certain recul à l'égard de la dynamique suscitée par la mise en place en 2005 d'une nouvelle gouvernance. Sans remettre en cause le caractère resserré du directoire, la commission a souhaité, d'une part, introduire plus de souplesse dans la composition du directoire en augmentant le nombre de ses membres pour permettre une représentation plus adéquate de l'ensemble des composantes de l'hôpital et y faire figurer notamment le président de la commission des soins infirmiers. Elle a tenu, d'autre part, à introduire le principe d'une majorité médicale au sein du directoire. Enfin, dans cette nouvelle gouvernance de l'hôpital, un conseil de surveillance recentré sur des missions de contrôle et d'orientations stratégiques se substitue à l'ancien conseil d'administration et les chefs de pôle voient leur rôle renforcé.

Parallèlement, le projet de loi répond également aux défis managériaux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé en visant à rendre l'hôpital plus attractif et compétitif. Le recrutement des personnels de direction est ainsi ouvert à de nouveaux profils, celui des personnels médicaux est facilité par la création d'un nouveau contrat de droit public plus attractif, et les modalités de gestion sont modernisées. L'objectif est de simplifier, de mettre en œuvre une culture de résultats et de doter les établissements de santé d'outils plus performants de gestion, qu'il s'agisse de la gestion de leur patrimoine immobilier ou de la création de fondations hospitalières. Dans ce cadre, j'ai été à l'initiative de l'adoption par la commission de deux amendements reprenant certaines dispositions du dernier PLFSS relatives, d'une part, à la mise sous administration provisoire des établissements publics et, d'autre part, à la création d'une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, qui avaient été censurées comme « cavaliers sociaux » par le Conseil constitutionnel.

Enfin, le projet de loi améliore la lisibilité des dispositifs de coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé. Deux modalités principales d'organisation de synergies entre les établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social sont mises en place : les communautés hospitalières de territoire, CHT, et les groupements de coopération sanitaire, GCS.

Proposition emblématique du rapport Larcher, la CHT est conçue comme la forme de droit commun des nécessaires futures recompositions hospitalières publiques. Elle vise à favoriser le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population. La création de communautés hospitalières de territoire constitue une avancée indispensable pour la structuration de l'offre de soins publique et la coordination des acteurs hospitaliers sur le terrain. C'est pourquoi la commission, jugeant bon de les encourager, a adopté un amendement prévoyant des incitations financières fortes à leur création.

**M. Jean Leonetti.** Très bien !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Le projet de loi optimise également le cadre juridique du recours aux groupements de coopération sanitaire, qui constituent le mode de coopération privilégié entre les établissements de santé publics et privés, et qui permettent également les coopérations indispensables avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Les évolutions apportées par le projet de loi ont pour principal objet de simplifier et d'améliorer le dispositif des GCS en le rendant plus lisible pour les acteurs.

Comme vous le voyez, le titre I<sup>er</sup> du présent projet de loi sur la modernisation des établissements de santé relève le défi de préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme.

J'en viens maintenant à mon deuxième point : l'accès de tous à des soins de qualité. Ce sujet est devenu crucial. C'est en effet aujourd'hui que nous payons le prix d'une gestion mal avisée du *numerus clausus* dans les années 1980 et 1990. Mais il ne s'agit pas seulement d'un problème d'effectifs. Les attentes des médecins ont changé : quand bien même ils seraient pléthore, ils ne s'installeraient pas seuls, en libéral, au pied de chaque clocher de France ; ils ne travailleront plus 75 heures par semaine, plus les gardes. Faut-il le regretter ? non. Il faut tenir compte de leurs attentes, leur offrir des conditions d'exercice attractives et répondant aux besoins de la population.

**M. Marc Bernier.** Très bien !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** C'est ce que fait le texte, qui refonde notre politique d'aménagement de l'offre de soins.

À cette fin, il instaure un schéma régional d'organisation des soins ambulatoires, qui ne sera pas opposable, mais concentrera les aides et subventions sur les projets prioritaires. De même, il propose d'aménager l'offre de soins, distinguant entre soins de premier recours et soins spécialisés de second recours, ce qui correspond mieux au parcours des patients que les cloisonnements actuels entre ville et hôpital, généralistes et spécialistes. Il reconnaît aussi la spécificité des généralistes de premier recours, ce qui paraît nécessaire si l'on juge que 40 % des diplômés de médecine générale exercent un autre métier.

**M. Jacques Domergue.** Eh oui !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Contrairement à ce que craignent certains, il n'est nullement question de remettre en cause le libre accès des patients à certains spécialistes.

Par ailleurs, on sait que les médecins sont d'autant plus enclins à exercer dans une région qu'ils y ont été formés. Déjà, la hausse du *numerus clausus* bénéficie en priorité à celles où la démographie médicale est la plus faible. Pour aller au bout de cette logique, l'article 15 propose de réorganiser la répartition des postes d'internat suivant la même orientation.

Le texte consolide aussi la permanence des soins : il en confie le pilotage à l'agence régionale de santé, qu'il dote des marges de manœuvre financières et organisationnelles nécessaires pour la rendre attractive et pour exploiter au mieux les synergies entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'avec les structures d'urgence de type SOS médecins.

Garantir un égal accès à des soins de qualité suppose aussi d'exploiter les compétences de chaque profession de santé. Pour cela, l'article 17 propose une procédure pragmatique : là où un besoin de santé n'est pas satisfait, les professionnels de santé pourront prendre l'initiative d'organiser autrement leur coopération, sous le double contrôle de la HAS et de l'ARS.

Le texte lutte aussi contre les discriminations dans l'accès aux soins, notamment à l'encontre des bénéficiaires de la CMU. Il renforce le dispositif répressif, jusqu'à inverser la charge de la preuve. Les praticiens craignent une explosion de contentieux et refusent d'être « présumés coupables ». En tant que président du conseil de surveillance du fonds CMU, je partage ces réserves. Je crois qu'il faut punir, mais aussi prévenir, les refus de soins plus efficacement qu'aujourd'hui. À cette fin, la commission vous proposera une autre procédure, axée sur une commission mixte de conciliation, constituée entre l'Ordre des médecins et les caisses.

Le texte propose aussi une réforme des laboratoires d'analyses biologiques, qui est indispensable pour renforcer la qualité des examens. L'article 20 renvoie cette réforme à une ordonnance, qu'il encadre par des orientations précises. La commission a supprimé cet article, notamment parce qu'il prévoit d'ouvrir le capital des laboratoires à des non-biologistes. Une telle ouverture ne me paraît pas souhaitable,...

**M. Élie Aboud.** Très bien !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** ...mais fallait-il pour autant supprimer l'article ? Je ne le crois pas : hormis ce qui concerne le capital des laboratoires, la réforme est nécessaire. Toutes ces mesures vont dans le bon sens, mais suffiront-elles à garantir un égal accès aux soins ? Ne faut-il pas restreindre la liberté d'installation ? Pour votre rapporteur, toutes les mesures incitatives doivent être mises en œuvre avant cela, mais il n'y a aucun tabou en la matière.

**Mme Catherine Génisson.** Très bien !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Il n'est pas normal que les médecins s'installent de plus en plus nombreux sur certains littoraux, alors que, dans nos campagnes et certaines de nos banlieues, trouver un médecin devient un vrai problème. C'est dans cette optique que la commission a adopté un amendement qui tend à proposer aux étudiants en médecine des bourses d'études, moyennant un engagement à exercer quelques années dans une zone sous-dotée en offre de soins.

**M. Jean-Paul Bacquet.** Cela ne marche pas !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Je proposerai également un amendement visant à soumettre à l'autorisation de l'ARS l'accès au conventionnement pour les médecins qui s'installent dans les zones déjà sur-dotées en offre de soins,...

**M. Jacques Domergue.** Très bien !

**M. Jean-Paul Bacquet.** Ça, c'est bien !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** ...après trois ans de mise en œuvre par l'ARS des mesures incitatives que nous allons voter dans ce texte de loi. Il ne s'agit pas de mettre en cause la liberté d'installation, mais de donner un levier d'action supplémentaire à l'ARS. Elle pourrait, par exemple, tenir à un médecin le langage suivant : « Vous pouvez vous installer sur tel littoral, à condition d'exercer aussi à temps partiel dans une maison de santé que nous finançons dans l'arrière-pays. »

**M. Jean-Paul Bacquet.** C'est bien aussi !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** « Vous pouvez exercer l'ophtalmologie à Dijon, à condition d'aller, deux jours par semaine, à Clamecy pour opérer les cataractes. »

**M. Jean-Paul Bacquet.** Plutôt en Auvergne !

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Je pense qu'il s'agit d'un outil pragmatique sur lequel nous aurons l'occasion de discuter.

Le titre III est consacré à la santé publique. En la matière, le Président de la République a fait de la prévention une de ses priorités : dans son discours de Bletterans, dans le Jura, il a fixé comme objectif ambitieux l'augmentation des crédits consacrés aux politiques de prévention de près de 50 %, soit 10 % des dépenses de santé. La prévention doit en effet être au cœur d'une politique de santé publique, qui s'est malheureusement trop longtemps concentrée sur les soins. Il s'agira d'une des missions principales des nouvelles agences régionales de santé.

Au-delà de ce changement structurel essentiel, le présent projet comporte quatre articles consacrés à la santé. Deux objectifs sont poursuivis : promouvoir et soutenir les actions d'éducation thérapeutique et préserver le capital santé de nos jeunes, aujourd'hui menacé par des consommations excessives d'alcool et de tabac.

Le Gouvernement n'a pas souhaité aller au-delà afin de respecter le calendrier de travail que le Parlement s'est imposé à lui-même en adoptant la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette loi novatrice a introduit une véritable culture de la santé publique et de la prévention, ainsi que le principe d'une révision quinquennale de la loi.

S'il convient de ne pas anticiper de façon excessive les débats qui interviendront autour de la future loi de santé publique, la commission a néanmoins souhaité enrichir ce titre III sur des sujets qui lui semblaient particulièrement importants, comme la santé environnementale et la lutte contre l'obésité. Des amendements vous seront ainsi proposés dans ces domaines.

Le titre IV du projet de loi réforme la gouvernance territoriale de notre système de santé, notamment en instituant des agences régionales de santé.

Les ARS ne sont pas un « meccano technocratique », mais la simplification de la gouvernance du système de santé, actuellement à bout de souffle à force de cloisonnements et d'enchevêtrement des responsabilités.

Les ARS se substitueront à une dizaine d'organismes et réuniront les forces de l'État et de l'assurance maladie. En unifiant le pilotage du système de santé, elles le rendront à la fois plus simple et plus efficace.

Tout ce qui a trait à la santé relèvera de la compétence des ARS : la prévention, les soins de ville, l'hôpital, le secteur médico-social. Pour piloter efficacement ce vaste champ professionnel, les ARS seront dotées d'outils nouveaux : elles élaboreront un plan d'ensemble de la politique régionale de santé – le « projet régional de santé » – et pourront contractualiser avec tous les offreurs de services en santé.

Le texte traite aussi la question de la coordination des ARS, ce que ni les ordonnances de 1996, ni les lois de 2004 n'avaient fait lorsqu'elles ont créé ARH, URCAM, MRS et autres GRSP. Le projet de loi instaure un comité national de coordination des ARS ; ce n'est pas, ou pas encore, une ANS, mais c'est mieux qu'un pilotage national à multiples commandes.

Soucieuse d'étoffer ce comité, la commission a souhaité en faire un véritable comité de pilotage des ARS. Elle a aussi veillé à ce que, en région, le conseil de surveillance de l'ARS ait les compétences nécessaires pour surveiller l'action du directeur général et que la conférence régionale de santé soit enfin un véritable lieu de démocratie sanitaire.

Le titre IV réforme aussi la représentation régionale des professionnels de santé : à l'image des actuelles URML, toutes les professions auront leurs unions régionales élues.

Pour éviter les conflits de légitimité qui ont pu naître entre les URML et les syndicats représentatifs de l'échelon national, l'article 27 du projet de loi donne une place importante à l'audience électorale dans les critères de représentativité.

Dernier volet de cette réforme d'ampleur : la rénovation du secteur médico-social. On a vu que les ARS auront un champ de compétences larges qui inclura le médico-social, et, en pilotant conjointement le secteur hospitalier et le secteur médico-social, les ARS seront mieux à même que les ARH de procéder à la nécessaire transformation de services de soins aigus en structures médico-sociales.

Pour autant – et il s'agit d'un point essentiel –, cette intégration du médico-social ne doit pas se faire au détriment de la culture très particulière de ce secteur dans lequel les acteurs associatifs de terrain jouent un rôle prédominant : cette culture doit être préservée et mieux encore imprégner les domaines hospitalier et ambulatoire.

Au-delà de cette intégration aux ARS, le projet de loi modifie la procédure d'autorisation de créations de places nouvelles dans le secteur médico-social. En effet, l'actuelle procédure,

centrée sur le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, n'est satisfaisante aujourd'hui ni pour les gestionnaires ni pour les pouvoirs publics.

**M. le président.** Mon cher collègue, je vous prie de conclure.

**M. Jean-Marie Rolland, rapporteur.** Aussi est-il prévu d'instituer une procédure d'appels à projets, sur la base de la définition des besoins, élaborée collectivement dans le cadre du schéma régional médico-social.

Il s'agit donc de passer d'une procédure où l'initiative du projet est le plus souvent du côté du promoteur, à une procédure où l'initiative est également du côté des pouvoirs publics. Cela permettra de sélectionner les projets les plus conformes aux priorités définies collectivement par le projet régional de santé. Il s'agit d'un changement fondamental, qui a pu, légitimement, inquiéter les acteurs du secteur médico-social. Le travail de pédagogie a peut-être été un peu tardif.

Voilà ce que je souhaitais souligner, mesdames les ministres, mes chers collègues, en commençant ce débat très attendu par nos compatriotes et par les centaines de milliers de professionnels de la santé et du secteur médico-social.

Permettre à notre système de santé d'offrir à chacun de nos compatriotes la garantie de soins de qualité, responsabiliser tous les acteurs, réduire les inégalités entre les territoires : tels sont les enjeux de ce texte. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

**M. le président.** La parole est à M. André Flajolet, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire.

**M. André Flajolet, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire.** Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

**M. Jean Mallot.** Très bien !

**M. André Flajolet,** rapporteur pour avis. En proposant au législateur d'inscrire dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires la définition de la santé retenue par l'Organisation mondiale de la santé lors de sa création en 1946, votre rapporteur entend donner une priorité absolue, dans le regard porté sur l'organisation des soins, à l'action préventive sur les déterminants de santé.

**M. Jean Mallot.** Très bien !

**M. André Flajolet,** rapporteur pour avis. Pour nous, la structuration du système doit partir de l'individu en bonne santé – qui, en bonne logique, n'a pas vocation à endosser en permanence l'identité de « patient » –, et l'action individuelle et collective doit se concentrer sur un objectif : l'aider à rester le plus durablement possible en état de non-maladie.

En d'autres termes, les autorités sanitaires du pays n'ont pas pour seul rôle de traiter au mieux les pathologies, ce qu'elles font déjà avec un degré d'excellence unanimement reconnu, mais aussi de faire en sorte qu'une proportion optimale de la population n'ait pas à entrer de manière prolongée dans leur champ d'action.

Pour tenir cet objectif ambitieux de « bien-être physique, mental et social », il est aujourd'hui proposé d'adopter un texte particulièrement novateur en ce qu'il privilégie l'approche territoriale du besoin de santé, *via* la création des agences régionales de santé. C'est du reste à

ce titre que la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire s'est saisie des articles 12 à 26 du projet de loi, répartis sur les quatre titres. Je remercie le président Patrick Ollier de m'avoir confié cette mission.

Privilégier l'approche territoriale, cela consiste à partir du terrain pour déterminer les réponses à apporter à l'échelle d'un bassin de vie, plutôt que de tenter – comme cela a trop souvent été le cas par le passé – de faire correspondre des schémas préétablis à une réalité vécue. En ce qui concerne le sanitaire et le médico-social, chacun peut mesurer la sagesse d'un tel postulat, car il n'est pas besoin d'être un professionnel du soin ou un économiste de la santé, voire un technocrate ou un élu, pour savoir que les besoins ne sont pas les mêmes à Aix-en-Provence, à Valenciennes, à Amiens, à Guéret et à Papeete.

La France connaît aujourd'hui une décrue du nombre de ses médecins, conséquence du *numerus clausus* excessivement bas de la décennie 1990.

**M. Jean-Paul Bacquet.** À la demande de qui ? De la CSMF ? De la sécu ?

**M. André Flajolet,** *rapporteur pour avis.* C'est partagé, mon cher collègue.

Résultat : la population peine à obtenir un rendez-vous à proximité de son domicile, voire dans le chef-lieu de département pour certaines spécialités comme l'ophtalmologie – cela a été rappelé tout à l'heure par une de nos collègues.

**M. Jean-Paul Bacquet.** 28 000 médecins en moins ! Ça ne vous dit rien ! Et le MICA ?

**M. André Flajolet,** *rapporteur pour avis.* La contraction de l'offre de soins sur le territoire se révèle de manière particulièrement flagrante au travers du prisme de la permanence des soins. En effet, la difficulté de consulter un ORL ou un dermatologue pose des questions à moyen terme, mais elle provoque en règle générale plus une gêne qu'un réel danger.

Par contre, l'impossibilité d'accéder à un médecin de permanence pendant la nuit ou le week-end peut avoir des conséquences dramatiques immédiates. Bien souvent, elle aboutit à un report de la demande vers le service d'urgences hospitalières le plus proche, qui, saturé par l'afflux de petits « bobos », peine à traiter en temps voulu les cas engageant la vie du patient.

Le projet de loi formule une solution à long terme, à travers l'article 15, et un aménagement à court terme, dans son article 16.

La première disposition, relative au *numerus clausus* des études médicales, permet une organisation par spécialité et par subdivision territoriale. Comme les médecins tendent à s'installer dans la région où ils ont accompli leurs études, on estime qu'une régionalisation des nombres d'internats ouverts constitue une voie crédible pour remédier aux déséquilibres régionaux. Cette initiative, que votre rapporteur juge bienvenue, ne produira toutefois ses effets qu'à l'issue de la formation des étudiants de 2009, soit entre 2015 et 2020.

L'article 16 traite la question de la permanence des soins dans une perspective plus immédiate.

**M. Jean-Paul Bacquet.** La permanence des soins, c'est Mattei qui l'a supprimée. Il s'est dégonflé !

**M. André Flajolet,** *rapporteur pour avis.* Il la reconnaît comme une mission de service public qui engage tant les établissements de santé que les médecins libéraux, au moyen d'une régulation téléphonique préalable. Alors que le régime de responsabilité administrative est étendu aux activités de régulateur, la réquisition préfectorale, aujourd'hui peu utilisée, perdure en cas de défaut de constitution des tableaux de garde, la sanction étant même portée à

7 500 euros d'amende pour un médecin refusant de déférer. Enfin, l'organisation de la permanence des soins s'opérera sous la responsabilité des agences régionales de santé.

Votre rapporteur pour avis souscrit au transfert de la charge d'organisation de la permanence des soins aux agences régionales de santé, dont la fonction de mutualisation épouse idéalement un dispositif jusque-là trop fragmenté entre différents acteurs. Il s'agit, de toute évidence, d'une mission de service public qui incombe aux professionnels médicaux, conformément à leur vocation et à leur serment, au titre de laquelle la collectivité mobilise des montants financiers considérables.

Un complément de rédaction a néanmoins été apporté avec le soutien de la commission des affaires économiques. La France forme de nombreux médecins susceptibles d'apporter leur contribution à la politique nationale de santé publique. Cependant, la loi limite l'appel à la permanence des soins à une fraction d'entre eux : les médecins libéraux, si l'on excepte le rôle joué par les établissements de santé et leurs personnels. Avec l'évolution des modes de vie des praticiens rappelée tout à l'heure, une évolution législative est devenue indispensable. Il doit être possible, pour un médecin régulièrement formé et reconnu compétent par l'Ordre des médecins, de concourir à la permanence des soins sans qu'un obstacle juridique lui soit opposé et sans que cette option revête pour lui le caractère d'une obligation.

**M. Patrick Ollier**, *président de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire*. Bonne idée !

**M. André Flajolet**, *rapporteur pour avis*. Il est donc suggéré d'inscrire dans la loi que tout médecin a vocation à participer à la permanence des soins dans des conditions contractuellement établies avec l'agence régionale de santé.

**M. Yves Bur**. Très bien !

**M. André Flajolet**, *rapporteur pour avis*. Ainsi, un médecin salarié, un autre ayant mis entre parenthèses son activité pour se consacrer à sa famille pourront proposer leurs services aux agences régionales de santé pour mettre en pratique leurs connaissances et se procurer un complément de revenu, au bénéfice de la population, suivant les besoins identifiés par l'ARS et au moyen des structures dont celle-ci dispose – maisons médicales de garde, véhicules effecteurs, centre de régulation.

Nous souhaitons aussi que la filière de médecine générale soit mieux valorisée au cœur de nos universités, ...

**M. Jean-Paul Bacquet**. Très bien !

**M. André Flajolet**, *rapporteur pour avis*. ...afin qu'un nombre accru d'étudiants s'orientent dans cette voie d'avenir.

Hélas, toutes ces idées de bon sens se heurtent encore bien souvent à des résistances et à des conservatismes.

**M. Jean-Paul Bacquet**. Conservatismes de qui ?

**M. André Flajolet**, *rapporteur pour avis*. Au cours des nombreuses auditions auxquelles il a été procédé, votre rapporteur pour avis a souvent entendu que le texte « allait naturellement dans le bon sens, mais... » C'est ce « mais » et tout ce qu'il recouvre qu'il vous est aujourd'hui proposé de dépasser : il ne s'agit pas d'une simple orientation, et il s'agit encore moins d'une posture intellectuelle. Alors que le progrès technique appliqué au champ médical ouvre des

perspectives inouïes, il est de la responsabilité de l'autorité politique de valoriser au mieux les potentialités individuelles et de tout mettre en œuvre pour inciter chacun à rester en bonne santé.

Se dérober à cette obligation, c'est attenter à l'égalité inscrite dans la devise républicaine, dans la mesure où le fait de rester en bonne santé aussi longtemps que possible, quels que soient son lieu d'habitation et sa place dans l'échelle sociale, mérite d'être reconnu comme un droit.

C'est à ce titre que, à l'initiative de votre rapporteur pour avis, la commission des affaires économiques a adopté, lors de sa réunion du 4 février dernier, un amendement créant dans le code de la santé publique un nouveau titre relatif à l'éducation à la santé, qui serait ainsi rédigé : « La prévention comportementale et nutritionnelle est une priorité de santé publique. Par la lutte contre les addictions et par la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine, elle permet à chacun de gérer son patrimoine santé de façon active et responsable. » Cette politique aura besoin de moyens, qu'il conviendra de définir et de quantifier.

Je dirai quelques mots au titre, précisément, de la valorisation du patrimoine de santé des jeunes générations sur les dispositions du texte visant à prévenir et, le cas échéant, à réprimer l'alcoolisation massive des moins de vingt-cinq ans.

Pour traduire la volonté du Gouvernement de mettre l'accent sur la prévention des addictions, le titre III du projet de loi contient des dispositions de santé publique à destination des jeunes. L'article 25 édicte ainsi une prohibition du commerce des cigarettes aromatisées au sucre. Mais c'est dans le champ du combat contre la consommation excessive d'alcool que le texte apporte les évolutions les plus notables, en réaction aux manifestations de *binge drinking*,...

**M. Marcel Rogemont**, Parlez français !

**M. Jean-Paul Bacquet**, Cela veut dire se « bourrer la gueule » ! (*Sourires.*)

**M. André Flajolet**, *rapporteur pour avis*. ...lequel consiste en une consommation massive de boissons alcoolisées dans la recherche de l'ivresse la plus rapide et la plus complète qui soit.

Si l'expression *binge drinking* ne connaît pas encore de traduction dans la langue française, elle commence, hélas, à s'installer dans les mœurs, bien que la France ait longtemps paru plus à l'abri que ses voisins. L'alcoolisation massive suppose en effet le recours à des alcools forts en grande quantité, leur absorption étant facilitée par le mélange avec des boissons moins alcoolisées et des jus de fruits, ainsi que par les premix.

**M. le président**, Mon cher collègue, je vous prie de conclure !

**M. André Flajolet**, *rapporteur pour avis*. Toutefois, cette protection culturelle paraît avoir atteint ses limites, et les mauvaises pratiques tendent à se répandre dangereusement sur l'ensemble du territoire.

La loi prévoit diverses indications pour empêcher ces comportements. Votre rapporteur approuve sans réserve les objectifs du Gouvernement, tant il mesure les méfaits d'alcoolisations massives et répétées. Les parlementaires comme les élus locaux n'en ont que trop souvent constaté les conséquences.

Cependant, la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire a estimé que certaines précisions devaient être apportées.

**M. Patrick Ollier**, *président de la commission des affaires économiques*. Tout à fait !

**M. André Flajolet**, *rapporteur pour avis*. En effet, la loi ne doit édicter des formes de prohibition que dans la stricte mesure du nécessaire car, ce faisant, elle restreint les droits individuels autant que la liberté de commerce.

Votre rapporteur pour avis défend par conséquent une position équilibrée, respectueuse des intérêts locaux et commerciaux lorsqu'il semble que ceux-ci n'emportent aucune menace directe pour la bonne santé de la population. À cet égard, un certain nombre d'amendements ont été acceptés en commission. Je reviendrai sur ces sujets au cours du débat, puisque j'arrive au terme du temps de parole dont je dispose.

Madame la ministre, en se fixant une ambition aussi élevée, en embrassant un champ aussi vaste et en proposant autant d'évolutions profondes, ce texte court bien entendu le risque de décevoir – en particulier ceux qui ont envie de l'être. Lorsqu'il s'agit de la santé, parce qu'elle touche au plus intime, parce qu'elle interroge nos expériences vécues, personnelles ou familiales, chacun d'entre nous est tenté de mettre en avant sa vérité.

Convaincu pour ma part que le présent texte permettra de franchir de nouvelles étapes, car il repose sur les bons postulats, j'ai l'honneur, au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire, d'inviter notre assemblée à l'adopter sans délai. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Merci, monsieur le député.

**M. le président**. La parole est à M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je veux d'abord remercier tous mes collègues qui, pendant plus de vingt heures, très nombreux...

**M. Jean Mallot**. C'est vrai !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. ...ont participé activement au débat. Je tiens, au premier chef, à saluer le travail important fourni par le rapporteur, Jean-Marie Rolland, qui a procédé à plus de quatre-vingt-dix auditions d'organismes divers. Au nom de la commission, je l'en remercie vivement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Élie Aboud**. Très bien !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Et je tiens à rendre hommage à sa grande capacité d'écoute.

**M. Jean-Paul Bacquet**. C'est son caractère !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Je souhaite que notre débat soit aussi serein, sérieux et consensuel qu'il le fut en commission des affaires sociales. Je rappelle que la majorité a accepté des amendements émanant d'autres groupes, ce qui est, du reste, légitime et normal. Je forme le vœu que cette même sérénité préside aux longs débats qui s'annoncent.

L'examen de 2 500 amendements...

**M. Marcel Rogemont.** La faute à qui ?

**M. Jean Mallot.** La plupart émanant de la droite !

**M. Pierre Méhaignerie,** *président de la commission des affaires culturelles.* ...impose de placer ce texte dans une perspective et de lui donner un sens. Selon Henry Kissinger, un homme d'État, c'est celui qui est capable de faire passer un pays d'un état A où il se trouve à un état B où il n'a jamais été.

**M. Gérard Bapt.** C'est ce qu'il a fait au Chili !

**M. Pierre Méhaignerie,** *président de la commission des affaires culturelles.* Pour donner du sens à ce débat, il importe de rappeler ce qu'il en est, aujourd'hui, du point A et de déterminer jusqu'où nous voudrions arriver dans quelques années.

**M. Jean Mallot.** Le plan B !

**M. Jean-Luc Prél.** Fabius serait content !

**M. Jean Mallot.** Kissinger-Fabius !

**M. Pierre Méhaignerie,** *président de la commission des affaires culturelles.* Rappelons à ce pays trop pessimiste qu'est la France que quelques éléments supportent parfaitement la comparaison internationale, car ils vont largement dans son sens. Le niveau d'espérance de vie en bonne santé a, au cours des dix dernières années, encore gagné trois années. Certains disent même que pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, la roue de la vie ne tourne pas !

J'entendais tout à l'heure un collègue de l'opposition dénoncer le manque de moyens.

**M. Jean Mallot.** C'est la vérité !

**M. Pierre Méhaignerie,** *président de la commission des affaires culturelles.* N'oubliez pas, mes chers collègues, que la France consacre 11,1 % de sa richesse aux dépenses de santé.

**Mme Catherine Génisson.** Les États-Unis bien plus !

**M. Pierre Méhaignerie,** *président de la commission des affaires culturelles.* Nous nous situons au troisième rang après les États-Unis et la Suisse. Ce classement ne doit pas nous empêcher de nous demander si ces résultats sont à la mesure de nos dépenses.

**M. Jean Mallot.** En effet !

**M. Pierre Méhaignerie,** *président de la commission des affaires culturelles.* Autre élément positif : les effectifs ont beaucoup plus progressé en France que dans la plupart des autres pays. Dans les sept dernières années, nous sommes passés de 900 000 à 987 000 personnes.

**M. Jean-Paul Bacquet.** Ce qui importe, c'est ce qui opérationnel !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Cela représente 10 % de plus dans le secteur hospitalier et 10 000 personnes de plus dans les effectifs médicaux.

**M. Jean-Paul Bacquet**. Ne comptent pas ceux qui sont planqués : les médecins de la sécu.

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Nous souhaitons tous qu'il y ait toujours davantage d'effectifs, mais nous avons d'autres contraintes. Nous vivons dans un monde ouvert qui nous oblige à faire des comparaisons.

Le niveau d'intervention de la puissance publique est resté constant à 77 % des dépenses. Or cela ne correspond pas toujours au sentiment qu'ont nos compatriotes, dans la mesure où les affections de longue durée ont pris une importance de plus en plus grande. Quant au taux de prise en charge publique, il est l'un des plus élevés du monde, tout comme le taux de densité des établissements, même si cela pose quelques problèmes. En tant que président du conseil d'administration d'un hôpital implanté dans une ville de 18 000 habitants, je suis bien placé – et, sans doute, je ne suis pas le seul ici – pour espérer que la nouvelle organisation des communautés hospitalières permettra des aller et retour dans le sens de l'hôpital périphérique vers le centre hospitalier ou le CHU et inversement, ce qui est un élément d'espoir pour nombre d'hôpitaux. Tels sont les éléments positifs de notre système de santé.

Quant aux faiblesses, quelles sont-elles ? Jérôme Vignon, président des Semaines sociales de France, faisait dernièrement remarquer que la France consacre 550 milliards d'euros à ses dépenses sociales et qu'elle a dépassé la Suède.

**M. Gérard Bapt**. Et alors ?

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Il ajoutait cependant que, lorsque nous comparons les ratios – lutte contre la pauvreté, insertion des jeunes dans la vie professionnelle –, les résultats ne sont pas à la hauteur des dépenses.

Je citerai les réflexions d'un second observateur, qui a été directeur des hôpitaux, Jean de Kervasdoué. (« Ah ! » *sur les bancs du groupe SRC.*) Vous constaterez que je fais preuve d'ouverture ! (*Sourires.*) Son analyse est loin d'être absurde. Il considère que le système de santé français est généreux, un peu laxiste, parfois inégalitaire.

**M. Jean-Paul Bacquet**. C'est le moins qu'on puisse dire !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Généreux, il l'est, en effet. En ce sens, il pose des problèmes d'organisation, de gouvernance et de coordination, mais le projet de loi y répond.

Laxiste, il l'est, notamment en termes de prévention et nous ne sommes pas en tête dans ce domaine.

Enfin, il est parfois inégalitaire : je n'oublie pas qu'en matière de différentiel d'espérance de vie, la France est dans une des plus mauvaises situations qui soit – sept ans de différentiel d'espérance de vie. Ceux qui avaient la durée d'activité la plus longue et les retraites les plus modestes étaient aussi ceux qui avaient l'espérance de vie la plus courte.

Je rappelle que le premier à se préoccuper de corriger cette inégalité a été l'actuel Premier ministre, François Fillon, qui les a laissés partir à la retraite à cinquante-six ans, cinquante-sept ou cinquante-huit ans. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Marc Bernier**. Il faut, en effet, le rappeler.

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Ce fut l'une des mesures sociales les plus importantes de ces dernières années.

Notre objectif est de réduire les inégalités territoriales, sociales et financières. À cet égard, je ne reviendrai pas sur les propos de Jean-Marie Rolland. Marc Bernier et Christian Paul ont éclairé la voie. La commission serait assez favorable à des mesures coercitives ; pour ma part, j'y étais favorable.

**M. Marcel Rogemont**. Moi aussi !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Cela étant, ces mesures coercitives pourraient aboutir à l'effet inverse de celui recherché.

**M. Jean Mallot**. Alors, ne faisons rien. C'est bien là la position d'un centriste !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Le rapporteur a proposé des mesures incitatives positives, et, dans un délai de trois ans, des mesures conventionnelles coercitives. Cela me paraît un bon équilibre.

Il est important de retenir tout ce qui conduira à une gouvernance lisible, simplifiée et responsable, en impliquant le plus possible les médecins – et pas seulement les directeurs d'hôpitaux. Les volontés locales au niveau de l'agence régionale de santé sont également importantes. De ce point de vue, j'espère, madame la ministre, que vous serez sensible à nos amendements qui permettront de donner plus de pouvoir au conseil de surveillance et d'expérimenter une présidence des agences régionales de santé autre que celle des préfets.

**M. Jean-Paul Bacquet**. Certainement !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Plus vous donnez de responsabilités aux gens, plus ils sont responsables. Plus ils sont en situation de dépendance, plus ils se comportent en assistés.

**M. Jean-Paul Bacquet**. Il est loin le temps des commissaires de la République !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. La commission a également beaucoup travaillé sur les politiques de prévention. Nous sommes nombreux à penser que la lutte contre l'obésité est un élément important de la politique de santé.

**Mme Catherine Génisson**. Le texte est bien maigre à cet égard ! (*Sourires.*)

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Quand on constate que la courbe de l'obésité dans notre pays suit celle relevée aux États-Unis, il y a de quoi s'inquiéter. Entre les inconvénients et les avantages que présente la lutte contre l'obésité, il est préférable de prendre des mesures de prévention.

**M. Yves Bur**. Mieux vaut prévenir que guérir !

**M. Pierre Méhaignerie**, *président de la commission des affaires culturelles*. Je conclurai en reprenant les propos de Mme la ministre. Au début de son intervention, elle a indiqué qu'il était nécessaire de maintenir les valeurs. Je serai même tenté de dire qu'il faut les renforcer. Nous ferons des progrès significatifs si nous mettons en avant les valeurs de solidarité et de responsabilité. C'est ainsi que nous serons le plus à même de progresser. Pour ma part, je

tiens beaucoup à la citation suivante : « La vertu des grands peuples, c'est l'esprit de responsabilité de ses citoyens. » (*Applaudissements sur les bancs des groupes NC et UMP.*)  
Exception d'irrecevabilité

**M. le président.** J'ai reçu de M. Jean-Marc Ayrault et des membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche une exception d'irrecevabilité déposée en application de l'article 91, alinéa 4, du règlement.  
La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, nous sommes réunis pour examiner le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires : le vingt-neuvième en vingt ans !

Le texte qui nous est soumis est très attendu et passionne la représentation nationale. Les 2 500 amendements qui ont été déposés émanant des différents groupes prouvent l'intérêt suscité par le texte ainsi que la volonté de le perfectionner. À cet égard, le président de notre groupe, Jean-Marc Ayrault, l'a rappelé, cela prouve qu'il est indispensable de préserver le droit individuel d'amendement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Si notre groupe politique est dans cet état d'esprit, cela ne l'empêche pas pour autant d'exprimer sa grande déception vis-à-vis de ce texte bavard, de son manque d'ambition, alors que les attentes de la population et des professionnels de santé sont si fortes.

Plus grave, nous exprimons notre plus vive opposition au titre I<sup>er</sup> qui traite de l'hôpital en ce qu'il exprime la dilution des missions régaliennes de l'hôpital public et annonce sa privatisation torpide – mais j'y reviendrai.

Traiter de la santé, de la bonne santé de nos concitoyens est une chance. C'est un acte fondateur pour notre société. Il s'agit d'un sujet citoyen par excellence. C'est donc une chance pour nous tous que de l'aborder dans sa dimension première de projet humaniste, mais aussi de projet de développement économique.

Dès lors, nous ne pouvons que déplorer la médiocrité des sommes allouées à la santé dans le cadre du plan de relance, et même dans le plan Hôpital 2012, tant il est vrai, d'ailleurs, que c'est tout le système de santé qui doit être soutenu.

**M. Patrick Roy.** Eh oui ! Ça, c'est envoyé !

**Mme Catherine Génisson.** Dès lors que l'on regarde comme primordiales l'exigence d'égalité dans l'accès aux soins et l'exigence de qualité, notre sens des responsabilités nous oblige à dénoncer la préoccupation purement gestionnaire et technocratique qui est le fil conducteur de votre projet de loi, madame la ministre.

Pour autant, nous ne pouvons séparer l'examen de ce texte de son contexte. Force est alors de constater l'inégalité croissante devant l'accès aux soins, dans beaucoup de territoires. Les déserts médicaux s'étendent.

**M. Jean-Paul Bacquet.** Très juste !

**Mme Catherine Génisson.** Mais cette inégalité dans l'accès aux soins est encore aggravée par des dépassements d'honoraires de plus en plus répandus.

**M. Jean-Paul Bacquet.** C'est scandaleux !

**M. Patrick Roy.** Sans parler des franchises !

**Mme Catherine Génisson.** Notre système de santé est à bout de souffle, même si nos concitoyens reconnaissent à juste titre la qualité des soins qui leur sont prodigués, ainsi que la valeur des personnels soignants.

Les responsabilités sont multiples, sans doute. Mais depuis 2002, les gouvernements de droite en portent une lourde part, non seulement en raison de l'absence de mesures structurantes, mais aussi et surtout à cause de mesures délétères qui ont aggravé les inégalités dans l'accès aux soins.

La loi de 2004 portant réforme de la protection sociale a autorisé le dépassement d'honoraires quand le patient ne suit pas le parcours passant par le médecin traitant. Ces dépassements existaient sans doute auparavant, mais le nombre en a considérablement augmenté à partir de cette date.

En 2008, ce furent les franchises médicales, qui sont un impôt sur les malades.

En 2009, voici l'augmentation des tarifs des mutuelles du fait du transfert d'un milliard de leur fonds vers le fonds CMU. Cela, c'est de votre responsabilité, madame la ministre,...

**M. Patrick Roy.** Eh oui !

**Mme Catherine Génisson.** ...et la conséquence, pour bon nombre de nos concitoyens, a été soit de détourner de se soigner, soit de retarder le recours aux soins.

Enfin, je me dois d'évoquer la situation de nos hôpitaux, à la limite de l'implosion : près de 800 millions d'euros de déficit, tant au niveau de nos hôpitaux généraux que des centres hospitalo-universitaires !

Et quand vous faites valoir que 26 milliards d'euros supplémentaires ont été alloués aux hôpitaux ces dix dernières années, vous omettez de dire que, dans le même temps, 30 milliards d'euros l'ont été au secteur libéral, avec beaucoup de problèmes non résolus, reconnaissons-le.

**M. Jean Mallot.** Et voilà !

**M. Marcel Rogemont.** Voilà un rappel fort opportun !

**M. Patrick Roy.** On en apprend de belles !

**Mme Catherine Génisson.** S'il est exclu de s'engager par principe dans une course à l'augmentation des moyens, nous n'acceptons pas que l'on impute aux seuls problèmes d'organisation les difficultés de fonctionnement de l'hôpital.

Pour 2009, la loi de financement de la sécurité sociale fixe un objectif national de dépenses hospitalières beaucoup plus strict que l'ONDAM de ville, ce qui se traduit par une restriction de moyens. Nombreux sont les personnels hospitaliers, soignants et médecins en particulier, qui vivent une pratique de plus en plus soumise aux contraintes administratives et financières. Ils l'ont d'ailleurs largement dénoncé le 29 janvier dernier.

**M. Jean-Paul Bacquet.** Ça, c'est vrai !

**Mme Catherine Génisson.** Depuis 2002, nous n'avons cessé de faire des propositions, en particulier dans la discussion des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Elles ont été très peu écoutées.

C'est dans ce contexte que nous examinons ce projet de loi, qui soulève des questions et apporte peu de réponses de fond. Il s'agit d'un texte technique, qui, s'il comporte quelques

propositions intéressantes, contient aussi un certain nombre de mesures que nous condamnons fermement.

S'il est un sujet qu'il s'imposait de traiter en préambule pour donner à ce texte son cadre fondateur, c'est bien celui des enjeux de santé publique. Je n'ose qualifier, madame la ministre, la présentation succincte que vous en faites. Certes, vous prétendez défendre ici une nouvelle loi de santé publique, et vous abordez ces deux sujets importants que sont l'alcoolisme des jeunes – tout en autorisant d'ailleurs la publicité pour l'alcool sur Internet – et le tabagisme, à propos des « cigarettes bonbons », mais pourquoi cet autre sujet majeur de santé publique qu'est l'obésité est-il totalement absent du texte ?

**M. Patrick Roy.** C'est gros, ça ! (*Sourires.*)

**Mme Catherine Génisson.** Le deuxième constat que nous faisons concernant la philosophie de votre texte, madame la ministre, est la prééminence d'une exigence managériale pyramidale et technocratique. Votre conception du fonctionnement des agences régionales de santé est, à cet égard, édifiante.

Affirmer qu'il est de la responsabilité de l'État de définir l'organisation de notre système de santé et d'en prévoir le financement, considérer que le territoire régional est le niveau d'action pertinent, voilà qui nous réunit tous.

Affirmer que l'ensemble du système de santé et de notre organisation médico-sociale doit obéir à une cohérence globale pour une optimisation du service rendu au citoyen nous réunit encore.

Inclure, à côté du secteur hospitalier, la coordination de la médecine ambulatoire et du secteur médico-social fait également consensus entre nous.

Pour autant, notre groupe politique s'inquiète d'une recentralisation technocratique de cette décentralisation, aboutissant d'ailleurs à une volonté d'étatisation sans tête, puisque les agences régionales de santé ne sont pas regroupées dans une agence nationale.

**M. Patrick Roy.** Sans parler de la fongibilité asymétrique ! (*Sourires.*)

**Mme Catherine Génisson.** La composition du conseil de surveillance, son périmètre de compétences restreint au regard de celui qui est accordé au directeur de l'ARS : tout cela augure mal de l'expression de la démocratie sanitaire. Le directeur général de l'ARS, nommé en conseil des ministres, voit ses pouvoirs très étendus dans la recomposition territoriale de l'offre de soins, y compris vis-à-vis des directeurs des établissements de santé, qu'il a pouvoir de nommer et de révoquer.

Il a compétence, et tout pouvoir, pour imposer la création d'une communauté hospitalière de territoire ou une fusion d'établissements. Le projet de loi ne pose même pas d'obligation de concertation.

Notre groupe présentera des amendements permettant de corriger ces effets pervers, concernant en particulier la présence des élus régionaux au sein des conseils de surveillance, ainsi qu'une meilleure représentation de l'ensemble des professionnels.

**M. Patrick Roy.** Très bien !

**Mme Catherine Génisson.** Le directeur de l'agence régionale de santé doit appuyer ses propositions et ses décisions, en premier lieu, sur une analyse étayée des besoins de la population du territoire concerné, alors qu'aujourd'hui, ce sont surtout l'activité et le recours aux soins de nos concitoyens qui sont souvent les seuls critères pris en compte. Il est des logiques qu'il convient d'inverser. Je le dis en connaissance de cause, au vu de la situation

dans la région Nord-Pas-de-Calais, et je ne crois pas que Mme la secrétaire d'État me contredira si j'ajoute que c'est un sujet sur lequel nous nous sommes beaucoup rapprochées, et dont nous avons d'ailleurs longuement discuté avec le précédent directeur de l'ARH.

Enfin, le face-à-face entre le directeur de l'agence et le préfet de région, aujourd'hui président du conseil de surveillance, risque d'être mortifère, même si vous faites valoir, à juste titre, madame la ministre, que le préfet de région représente l'ensemble des services de l'État. Surtout, ne construisons pas d'usine à gaz !

Avant de traiter du volet hôpital, je veux m'attarder quelques instants sur la question de l'organisation territoriale des soins.

Si nous apprécions la reconnaissance du volet régional de l'offre de soins en ambulatoire, ainsi que le niveau de médecine de premier recours, nous constatons l'insuffisance des mesures proposées pour endiguer le développement des déserts médicaux. En atteste d'ailleurs le nombre des amendements déposés sur le sujet, et venant de tous les groupes.

Il est des mesures à prendre en urgence : je pense à l'implantation des maisons de santé – nous n'avons pas de désaccord sur ce point –, ou encore à la généralisation de la régulation médicale de la permanence des soins.

La question de l'équilibre entre mesures incitatives et coercitives, concernant tant l'installation que le mode d'exercice des médecins, ne manquera pas de susciter entre nous des débats animés.

**M. Jean-Paul Bacquet.** Bien sûr !

**Mme Catherine Génisson.** Mais nous regrettons le manque de propositions prospectives concernant le mode d'exercice individuel, aujourd'hui obsolète, comme vous l'avez souligné, madame la ministre, ou de nouvelles relations entre la sécurité sociale et les professionnels de santé. Nous ne condamnons pas le paiement à l'acte,...

**M. Jean-Paul Bacquet.** Il est inflationniste !

**Mme Catherine Génisson.** ...mais nous savons très bien qu'il faut imaginer d'autres modes de reconnaissance du travail de nos professionnels de santé. Il faut admettre que le système conventionnel, tel qu'il existe aujourd'hui, est quelque peu dépassé.

Nous regrettons également que la reconnaissance de la spécialité de médecine générale ne se soit pas accompagnée de l'organisation de filières universitaires. Je sais que cela ne relève pas de votre stricte compétence, madame la ministre, mais de celle de la ministre de l'enseignement supérieur,...

**M. Patrick Roy.** Elle est occupée avec Karoutchi !

**Mme Catherine Génisson.** ...mais nos jeunes étudiants ne seront pas incités à choisir cette spécialité tant qu'il ne leur sera pas dispensé un enseignement de médecine générale, et qu'ils n'effectueront pas de stage chez un médecin généraliste. Cela ne vaut pas seulement pour la dernière année, mais dès les stages d'externat. Nous avons beaucoup à faire en la matière.

J'en viens maintenant au volet central de ce texte, le volet hôpital, qui fournit d'ailleurs l'intitulé de votre projet de loi.

Il faut d'abord affirmer haut et fort, madame la ministre, que l'hôpital n'est pas une entreprise.

**M. Patrick Roy.** Eh oui !

**Mme Catherine Génisson.** C'est une histoire de vie partagée entre un patient et les professionnels de santé qui le prennent en charge et l'accompagnent.

Pourquoi, avec mon groupe politique, suis-je si incisive sur ce sujet ? C'est que votre projet de loi nous inquiète au plus haut point. En effet, sur le sujet de l'hôpital en particulier, il ne nous semble pas satisfaire aux exigences du onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946, aux termes duquel la nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

J'ai évoqué, au début de mon propos, l'asphyxie de notre hôpital public. Si l'octroi de moyens supplémentaires n'est pas une fin en soi, c'est pourtant une obligation. Or, 20 000 postes seront supprimés en 2009 si aucun correctif budgétaire n'est apporté. Ce déficit est une conséquence de mesures structurelles prises depuis 2002.

On doit déplorer une tarification à l'activité inadaptée, valorisant l'acte technique plus que l'acte médical, et minorant la prise en charge de la précarité, de la difficulté sociale, même si vous apportez sur ce sujet des correctifs dès cette année.

Le fait pour l'hôpital public de remplir l'ensemble de ses missions a un coût en tant que tel, un coût qui est sous-estimé, y compris aujourd'hui, malgré l'existence des MIGAC.

La réparation budgétaire est nécessaire, obligatoire. Pour autant, elle ne sera pas suffisante, parce que l'hôpital est également asphyxié par son organisation trop technocratique, qui éloigne les soignants de leurs patients, ...

**M. Jean-Paul Bacquet.** Ça, c'est vrai !

**Mme Catherine Génisson.** ...même si nous avons tous à cœur de remercier les personnels hospitaliers pour leur compétence et leur engagement.

La réorganisation de l'hôpital est une nécessité, qui ne doit cependant pas nous faire oublier cette autre nécessité qu'est la réorganisation de l'offre de soins en amont. Je pense notamment à la permanence des soins en ambulatoire : actuellement, près de 70 % des personnes qui se rendent aux urgences en ressortent dans les heures qui suivent, cependant que les personnes âgées sont déracinées de leur lieu de vie pour une simple consultation.

Pour autant, nous dénonçons le titre I<sup>er</sup> tel qu'il nous est présenté. C'est à partir de l'hôpital public que doit être structuré notre système de santé et ce rôle doit être réaffirmé comme tel. Ce n'est que si l'on constate une carence dans l'accomplissement de ses missions qu'il peut y avoir transfert vers les établissements privés.

Par ailleurs, nous ne concevons pas le transfert, au cas par cas, de missions de service public. Nous prônons la définition d'un socle de service public obligatoire, à honorer avant que d'être candidat à d'autres missions de service public. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Patrick Roy.** Ça, c'est bien dit !

**Mme Catherine Génisson.** Ce socle de service public comprend obligatoirement : la permanence des soins ; la lutte contre l'exclusion sociale ; les actions d'éducation et de prévention pour la santé ; les actes de santé publique.

**M. Jean Mallot.** Parfait ! C'est clair, net et précis !

**Mme Catherine Génisson.** Nous inversons totalement la logique de l'article 1<sup>er</sup> de votre projet de loi, parce que nous réaffirmons que c'est d'abord le service hospitalier public qu'il faut mettre en avant.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. C'est exactement ce que j'ai dit dans le texte.

**Mme Catherine Génisson**. Non. La rédaction de l'article 1<sup>er</sup> n'est pas du tout innocente ! Il faut, premièrement, y réaffirmer les missions de l'hôpital public dans leur globalité, deuxièmement, préciser qu'il n'y a recours au secteur privé qu'en cas de carence du service public, et enfin définir le socle du service public.

Au vu du cadre que vous définissez, madame la ministre, caractérisé par un service public segmenté, fragmenté, et par un pouvoir très important du directeur de l'agence régionale de santé, nous craignons fortement l'installation progressive d'une concurrence déloyale entre établissements et la marche vers une privatisation de notre système hospitalier. Votre texte obéit beaucoup plus à une logique gestionnaire qu'à une exigence d'appropriation qualitative de l'offre de soins. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Vous avez rétabli l'existence des établissements privés à but non lucratif, qui participent largement au service public, ce qui est pour nous positif.

Mais, depuis 1945, il existait deux modes d'exercice dans le secteur hospitalier, le public et le privé, qui, même s'ils n'étaient pas exempts d'imperfections, ont permis un bon niveau d'émulation.

Aujourd'hui, le paysage hospitalier privé a considérablement évolué. À côté des cliniques financées par les actionnaires professionnels et des cliniques mutualistes existent désormais des cliniques rachetées par de grands groupes financiers, français ou étrangers, dont les choix de rentabilité risquent de mettre en danger notre système de santé.

**M. Bertrand Pancher**. Heureusement qu'il y a des cliniques privées !

**M. Michel Vergnier**. Elles sont rachetées pour être fermées !

**Mme Catherine Génisson**. Il faut savoir, en effet, que 60 % de l'activité chirurgicale sont le fait du secteur privé, voire 80 % dans certains territoires. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Le rapport Larcher a permis de tirer la sonnette d'alarme sur ce sujet à propos duquel votre texte reste complètement muet. Il faudra y revenir.

Au chapitre II, madame la ministre, vous proposez un changement radical de gouvernance alors même que les pôles, qui reposent sur une organisation transversale de l'hôpital, n'ont pas été totalement mis en place et qu'aucune évaluation ne nous est donc proposée.

**M. Patrick Roy**. C'est inquiétant !

**Mme Catherine Génisson**. Qu'il y ait un capitaine pour diriger le navire-hôpital, personne n'en conteste la nécessité. Un directeur qui rende effective une gestion dynamique de l'hôpital et qui supprime les lourdeurs administratives : trois fois oui ! Mais, paradoxalement, un directeur d'hôpital devient un colosse au pied d'argile quand sa nomination et sa révocation dépendent de la seule décision du directeur de l'agence régionale de la santé.

**M. Patrick Roy**. Voilà qui rappelle le projet sur l'audiovisuel !

**Mme Catherine Génisson**. La gouvernance des établissements publics de santé se trouve bouleversée dans son ensemble par ce projet de loi puisque le conseil exécutif devient le directoire, le conseil d'administration étant, quant à lui, remplacé par le conseil de surveillance.

La logique de l'entreprise privée est, là encore, privilégiée puisque le directoire est présidé par le directeur de l'hôpital, qui a la pleine responsabilité de l'établissement,...

**M. Bertrand Pancher**. Enfin !

**Mme Catherine Génisson**. ...le conseil de surveillance se limitant à l'orientation stratégique et au contrôle de l'établissement public de santé.

**M. Patrick Roy**. Voilà la vérité !

**Mme Catherine Génisson**. Il est des débats qui n'ont plus lieu d'être : opposer pouvoir médical et gestion administrative n'a plus de sens aujourd'hui.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. C'est bien mon avis !

**Mme Catherine Génisson**. Néanmoins, madame la ministre, votre texte entretient une grande confusion entre projet médical et projet d'établissement, le président de la commission des affaires sociales l'a d'ailleurs souligné à sa manière. Dès lors, nous devons avoir de longs débats à propos des diverses responsabilités : celles du directeur, celles du président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire. Pour notre part, nous considérons que le second doit être responsable de l'élaboration du projet médical, en concertation avec tous les acteurs de l'hôpital, tandis que le premier doit l'être de la définition et de l'application du projet d'établissement.

La fonction du directoire, son périmètre, sa définition, ses relations avec le conseil de surveillance devront être largement réexaminés. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé de nombreux amendements à ce sujet. Nous souhaitons également renforcer l'assise du conseil de surveillance et le revaloriser dans son rôle et sa fonction ainsi que dans sa représentativité.

Ces sujets sont au cœur de nos débats politiques : démocratie sanitaire et exigence qualitative doivent trouver leur traduction dans une meilleure représentation des élus dans les conseils de surveillance mais aussi des personnels soignants non médicaux des hôpitaux et des acteurs de la santé concernés, à travers tout le territoire.

Le conseil de surveillance, tel qu'il est défini dans votre projet de loi, madame la ministre, obéit à une vision administrative, centralisée, bureaucratique alors même que cette instance doit avoir la possibilité de se prononcer sur la stratégie de l'établissement, sur la politique de sécurité et de qualité des soins et sur la coopération hospitalière, dans le cadre de communautés hospitalières du territoire. Nos débats promettent d'être riches sur tous ces sujets.

Au-delà de la gouvernance, madame la ministre, il est un sujet que vous oubliez totalement : le statut des personnels hospitaliers, en particulier des praticiens hospitaliers. Vous mettez simplement en place un statut de médecin contractuel, pour faire face sans doute au difficile problème de ces médecins que l'on qualifie, de façon abusive, de « mercenaires », mais qui sont des professionnels de grande qualité, qui ne participent ni au projet médical ni au projet d'établissement, compte tenu de leur présence trop restreinte.

Votre proposition est pour le moins restrictive, eu égard à l'enjeu que représente la présence médicale au sein des hôpitaux. Nous y reviendrons au cours de nos débats ainsi qu'aux autres manques de votre projet de loi, madame la ministre.

Quant aux communautés hospitalières de territoire, elles constituent, j'en conviens, une proposition intéressante.

**M. Bertrand Pancher.** Ah !

**Mme Catherine Génisson.** Mais à condition qu'elles servent une volonté d'optimiser les soins, dans une logique de complémentarité et non d'économies.

**M. Guénaël Huet.** Tout à fait !

**Mme Catherine Génisson.** Ces communautés doivent être conçues de façon collégiale et imaginative. Il convient de les définir en fonction de larges périmètres permettant de faire travailler ensemble des établissements hospitaliers de différents niveaux, de l'hôpital de proximité à l'hôpital général, en passant, pourquoi pas ? par les centres hospitalo-universitaires, afin d'offrir à nos concitoyens une médecine de qualité, au plus près de leurs besoins, par exemple grâce à des consultations avancées et à des services d'urgences pré-hospitalières. Beaucoup d'autres propositions devraient conduire à établir un meilleur maillage territorial. Il s'agirait en particulier de ne pas cantonner nos hôpitaux locaux au seul accueil des personnes âgées, même si cela constitue une mission importante. Et pour satisfaire à ces besoins, une structure fédératrice semble plus adaptée que de simples propositions d'intégration.

Avant de conclure, permettez-moi de vous dire, madame la ministre, que votre projet de loi est à contretemps pour ce qui est de son volet relatif à l'hôpital. Nous avons peu évoqué la situation des hôpitaux universitaires et pour cause : très peu d'articles leur sont consacrés, contrairement à ce qui était prévu il y a seulement quelques mois.

Une mission présidée par le professeur Marescaux, installée par le Président de la République, est chargée d'une large réflexion censée aboutir à des propositions fortes. Comment peut-on traiter de l'hôpital, de l'organisation de notre système de santé sans prendre en compte la situation des centres hospitalo-universitaires, qui sont au cœur de l'organisation de notre système de santé ? En matière d'offre de soins, madame la ministre, vous avez vous-même expliqué qu'ils pouvaient jouer le rôle d'hôpitaux de proximité et qu'ils en faisaient d'ailleurs office la plupart du temps. Il s'agit également de prendre en compte les missions de recherche, que vous souhaitez un peu facilement déléguer au secteur privé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Ah bon !

**Mme Catherine Génisson.** Elles figurent parmi les missions de service public pouvant être déléguées au secteur privé, aux termes de l'article 1<sup>er</sup>, madame la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* En cas de carence !

**Mme Catherine Génisson.** Il existe un réel problème de méthodologie, auquel il nous faut remédier. Cette loi est certes attendue mais elle n'est pas suffisamment cohérente et globale, rendant nos débats forcément incomplets. Pour cette simple raison, nous devrions attendre les conclusions de la mission Marescaux, à moins qu'on ne considère qu'elle n'a que peu d'importance.

Compte tenu des propos que vous avez tenus, madame la ministre, ainsi que de la déclaration d'urgence dont ce texte fait l'objet, il serait inacceptable que seul le Sénat puisse débattre des propositions de la commission. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Marcel Rogemont.** Nous attendons des réponses précises, madame la ministre !

**Mme Catherine Génisson.** Pour conclure, je veux vous faire part de ma profonde déception devant ce projet de loi. Vous vouliez en faire la plus grande réforme du système de santé depuis 1958. Or aucune solution n'est proposée pour régler les problèmes réels que vous soulevez, qu'il s'agisse de la régulation des dépenses de santé, des règles relatives à l'installation des praticiens, aujourd'hui trop floues, de l'évaluation des soins, de l'amélioration de l'accès au système de santé ou de la nécessaire élaboration de politiques de prévention. De surcroît, loin de vous attaquer aux inégalités sociales et territoriales, vous les accentuez.

Le vote de cette exception d'irrecevabilité se justifie pleinement par le fait que ce projet de loi ne respecte pas le onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946, à valeur constitutionnelle, aux termes duquel la nation garantit à tous la protection de la santé.

J'invite donc la représentation nationale à adopter cette exception d'irrecevabilité. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Madame Génisson, permettez-moi tout d'abord de souligner les nombreux points d'accord avec le Gouvernement que vous avez bien voulu mentionner, qu'il s'agisse d'analyses partagées ou de pistes communes, dont nous avons souvent eu l'occasion de discuter ensemble auparavant.

La défense de cette exception d'irrecevabilité fait partie du jeu parlementaire. En réalité, je ne vois pas vraiment en quoi ce texte, qui vise à améliorer notre système de santé, serait contraire à la Constitution.

Les observations que vous avez formulées sont marquées par la confusion, l'approximation et le paradoxe.

Tout d'abord, il ne s'agit pas d'une loi de financement mais bien d'une loi d'organisation. Nous avons déjà pu discuter de certaines dispositions et, par exemple, des nouveaux modes de rémunération, inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, et dont nous sommes en train d'élaborer les maquettes.

Ensuite, vous faites des procès d'intention au Gouvernement en contradiction totale avec le texte.

Enfin, j'en viens au paradoxe. Vous avez émis des critiques parfaitement recevables.

**M. Marcel Rogemont.** Légitimes !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Légitimes en un sens : vous avez fait votre travail d'opposante. Mais puisque vous avez tant de choses à dire sur ce texte, il importe d'en débattre au lieu d'en reporter la discussion. Je vous invite donc, mesdames, messieurs de la majorité et de l'opposition, à ne pas voter cette exception d'irrecevabilité afin que nous puissions enfin discuter de ce qui a suscité tant d'observations de la part de Mme Génisson. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** Dans les explications de vote, la parole est à Mme Marie-Anne Montchamp, pour le groupe UMP.

**Mme Marie-Anne Montchamp.** Monsieur le président, madame la ministre, messieurs les présidents de commission, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, nous avons écouté avec beaucoup d'attention Mme Génisson, dont l'intervention nous conduit à formuler trois remarques.

Tout d'abord, madame, nous pourrions volontiers vous suivre lorsque vous identifiez dans ce texte tous les points qui font consensus entre nous : la pertinence du maillage régional, la recherche d'une cohérence globale, l'intelligence de l'articulation entre secteur sanitaire et secteur médico-social, la conception radicalement nouvelle du patient, non plus réduit à sa maladie mais considéré dans toute la plénitude de son être, aux côtés de sa famille, dans son environnement de santé, je dirai même sur son territoire.

Nous pourrions même vous accompagner un peu plus loin et vous suivre encore lorsque vous réclamez un débat sur la prospective – sujet très intéressant –, sur l'articulation entre sécurité sociale et professions de santé ou encore sur la question même des filières dans le domaine de la médecine générale.

En revanche, madame, la consternation commence à s'emparer de nous quand vous faites un procès infondé à ce texte. Tout se passe comme si vous vous trompiez de cible. Comme vient de le rappeler Mme la ministre, il s'agit d'un texte d'organisation. Nous souhaitons tous ardemment la pérennité de notre système de santé afin qu'il continue de nous apporter la qualité de soins que nous lui connaissons. Aussi est-il souhaitable qu'il bénéficie enfin d'une organisation moderne...

**M. Marcel Rogemont.** « Moderne », c'est un concept creux !

**Mme Marie-Anne Montchamp.** ...et d'un mode de pilotage adapté. Dès lors, quand vous dénoncez une approche technique là où il y a une vision réformatrice, vous faites erreur. Quand vous invoquez l'argument du manque de financements à l'encontre d'une réforme avant tout organisationnelle, vous persistez dans l'erreur. Quand vous cherchez à opposer les impératifs de la démocratie sanitaire aux besoins structurels de pilotage, fondés sur les territoires et l'intérêt général, vous vous trompez encore.

Vous vous égarez aussi quand vous parlez d'usine à gaz, de complexité. Imaginons ce qui se produirait si le Gouvernement avait décidé de ne pas présenter ce texte fondateur maintenant,...

**M. Christian Paul.** C'est une coquille vide !

**Mme Marie-Anne Montchamp.** ...quitte à le faire demain, au détour d'une loi sur la santé mentale, d'une loi de financement de la sécurité sociale, ou à la faveur de rapports et de missions qui pourraient orienter notre système de santé.

Mes chers collègues du groupe SRC, je vous le dis avec force : nous combattons cette exception d'irrecevabilité autant que cela nous sera possible. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour le groupe Nouveau Centre.

**M. Jean-Luc Prével.** Madame Génisson, même si la motion de procédure que vous venez de défendre est intéressante et si j'ai pour vous beaucoup d'admiration, ... (« Ah ! » *sur les bancs du groupe UMP et du groupe SRC.*)

**M. Marcel Rogemont.** Ça commence comme ça !

**M. Patrick Roy.** C'est un aveu !

**M. Jean-Luc Prével.** ...je ne puis vous suivre car je n'ai entendu aucun argument démontrant l'inconstitutionnalité du texte.

En réalité, ce texte est nécessaire. Nos concitoyens l'attendent parce que notre système de santé connaît une crise très grave, à la fois organisationnelle, morale et financière. Ils ont peur de ne pas pouvoir trouver des médecins sur l'ensemble du territoire...

**M. Jean-Paul Bacquet.** C'est vrai !

**M. Jean-Luc Prével.** ...parce qu'il est difficile actuellement de remplacer ceux qui partent à la retraite, notamment dans certaines zones, et ils ont peur de ne pas en trouver qui pratiquent des tarifs opposables, c'est-à-dire remboursables.

Il nous faut donc répondre à ces inquiétudes en proposant des soins de qualité. La formation continue des médecins doit être obligatoire, évaluée et financée. Il faut mettre en œuvre des référentiels de bonne pratique en s'appuyant sur la Haute autorité de santé.

S'agissant de la répartition des médecins sur le territoire, nous y reviendrons longuement puisque nous proposons des mesures incitatives qui, nous l'espérons, permettront de résoudre une partie des problèmes.

Madame la ministre, il faut également proposer des tarifs remboursables, des tarifs opposables. À cet égard, il serait judicieux d'envisager une généralisation du secteur optionnel sur l'ensemble du territoire et non le réserver aux plateaux techniques qui ne posent pas de problème majeur.

La création des ARS permet de mieux organiser notre système de santé au niveau régional, bien que ces structures soient quelque peu technocratiques. Nous aurons besoin de renforcer le pouvoir des conférences régionales de santé pour mieux prendre en compte les besoins de santé de la population et les directeurs des ARS devront rendre compte devant les conférences régionales de santé de leurs projets, notamment des schémas régionaux divers.

Une nouvelle gouvernance de l'hôpital est également indispensable. Mais pour qu'un hôpital fonctionne bien, un accord est nécessaire entre le directeur, le président du conseil de surveillance et la CME. Le projet médical doit prendre en compte les besoins de santé de la population et le projet médical doit être voté par la CME. Cette mesure nécessaire est très attendue.

Madame la ministre, vous avez indiqué, à plusieurs reprises, que vous étiez à l'écoute de nos propositions et amendements. Je considère que le présent texte mérite d'être quelque peu amélioré. Voilà pourquoi j'ai déposé 200 amendements. Une fois que nous l'aurons amendé, nous aurons un texte excellent que nous pourrions voter. Comme il est indispensable de poursuivre la discussion de ce projet, le groupe Nouveau Centre ne votera pas l'exception d'irrecevabilité. (*Applaudissements sur les bancs des groupes NC et UMP – « Oh ! » sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** Pour le groupe SRC, la parole est à M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt.** Dans la brillante intervention qu'elle vient de faire, Mme Génisson a indiqué les deux raisons pour lesquelles le groupe SRC votera l'exception d'irrecevabilité.

D'abord, ce texte souffre d'une erreur fondamentale dans la mesure où vous sommez l'hôpital d'être compétitif, répondant en cela d'ailleurs au vœu émis par le Président de la République dans son discours de Bletterans, lorsqu'il a défini la politique de santé. Vous êtes favorables à une logique d'« hôpital entreprise », qui doit être compétitif par rapport au secteur privé et qui doit réduire ses coûts.

Le projet de loi indique que l'hôpital absorbe 64 % des dépenses de soins, pour une moyenne de moins de 50 % dans les pays de l'OCDE. Madame la ministre, ce chiffre de 64 % est erroné, la Fédération hospitalière de France, qui trouve par ailleurs à votre texte quelques mérites, ayant évalué ces dépenses publiques hospitalières proprement dites à moins de 35 %

des dépenses de l'assurance maladie, et ce taux est inférieur si l'on considère les dépenses de santé en général.

J'ajoute que la part des dépenses de l'hôpital public dans les dépenses d'assurance maladie consacrées à l'hospitalisation n'a cessé de diminuer depuis vingt ans, tombant de 42 % à 34 % du budget de l'assurance maladie.

Voilà pourquoi cette notion selon laquelle l'hôpital public doit être contraint par ces budgets est dangereuse.

Le Président de la République a répété récemment que l'hospitalisation, à la fois publique et privée, avait bénéficié de 23 milliards d'euros en dix ans. Mais il a oublié de dire que, dans le même temps, la médecine de ville avait bénéficié de 30 milliards d'euros de dépenses supplémentaires.

Nous sommes aujourd'hui face à une contrainte budgétaire – 800 millions d'euros de déficit à la fin de l'année dernière – et nous avons un mode d'application de la T2A aveugle qui ne tient pas compte, ou ne tient compte qu'à la marge, des pathologies des patients hospitalisés et qui vise à imposer une convergence à marche forcée entre le public et le privé. Tout cela conduira cette année, si l'on veut réduire les déficits, à la suppression de 20 000 emplois.

S'agissant des urgences, il ne s'agit selon vous que d'un problème d'organisation. C'est d'ailleurs ce que pense aussi le secrétaire national de l'UMP chargé de la santé, le Dr Juvin, qui est présenté parfois comme votre successeur. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Pas vous, monsieur Bapt !

**M. Gérard Bapt**. Lorsque je me suis rendu aux urgences de Toulouse, j'ai constaté qu'était apparu un nouvel indicateur de suivi de l'activité des urgences, celui du nombre de patients couchés dans les couloirs !

**M. Jean Mallot**. On l'appelle le Juvin !

**M. Gérard Bapt**. Ce phénomène explique parfois, en partie au moins, les erreurs douloureuses de la période récente.

**M. le président**. Monsieur Bapt, il faut conclure !

**M. Gérard Bapt**. J'en viens maintenant au second motif d'inconstitutionnalité de ce texte introduit en urgence devant le Parlement, à savoir que des éléments très importants concernant les centres hospitaliers universitaires pourraient ne pas être examinés par l'Assemblée nationale mais seulement par le Sénat. Notre assemblée serait donc privée de délibération sur cet aspect de la réorganisation de l'hôpital.

**M. le président**. Monsieur Bapt !

**M. Gérard Bapt**. En ce qui concerne l'organisation des soins, une taxe sur le chiffre d'affaires des médecins pourrait être introduite au Sénat.

Voilà donc deux éléments que le président du Conseil constitutionnel, héritier du père des réformes de 1958 instituant les CHU, aura sans doute à juger. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président**. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour le groupe GDR.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Madame la ministre, ce projet nous préoccupe au plus haut point, sur la forme et surtout sur le fond. Il ne déroge pas aux méthodes employées depuis deux ans par ce nouveau Gouvernement.

Comme avec les précédents textes que nous avons été amenés à examiner, il s'agit avant tout de communiquer sur une volonté de réforme dont, au bout du compte, le contenu incomplet et partiel importe moins que l'affichage politique de cette volonté.

**M. Marcel Rogemont.** Très bien !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Il en était de même concernant le service minimum à l'école ou dans les transports ou encore s'agissant du RSA, pour ne citer que ces exemples.

Il s'agit également de ne pas écouter les mises en garde et les oppositions des urgentistes, des associations de patients, des praticiens, des cadres hospitaliers et même de certains députés de votre majorité qui vous alertent depuis des mois sur les insuffisances et les dangers de ce projet de loi.

Il s'agit ensuite d'appliquer à l'hôpital, et plus généralement à la santé, les mêmes vieilles recettes que sont l'autoritarisme et l'étatisation, faisant fi de toute idée de concertation et de démocratie sanitaire.

Ce texte prétend régler tous les problèmes de l'hôpital et de l'organisation des soins en désignant des chefs, dont les pouvoirs ne sont limités que par l'autorité du chef placé au-dessus d'eux. Telle est votre conception. De ce point de vue, ce texte présente des similitudes assez troublantes avec la loi LRU qui réforme l'université : même volonté de tout régler par la désignation d'un seul chef et même obsession de juger les pratiques des médecins comme celles des enseignants par des moyens technocratiques.

Dernier point commun à toutes les réformes que vous exhibez fièrement : celle-ci, comme les autres, aura pour effet l'inverse de l'objectif affiché. Vous prétendez sauver l'hôpital public auquel vous vous dites très attachés, mais en fait vous organisez consciencieusement, et en affirmant le contraire, son déclin progressif au bénéfice du privé.

Tout, dans ce texte, va dans le même sens. Il s'agit de gommer ce qui fait la spécificité de l'hôpital public. Ainsi, loin de résoudre les difficultés, les dispositions proposées ne font que les accentuer.

**M. Marcel Rogemont.** Exactement !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Suite aux nombreuses fermetures d'hôpitaux de proximité, certaines régions sont ou seront dépourvues de service public hospitalier. Vous en prenez acte et, plutôt que de revenir sur ces fermetures hâtives, ordonnées en dépit des besoins et de toute organisation sanitaire, vous vous contentez de prévoir la possibilité pour les cliniques privées de remplir des missions de service public. C'est tout de même fabuleux : on ferme des hôpitaux publics et on confie au privé des missions de service public !

**M. Patrick Roy.** Incroyable !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre de la santé.* Nous n'avons fermé aucun hôpital public !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Et que se passera-t-il lorsque les actionnaires de ces cliniques les jugeront insuffisamment rentables et les fermeront ?

Vous le voyez, ce texte porte clairement atteinte à l'égal accès de tous les citoyens à des soins de qualité. En ce sens, il est contraire au préambule de la Constitution. C'est pourquoi cette

exception d'irrecevabilité est justifiée et nous la soutiendrons. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et SRC.*)  
(*L'exception d'irrecevabilité, mise aux voix, n'est pas adoptée.*)

#### **4 - Ordre du jour de la prochaine séance**

**M. le président.** Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :  
Suite du projet de loi sur la réforme de l'hôpital.  
La séance est levée.

(*La séance est levée à dix-neuf heures quarante.*)  
*Le Directeur du service du compte rendu de la séance de l'Assemblée nationale,*  
Claude Azéma