

Assemblée nationale
XIII^e législature
Session ordinaire de 2008-2009

Compte rendu
intégral

Deuxième séance du mercredi 11 février 2009

Présidence de M. Bernard Accoyer

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1- Questions au Gouvernement

[...]

Réforme de l'hôpital

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, pour le groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

M. Gérard Bapt. Ma question s'adresse à Mme la ministre de la santé et concerne la grande détresse dans laquelle se trouve l'hôpital public (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*), détresse aggravée par un projet de réforme qui pourrait le conduire à l'implosion.

Madame la ministre, alors que la dette des hôpitaux atteignait, à la fin de l'an dernier, 800 millions d'euros et que tous les centres hospitalo-universitaires, sauf un, étaient déficitaires, vous affirmez qu'il ne s'agit pas d'un problème de moyens.

Alors que la Fédération hospitalière de France annonce 20 000 suppressions d'emploi dans le cadre de multiples plans de redressement budgétaire, vous persistez à affirmer qu'il ne s'agit pas d'un problème de moyens.

Alors qu'un hebdomadaire paraissant le mercredi cite un professeur, chef de service de psychiatrie à Henri-Mondor, selon lequel on ne peut empêcher les fugues de malades psychiatriques parce qu'il fait trop froid dans les chambres, parce que les fenêtres ne ferment plus et qu'il n'y a pas de barreaux ni de grilles aux fenêtres (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*), vous vous obstinez à affirmer qu'il ne s'agit pas d'un problème de moyens.

En vérité, la feuille de route qui vous a été donnée par le Président de la République est intenable. Au reste, celui-ci a proféré une énormité lorsqu'il a récemment affirmé, dans un discours à Bletterans, que l'hôpital représentait 64 % des dépenses de l'assurance maladie. En

effet, non seulement il ne représente que 32 % de ces dépenses, mais son coût relatif ne cesse de diminuer depuis dix ans, car il est bien le seul à respecter l'ONDAM hospitalier.

Madame la ministre, allez-vous obtenir que les financements nécessaires soient enfin accordés aux hôpitaux ? Si tel n'était pas le cas, votre réforme de l'hôpital ne serait que l'instrument de son étranglement financier (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*), aux dépens de l'accès aux soins de la très grande majorité de nos compatriotes, qui, eux, ont une grande confiance dans l'hôpital public. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

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 Bapt, votre question me permet de rétablir un certain nombre de vérités. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) L'hôpital, et tout particulièrement l'hôpital public, a besoin de moyens et d'organisation ; nous lui donnons l'une et les autres.

Parce que l'hôpital a besoin de moyens, l'ONDAM hospitalier inscrit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale est en augmentation de 3,1 %, c'est-à-dire beaucoup plus que la richesse nationale. Par ailleurs, le plan Hôpital 2012 va permettre d'investir, dans les quatre années qui viennent, 10 milliards dans l'hôpital public.

Non, monsieur le député, le déficit des hôpitaux n'est pas inéluctable.

M. Pierre Gosnat. Quand il n'y aura plus de malades, les hôpitaux ne seront plus déficitaires !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Dois-je rappeler que 54 % des établissements hospitaliers publics sont à l'équilibre ou en excédent budgétaire et que 80 % du déficit de l'hôpital public se concentrent sur 7 % des établissements et 60 % du déficit des CHU sur cinq établissements ?

Certes, il peut y avoir des ajustements en personnel. Mais cela ne doit pas masquer la vérité : l'hôpital public embauche, crée des emplois. Depuis 2000, l'effectif hospitalier a augmenté de 11,4 % et il augmentera encore cette année. Ainsi, dans les deux ans qui viennent de s'écouler, les urgences ont créé 5 200 postes nouveaux à l'hôpital public.

M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse. C'est faux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Enfin, la tarification à l'activité a rétabli la justice dans le financement des établissements (*Protestations sur les bancs du groupe SRC*),...

M. Christian Bataille. Ce n'est pas vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...qui étaient financés de manière injuste par la dotation globale. Du reste, ceux qui ont bénéficié de la tarification à l'activité sont plus nombreux que ceux qui y ont perdu.

M. Jean-Paul Lecoq. C'est faux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Non seulement nous donnons des moyens nouveaux à l'hôpital public, mais nous favorisons également sa réorganisation, car et l'une et les autres sont nécessaires. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

[...]

2 - Réforme de l'hôpital

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de 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^{os} 1210 rectifié, 1441, 1435).

Discussion générale (suite)

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs inscrits dans la discussion générale.

La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Monsieur le président, madame la ministre de la santé et des sports, monsieur le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le texte que vous nous présentez a l'ambition, dites-vous, de réformer l'hôpital, d'améliorer l'accès aux soins, de réorganiser notre système de santé, notamment par la création des agences régionales de santé.

Des améliorations sont nécessaires, une réorganisation est souhaitable et les Verts se battent depuis longtemps pour passer d'un système de soins à un système de santé, et donc passer des agences régionales d'hospitalisation aux agences régionales de santé. Ce programme pourrait donc à première vue paraître prometteur. Mais tout se dégrade quand on entre dans le vif du sujet.

Revenons d'abord sur le diagnostic de notre système de santé : la dégradation de nos hôpitaux publics dont une majorité est en déficit budgétaire chronique ; l'épuisement des personnels de ces mêmes hôpitaux, qui amène nombre d'entre eux à les fuir ; le manque de professionnels de santé en certains points du territoire national et l'insuffisance du nombre de médecins formés ; le problème de la permanence des soins le soir, le week-end, les jours fériés et pendant les périodes de vacances, qui provoque un engorgement des services d'urgence ; les dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents et de plus en plus élevés ; l'accroissement constant des affections de longue durée, causées notamment par l'épidémie de cancers ou encore de diabète.

Vos propositions répondent-elles à ces questions ? Non.

Les dépassements d'honoraires, y compris en secteur 1, conduisent à une médecine à plusieurs vitesses. La célèbre expression « tact et mesure » ne veut concrètement rien dire. De ce fait, de nombreux patients renoncent à se soigner ou en retardent le moment. En fin de compte, les pathologies s'aggravent et le coût des soins s'alourdit. Sur toutes ces questions, le projet de loi est muet.

La nouvelle réforme de l'hôpital intervient alors que l'hospitalisation publique est sous tension du fait des différents bouleversements que vous avez mis en place depuis 2002. La tarification à l'activité – la T2A –, établie sans tenir compte de la réalité complexe des prises en charge des patients à l'hôpital – à titre d'exemple, plus de 700 types d'actes chirurgicaux sont effectués par l'APHP contre 70 types d'actes seulement répertoriés dans les cliniques privées d'Ile-de-France –, n'a pas été évaluée, pas plus que l'impact de la création des pôles de santé. Or la T2A asphyxie l'hôpital.

La précipitation dans laquelle se sont succédé ces mesures n'a à aucun moment laissé le temps à la communauté médicale de repenser ses missions et son organisation dans l'intérêt des malades. Le projet que vous nous soumettez conduit une fois de plus à une logique de résultats financiers à court terme et même à très court terme. Un an, en effet !

De plus, au lieu d'impliquer les professionnels, de les associer pour redonner vie à la communauté hospitalière, le directeur de l'hôpital fixera seul les objectifs. Cela est dans la droite ligne du pouvoir personnel des « managers » que vous développez dans tous les secteurs : écoles, lycées, universités et hôpitaux. À croire que vous cherchez à attiser les conflits à l'intérieur de l'hôpital !

L'existence d'un conseil d'administration orientant la politique interne, c'était l'assurance que le projet d'établissement faisait au moins l'objet d'un débat. Ni le conseil de surveillance, qui n'interviendra plus qu'après coup et n'aura donc plus de réel pouvoir, ni le directoire, dont les membres seront choisis par le directeur de l'hôpital, ne seront réellement en mesure de débattre et de régler les problèmes rencontrés.

De plus, ces directeurs d'hôpitaux ne seront que des managers, parfois étrangers aux questions de santé, et qui n'auront comme seul objectif que la rentabilité à n'importe quel prix ; ce qui se traduira nécessairement par la fermeture de lits et des réductions de personnel. La moindre des choses serait d'ailleurs de rendre obligatoire le passage de ces futurs directeurs d'hôpitaux par l'école de Rennes.

En permettant que le privé accueille des internes, vous amputez l'hôpital public de personnels qui lui permettent d'assurer ses missions mais aussi de renouveler ses cadres. En transférant ainsi les missions de service public au secteur privé, ce sont les racines de l'hôpital public que vous proposez de couper.

Enfin, malgré vos déclarations, le manque de personnel reste criant. Je veux vous citer les propos d'une infirmière de l'hôpital de Saint-Étienne, très découragée, qui voit un à un ses collègues quitter leur métier : « Depuis deux mois, une de mes collègues infirmières a démissionné et n'est pas remplacée, une autre est en arrêt de travail, lequel risque d'être prolongé, et n'est pas non plus remplacée. Nous ne sommes donc plus que six infirmiers au lieu de huit à assurer un roulement sur quatre semaines, jours de semaine, week-ends et jours fériés compris. Samedi dernier, une autre collègue s'est arrêtée et, comme elle était la seule infirmière du soir, il n'y avait personne pour prendre la relève du matin. C'est un infirmier des urgences qui a été détaché. »

Cela m'amène à vous parler de la permanence des soins. Elle suppose en premier lieu la réorganisation de l'offre de soins en amont, dans la mesure où 70 % des personnes qui passent par les urgences ne sont pas hospitalisées. Or la permanence des soins hors hôpital n'est toujours pas réglée, le développement des maisons de santé est beaucoup trop lent et vous

retardez encore des mesures efficaces pour l'installation de médecins dans les zones déficitaires. Le maillage territorial est indispensable : encore faut-il qu'il tienne compte des spécificités géographiques et démographiques locales.

Le même constat alarmant peut être fait pour l'éducation à la santé ou à la nutrition, ou encore en matière de prévention ou de recherche. Votre acharnement à vouloir traiter à part les questions de santé publique reste incompréhensible – il nous faudra ainsi attendre l'automne, voire l'hiver 2010 pour aborder ces réformes. Comment, en effet, organiser notre système sans se donner des objectifs clairs en la matière ? Comment évaluer les moyens sans se poser la question des besoins et des objectifs à atteindre ? La question est donc éludée et les seuls éléments présentés sont indigents. Je n'aurai pas la méchanceté de m'étendre longuement sur l'article 25, consacré pour l'essentiel à l'interdiction des cigarettes aromatisées.

C'est pourtant en développant au plus vite des politiques ambitieuses de prévention et d'éducation à la santé que nous trouverons des gisements sérieux d'économies. En effet, ce sont les maladies chroniques qui grèvent le plus le budget de la santé. Leur origine est due en grande partie à la commercialisation de préparations culinaires trop salées, trop sucrées, trop grasses, à une publicité omniprésente incitant à consommer de tels aliments déséquilibrés et à l'exposition aux multiples polluants qui nous entourent – plus de 30 000 composants chimiques dans notre vie quotidienne chez soi, dehors ou au travail.

Nous absorbons ainsi une très grande variété de pesticides tous les jours, mais votre loi ignore ces questions, comme elle ignore les questions de prévention sanitaire en matière de téléphonie mobile, de Wifi et, plus largement, d'ondes électromagnétiques ainsi qu'en matière de nanotechnologies. De façon symptomatique, elle ne confie pas aux agences régionales de santé de missions de santé environnementale, même quand celles-ci sont déjà inscrites au code de Santé publique, comme pour les eaux potables, les eaux de baignade et l'insalubrité des logements. Sans réponses dans ces domaines, il sera impossible d'arrêter les déficits à moyen et à long termes, mais aussi et surtout d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population.

La mise en place des agences régionales de santé – les ARS – aurait sans doute pu être le socle d'une grande réforme du système de santé, en rapprochant les lieux de décision du terrain et en passant d'une logique de soins à une logique de santé. Mais vous allez mettre à la tête de ces agences de véritables « préfets sanitaires », dont les pouvoirs exorbitants vont corseter le système. C'est une véritable étatisation technocratique qui se profile, écartant à la fois les collectivités territoriales, les caisses de sécurité sociale, mais aussi les professionnels de santé, tout comme les représentants des usagers. Ce refus d'appliquer le principe de subsidiarité est un non-sens, antidémocratique.

S'ajoute enfin à ce panorama une complexité des systèmes de décision digne d'un autre temps. Ainsi, le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé devrait être présidé par le préfet de région. Cela promet de belles batailles de pouvoir en perspective, mais sans doute ne fallait-il pas froisser le ministère de l'intérieur et le corps préfectoral !

Comme toutes les réformes de santé et de sécurité sociale depuis 2002, celle-ci risque d'être un échec du point de vue de la diminution des déficits et de l'amélioration de la santé publique, parce qu'elle ne s'inscrit à aucun moment dans une perspective à long terme. Mais nous pouvons deviner que, derrière votre projet, se cache la volonté de restreindre l'accès à la santé publique pour mieux justifier à terme une privatisation.

Ce texte n'apporte donc de réponse ni aux questions posées ni aux problèmes rencontrés. Sa conception est étatique, technocratique et gestionnaire, elle tourne le dos à toute avancée vers une démocratie sanitaire. Votre réforme de l'hôpital est à ce titre très significative, puisque le pouvoir de décision sera concentré dans les mains du directeur.

Or c'est d'une réelle décentralisation que nous avons besoin, avec des agences régionales de santé assurant le lien entre des objectifs nationaux et leur traduction sur les territoires. Comme le disent les juristes, la déconcentration, c'est le même marteau qui frappe, seul le manche est plus court ! La déconcentration ne fait pas avancer la démocratisation du système de santé. La déconcentration n'est pas la décentralisation.

M. Pierre Cardo. Ça, on le savait !

Mme Martine Billard. Cette loi nous fait revenir sur quarante ans de politique de décentralisation. Dès lors, vous comprendrez que les députés verts comme l'ensemble des députés du groupe GDR abordent ce débat avec un certain pessimisme, espérant toutefois, madame la ministre, que, durant l'examen de ce texte, vous prendrez la mesure de la situation et tiendrez compte de nos remarques, de nos propositions et de ce que disent à l'extérieur l'ensemble des personnels des hôpitaux et de la santé, pour aboutir à un texte qui remette au cœur du système de santé les patients, les professionnels et les élus locaux. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et SRC.*)

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

M. Jean Leonetti. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le rapporteur, monsieur le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, mes chers collègues, dans le temps qui m'est imparti, je limiterai mon propos à l'hôpital public, d'abord parce qu'il s'agit d'un problème essentiel et ensuite car j'y ai appris un peu plus que mon métier.

L'hôpital, vous le savez, madame la ministre, n'est pas un service public comme les autres. Il est ouvert 365 jours par an, de jour comme de nuit, pour recevoir toutes les misères et toutes les difficultés, toutes les pathologies. C'est un lieu de soins, d'enseignement et de haute technicité. Il est le lieu du premier secours comme du dernier recours, il est l'ossature essentielle de notre couverture sanitaire.

Vous le savez aussi, l'immense majorité des gens qui y travaillent sont compétents et dévoués. Ils sont là par choix et par vocation, avec l'intime conviction que leur action doit aider les plus fragiles et les malades, et que c'est là l'essentiel de leur mission.

Aujourd'hui, l'hôpital est malade de l'ampleur de ses ambitions et de ses missions, qui s'étendent de la recherche la plus technique à la solidarité la plus humaine.

Il assure souvent seul la couverture sanitaire de notre pays ainsi que la continuité des soins.

Il souffre d'un manque d'attractivité, d'une lenteur et d'une rigidité administrative qui le pénalisent par rapport au secteur privé, de cloisonnements stériles et de morcellement territorial.

Les médecins et les soignants quittent aujourd'hui l'hôpital parce qu'on leur propose à l'extérieur des tâches mieux rémunérées et moins pénibles. L'hôpital est lent à recruter, lent à retenir les meilleurs, lent à s'adapter et à reclasser des professionnels qui ne remplissent plus ou pas leur mission de service public.

L'hôpital est morcelé, cloisonné entre services, entre établissements voisins. Il souffre du manque de synergies avec la médecine de ville ou le secteur médico-social à cause d'une mauvaise organisation mais également du fait de l'immobilisme, voire du corporatisme de certains.

L'hôpital est enfin fragilisé par la tarification à l'activité, face à une activité privée qui a su s'organiser, se regrouper, attirer des équipes compétentes et quelquefois, aussi, choisir les pathologies les plus rentables. La tarification à l'activité est-elle un but ou un moyen ? Pour nous, ce n'est pas un but en soi, mais c'est un moyen d'évaluation.

L'hôpital a besoin de réformes ; il a besoin de cette réforme.

Mon engagement pour l'hôpital, vous le savez, ne date pas d'hier ; il y a plus de quarante ans que j'ai pénétré pour la première fois dans un hôpital...

M. Bernard Debré. Vous y êtes né, sans doute ! (*Sourires*)

M. Pierre Cardo. Et c'était bénévole ! (*Sourires*)

M. Jean Leonetti. ...et je continue à y exercer, comme attaché, un certain nombre de missions.

Eh oui, je suis entré dans un hôpital à vingt ans, et j'en ai soixante aujourd'hui !

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.* Cela ne se voit pas !

M. Jean Leonetti. Cela fait quarante ans passés avec une blouse sur les épaules.

M. Bernard Cazeneuve. Vous comptez bien, dans la majorité !

M. Jean Leonetti. J'ai exercé toutes les fonctions : j'ai été praticien hospitalier, chef de service, président de commission médicale et président du conseil d'administration. Aujourd'hui, aux côtés de Claude Évin, j'ai la mission d'assurer la vice-présidence de la Fédération hospitalière de France.

La Fédération a débattu, à la fois au niveau national et au niveau régional ; et nous pensons que cette loi est nécessaire, non seulement à la survie de l'hôpital mais aussi à la dynamique que doit retrouver le service public hospitalier.

M. Pierre Cardo. Très bien !

M. Jean Leonetti. Le bouclier sanitaire public que nous souhaitons doit être ouvert à tous. L'hôpital a aussi besoin d'un meilleur pilotage, d'une plus grande souplesse de gestion et d'une coopération sanitaire accrue. Cette loi lui en donne la possibilité.

Des voix s'élèvent pour dire que cette loi fragiliserait l'hôpital. Mais c'est le *statu quo* qui fragiliserait l'hôpital, et aboutirait à terme à une médecine à deux vitesses, avec d'un côté l'hôpital public, qui traiterait la pénibilité, la fragilité, la précarité, la gravité, et d'un autre côté une médecine qui s'organiserait pour recevoir des malades sélectionnés par la technicité et la rentabilité.

La tarification à l'activité doit prendre en compte des paramètres désormais qualitatifs, et les missions d'intérêt général doivent être mieux évaluées et mieux rémunérées.

M. Jean-Paul Bacquet. Très juste !

M. Jean Leonetti. Si les mêmes règles s'appliquent, alors il faut que ce soit le cas dans tous les domaines, y compris dans celui de la mission de service public, avec toute la difficulté, la pénibilité, la gravité, la complexité qu'elle comporte.

Pourquoi, d'ailleurs, ne pas rappeler que la médecine libérale est – comme la médecine hospitalière – financée par des fonds publics, et que son organisation doit donc être globale et unique ?

Derrière ces réformes de structures persiste bien sûr le problème de fond : qu'est-ce que soigner, qu'est-ce que prendre soin du malade et des plus fragiles ? La technicité et la science sont indispensables, et elles doivent encore progresser. Mais l'humain ne peut pas être évalué, et il doit être pris en compte parmi les missions de l'hôpital.

L'hôpital a déjà subi beaucoup de réformes ; certaines ont échoué, d'autres ont réussi. Celles qui ont échoué se sont en général faites contre ; celles qui ont réussi se sont faites avec et pour. Cette réforme ne se fait pas contre l'hôpital, mais pour lui ; elle ne se fait pas contre le corps médical, mais avec lui ; elle ne se fait pas contre le secteur privé, mais en complémentarité avec lui. C'est la raison pour laquelle cette réforme améliorera l'accès de tous aux soins et permettra de maintenir la haute qualité de notre médecine. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.* Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Enfin, nous y sommes : votre loi, madame la ministre, va rendre notre système de santé plus efficace et réorganiser la prise en charge des malades par les différents acteurs, qu'ils soient établissements hospitaliers ou professionnels de santé.

Si les Français sont, dans l'ensemble, fiers de leur système de santé, nous connaissons sa situation paradoxale : l'hôpital peine, les professionnels de santé sont exaspérés, les étudiants en médecine sont inquiets pour leur avenir, les malades sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins, particulièrement dans certains territoires.

Il y a donc urgence, et il est nécessaire de trouver des solutions constructives et applicables. Je souhaite vous apporter mon soutien sur deux points.

Le texte concerne d'abord l'hôpital. Les rapports Larcher et Couanau ont pointé le problème de la gouvernance : en dynamisant la gestion du directeur, en renforçant son pouvoir et son autonomie, en plaçant à ses côtés le président de la commission médicale d'établissement, en réformant le conseil d'administration, vous insufflez finalement une nouvelle culture managériale dans nos hôpitaux.

M. le Président de la République a raison de rappeler que ce ne sont pas tant les moyens qui font défaut à l'hôpital qu'une organisation améliorée.

Les communautés hospitalières de territoire – seules, puis avec les groupements de coopération sanitaire – favoriseront, j'en suis sûr, les complémentarités entre les établissements publics, d'abord, puis entre ceux-ci et les établissements privés. Le regroupement, la réorganisation des plateaux techniques, la mutualisation des urgences en fonction des besoins de santé et des besoins de médecins disponibles dans des territoires définis sont de véritables avancées. Quel renforcement de la sécurité sanitaire, qui est pour nous prioritaire et n'est pas une marchandise !

Cessons donc de nous accrocher à des structures hospitalières qui ne reflètent plus ce que le citoyen est en droit d'attendre de la médecine du XXI^e siècle. Cessons aussi d'en faire un terrain électoral, corporatiste, voire syndical !

Savoir que vous avez le soutien de la puissante Fédération hospitalière de France est un argument qui plaide en faveur de cette réforme, et qui contredit les contestations et les critiques de ceux qui préfèrent l'immobilisme.

Le second volet relatif à l'organisation des soins est un chantier qui est au cœur des priorités : je veux parler de l'accès à des soins de qualité, dont nous savons qu'il est remis en cause dans de nombreux territoires. Le diagnostic est clair : le nombre de médecins choisissant la médecine libérale recule, et *a contrario* le choix du salariat progresse. Parmi les 4 995 nouveaux inscrits en 2007, 470 seulement ont choisi le libéral pur pour 1 206 qui ont préféré les remplacements et 3 206 le salariat.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports*. Eh oui !

M. Jean-Pierre Door. Ajoutons la féminisation accrue de la profession et le vieillissement du corps médical ; tout cela se conjugue pour déstabiliser l'offre de soins. Ce n'est pas tant le nombre total de médecins sur le territoire national qui pose problème que leur répartition spatiale et catégorielle : la profession de médecin généraliste est menacée et peine à se renouveler.

Alors, oui, il faut tout mettre en œuvre pour assurer les voies et les moyens de redonner aux jeunes générations l'envie d'exercer la médecine générale. Moderniser, privilégier les mesures qui visent à valoriser et améliorer l'exercice de cette profession : c'est votre ambition ; c'est également la nôtre.

Or l'installation de médecins généralistes dans certaines zones pose problème. Beaucoup de voix s'élèvent pour demander des mesures autres qu'incitatives, voire pour envisager un conventionnement encadré ou sélectif. Je les entends ; mais je suis sûr qu'il s'agit d'une erreur à la fois stratégique et politique.

Chacun sait qu'on n'obligera jamais personne à aller là où il ne veut pas aller. L'exemple allemand est édifiant, puisque nos voisins ont envisagé, puis abandonné une telle solution. Les candidats à l'exercice libéral en milieu rural se raréfieront ; ils choisiront d'autres voies et nous aurons l'effet inverse de celui que nous recherchons.

Que faut-il alors proposer ? Je crois que toutes les mesures incitatives n'ont pas été expérimentées, car elles sont souvent méconnues ou peu accompagnées.

Il faut, comme nous l'avons fait au sein du groupe d'études des professions de santé, à l'Assemblée, écouter les jeunes. Ils seront demain les professionnels de santé, et leurs propositions ne sont pas dénuées de bon sens.

Ils proposent une politique incitative importante. J'espère que certains de nos amendements seront repris ; je ne peux tous les rappeler ici car ils sont nombreux, mais je voudrais néanmoins citer les bourses aux étudiants en échange d'une installation dans les zones fragiles et le poste d'internat de médecine générale. Nous y reviendrons lors du débat.

En tant qu'ex-ministre...

Mme Catherine Vautrin. Et futur ministre ! (*Rires*)

M. Jean-Pierre Door. Je veux dire en tant qu'ex-médecin (*Sourires*), je vous sais, madame la ministre, attentive à toutes ces propositions. Nous voterons bien sûr votre projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Après une longue gestation, le Parlement entame enfin le débat sur le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » – mais avec un vrai risque : celui que le remède proposé ne s'avère pire que le mal.

Les thèmes abordés sont divers, multiples. Mais votre texte, madame la ministre, a deux ambitions principales, qui sont ici partagées par tous : réorganiser l'hôpital et lutter contre la désertification médicale.

Toutefois, à la lecture de ce projet de loi, le législateur, l'élu rural et le médecin que je suis est frappé par son caractère avant tout technocratique et surtout déconnecté des réalités – celles des territoires ruraux, d'une part, et celles des professions de santé, d'autre part.

Dans ces conditions, on comprend mieux les inquiétudes et les insatisfactions qui s'expriment. Le monde médical et médico-social, les syndicats et les organisations de médecins et de personnels hospitaliers affichent une réelle hostilité à ce texte, pour ne pas dire une franche opposition. Quant aux élus, ils ne comprennent pas qu'un texte qui prétend améliorer la qualité des soins sur tout le territoire entraîne la suppression de maternités ou de services de chirurgie. Où est le progrès, puisque le résultat sera finalement un accroissement des inégalités entre les territoires et donc entre les Français ?

M. Jacques Domergue. Je crois que vous n'avez pas bien compris le projet !

Mme Dominique Orliac. Les nouvelles communautés hospitalières devront vraiment répondre aux besoins. Je pense particulièrement à l'hôpital de Gourdon dans le Lot et à l'hôpital de Moissac dans le Tarn-et-Garonne, dans la circonscription de ma collègue Sylvia Pinel. Car lutter efficacement contre la désertification médicale et maintenir une offre de soins de qualité, c'est maintenir un maillage hospitalier et un maillage de pharmacies d'officine afin de renforcer la chaîne des services de santé sur tout le territoire.

Les missions nouvelles de la pharmacie doivent être affirmées dans ce texte et j'espère que les amendements permettront de le faire, car la pharmacie est la seule profession de santé dont les missions ne sont pas définies. Ce texte doit aussi permettre de régler les problèmes d'assurance dans le cadre de la coopération professionnelle.

Mais tout cela implique de sortir d'une logique comptable. Or c'est exactement l'inverse que propose ce projet de loi. Vous entendez gérer l'hôpital public comme une entreprise, et ce au moment même où le Président de la République découvre, en situation de crise, qu'on ne gère pas la France comme une grande entreprise.

De plus, tenter de résoudre la question très complexe de la démographie médicale dans nos territoires ruraux suppose d'écouter et de convaincre les médecins et les étudiants en médecine. Or, ici aussi, c'est tout le contraire qui a prévalu dans la rédaction de ce texte.

Pour ma part, si je considère que toutes les mesures incitatives méritent d'être encouragées, à l'inverse, j'estime que l'adoption de mesures contraignantes serait une catastrophe, comme Jean-Pierre Door l'a dit tout à l'heure.

M. André Wojciechowski. Bravo !

Mme Dominique Orliac. Le résultat serait totalement contraire au but recherché. Des solutions existent, mais elles impliquent que le Gouvernement procède à une analyse objective de la situation.

Aujourd'hui, à l'issue du deuxième cycle, nombre d'étudiants en médecine préfèrent redoubler plutôt que de choisir la filière de médecine générale : depuis 5 ans, ce sont environ 3 800 postes de médecine générale sur 12 000 que les internes ont refusé de prendre. Et parmi ceux qui acceptent, seuls 20 à 40 %, selon les régions, s'installent vraiment en médecine générale. Dans de telles conditions, ajouter de nouvelles contraintes serait totalement contreproductif.

Pourquoi ces étudiants ne choisissent-ils pas la médecine générale ? Comment motiver en amont à ce projet professionnel ? Comment rendre sa noblesse à cette filière ?

M. Jean-Paul Bacquet. Il faut prendre des décisions politiques courageuses, et ne pas faire de pseudo-concertation !

Mme Dominique Orliac. Il convient d'agir au niveau de la formation initiale en dispensant une formation effective en médecine générale dès le deuxième cycle, auprès de généralistes enseignants qui devraient être recrutés particulièrement dans les zones sous-dotées, tout en compensant leur perte d'activité et en finançant leur formation. De telles réformes nécessitent des moyens budgétaires qui font aujourd'hui cruellement défaut.

Le troisième cycle de médecine générale est celui qui offre aux étudiants les moins bonnes conditions d'études. L'absence de perspectives et d'encadrement de qualité n'incite donc pas les internes les mieux classés à choisir la médecine générale : elle leur apparaît comme dévalorisée.

Il est donc indispensable de développer la filière universitaire de médecine générale en créant des postes de titulaires dans chaque faculté, afin de mettre en œuvre un encadrement qui motiverait les internes.

De telles mesures sont, de plus, complémentaires de celles déjà prises par certaines collectivités locales. Elles sont aussi en phase avec les maisons médicales pluridisciplinaires qui permettent un exercice de la médecine plus compatible avec la vie familiale et sociale que sont en droit d'attendre de jeunes praticiens après de longues études.

Les médecins généralistes sont des acteurs incontournables d'une politique de santé efficace. Mais il faut se donner les moyens nécessaires. Aussi, madame la ministre, sans mesures incitatives crédibles ni moyens budgétaires à la hauteur, vous ne parviendrez pas à enrayer le processus de désertification médicale.

À trop mépriser la médecine générale, les politiques publiques ont fini par la dévaloriser aux yeux de ceux qui seraient tentés de la pratiquer.

M. Jean-Paul Bacquet. Tout à fait ! Les médecins sont usés et fatigués !

Mme Dominique Orliac. Aujourd'hui, nous en payons le prix avec une offre de soins qui n'est pas à la hauteur de la demande. Et, une fois de plus, les territoires ruraux sont en première ligne.

C'est pourquoi, si nous voulons réussir nos travaux, nous devons tenir compte des attentes des patients, des élus, des médecins, des futurs médecins, et plus largement de tous ceux qui veulent maintenir des territoires ruraux attractifs, vivants et en bonne santé.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Vautrin.

Mme Catherine Vautrin. L'exposé des motifs de votre texte, madame la ministre, brosse le constat de notre système de santé qui offre, je le cite, « une qualité et une sécurité remarquables ». Je partage totalement ce constat.

M. André Wojciechowski. Pas moi !

Mme Catherine Vautrin. Ce résultat est le fruit de l'implication des professionnels de santé, dont le seul objectif est la qualité des soins apportés aux patients.

Élue de Champagne-Ardenne, région en voie de désertification médicale, je voudrais, madame la ministre, rendre hommage à votre détermination pour permettre l'accès de proximité à des soins de qualité.

Sur la forme, je m'étonne, comme un certain nombre de mes collègues, qu'au moment où nous démarrons la discussion de ce texte, la commission Marescaux commence, elle aussi, ses travaux.

Sur le fond, je souhaite, en quelques minutes, appeler votre attention sur deux sujets qui m'interpellent particulièrement.

Le premier point concerne la gouvernance des établissements. Membre du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Reims, je mesure, presque au quotidien, la complémentarité et l'efficacité du tandem formé par le président de la CME et le directeur. Je crois que ce binôme n'est rien d'autre que la traduction concrète de cette relation de confiance qui existe entre le médecin et le patient.

M. Jean-Paul Bacquet. Ce n'est pas vrai !

Mme Catherine Vautrin. Et cela doit rester la référence. Que le point de vue médical à l'hôpital soit la référence me paraît indispensable.

Limiter les prérogatives du président de la CME, c'est prendre le risque, une fois encore, de détourner les médecins de l'hôpital.

Mme Sylvia Bassot. Très juste !

Mme Catherine Vautrin. Je voudrais insister sur la nécessité d'un avis, au moins conforme, du président de la CME pour la nomination des chefs de pôles.

Mme Sylvia Bassot. Très bien !

M. Bernard Cazeneuve. C'est important !

Mme Catherine Vautrin. Je voudrais dire au rapporteur, que je félicite pour son implication et son travail, combien je partage son analyse quant au juste équilibre qu'il convient de trouver entre le renforcement du pouvoir du directeur et le rôle de l'équipe médicale. Imaginez-vous que, demain, nos concitoyens déclareront qu'ils désirent se faire soigner dans l'hôpital du directeur Untel, comme ils vont aujourd'hui en toute confiance se faire soigner dans le service du professeur Machin ? Je doute que cela arrive souvent.

Je souhaite par ailleurs dire un mot sur la composition des conseils de surveillance, à l'article 5.

Je comprends la notion d'organisation des trois collèges, mais je voudrais insister sur la représentation des élus. Tel qu'il est rédigé aujourd'hui, le texte ne garantit en rien une représentation équilibrée des élus au sein de ce conseil.

M. Jean-Paul Bacquet. Très bien !

Mme Catherine Vautrin. L'hôpital est, en général, le premier employeur de la ville ou de l'agglomération sur laquelle il est implanté. C'est un enjeu majeur pour les élus, qu'ils soient de la majorité ou de l'opposition.

M. Bernard Cazeneuve. Très bien !

Mme Sylvia Bassot. En effet.

Mme Catherine Vautrin. Madame la ministre, sachez que je suis très attachée à cet aspect des choses.

Le second point que je souhaite évoquer est celui de la prévention et de la santé publique.

Je mesure, comme vous, bien évidemment, les enjeux de l'alcoolisme chez les jeunes, comme ceux de l'obésité, problème qui touche depuis quelque temps notre pays et sur lequel notre collègue Valérie Boyer s'est beaucoup impliquée.

M. Guy Geoffroy. Bravo !

Mme Catherine Vautrin. Le sujet est si grave qu'il mérite à lui seul un vrai plan de santé publique alliant notion de prévention et mesures concrètes.

Le produit élaboré par la région Champagne-Ardenne, dont je suis l'élue, n'est probablement pas la première cause de l'alcoolisme dans notre pays.

M. Jean-Paul Bacquet. Cela coûte trop cher !

Mme Catherine Vautrin. Néanmoins, l'article 24, tel qu'il est rédigé, notamment l'alinéa 15, suscitera incontestablement des contraintes supplémentaires pour les professionnels sans apporter pour autant des réponses claires au problème posé. Je vous le dis solennellement, madame la ministre, même si c'est un peu provocateur, cet article contribue à mettre en péril l'économie viticole – je n'irai pas jusqu'à dire l'économie de notre pays. La filière vitivinicole participe au maintien de l'emploi en zone rurale, elle ne peut supporter d'être encore pénalisée, surtout quand le problème posé n'est pas vraiment réglé.

M. Jacques Domergue. Elle a raison !

Mme Catherine Vautrin. La crise mondiale a déjà des répercussions fortes sur le secteur, vous le savez. Nous avons perdu notre place historique de premier exportateur. De grâce, n'en rajoutons pas ! Il faut travailler à un plan de santé publique, faisons-le ensemble, mais pas comme ça.

En conclusion, madame la ministre, votre texte est riche, il comporte de nombreuses avancées. J'espère que la discussion qui s'ouvre nous permettra de progresser sur les points que je viens d'évoquer. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, d'abord, je voudrais dire, même si je ne devrais peut-être pas commencer par là, que beaucoup d'hôpitaux sont en déficit.

M. Bernard Cazeneuve. La plupart !

M. Bernard Debré. Cette situation plombe les comptes de la sécurité sociale. Or, vous le savez, l'hôpital pèse pour 50 % au moins dans les dépenses d'assurance maladie. C'est dire son poids !

Ensuite, je voudrais souligner que l'hôpital traverse une crise de confiance majeure. Des milliers de postes de médecins des hôpitaux sont vacants, faute de candidats.

M. Jean-Paul Bacquet. C'est la vérité !

M. Bernard Cazeneuve. Remarquable !

M. Bernard Debré. Ce n'est pas remarquable, ce sont des faits.

M. Bernard Cazeneuve. C'est bien de le dire !

M. Bernard Debré. Il n'y a pas assez d'infirmiers ou d'infirmières. Le matériel, hormis dans de rares cas, n'est plus assez moderne.

M. André Wojciechowski. C'est vrai !

M. Bernard Debré. Enfin, les bâtiments sont, dans beaucoup d'endroits, vieillissants, quelquefois obsolètes.

M. Jean-Paul Bacquet. Pourris, même !

M. Bernard Debré. Certes, l'hôpital reste vaillant, remplissant plus qu'honorablement ses fonctions grâce à un personnel infirmier et médical qui ne compte ni ses heures ni son dévouement.

M. Bernard Cazeneuve. Très juste !

M. Bernard Debré. Pour les uns, il faut une grande réforme hospitalière, pour les autres, il faut un électrochoc, voire une révolution. Que de mots cependant ! Car, derrière ces mots, tant d'idées peuvent être véhiculées, pas toutes efficaces !

Il faudrait d'abord – ce serait une véritable révolution et je sais que cela risque de provoquer des réactions, surtout à gauche – transformer un certain nombre d'hôpitaux petits, voire moyens, qui aujourd'hui dispensent des soins aigus en médecine, en chirurgie ou en obstétrique, soins qui imposent des médecins et des infirmiers de qualité, bien formés, qualifiés, au savoir-faire éprouvé, des technologies modernes qui, pour beaucoup, coûtent cher, en structures « froides », structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, personnes touchées par la maladie d'Alzheimer, malades nécessitant un hébergement post-opératoire ou des soins de suite...

M. Jacques Domergue. Très bien !

M. Bernard Debré. Toutes ces formes d'hébergement ne nécessitent ni grands plateaux techniques ni personnel hyperspécialisé. Certains de ces hôpitaux resteraient des postes avancés pour les urgences.

Bien entendu, cette nouvelle carte hospitalière devra tenir compte de l'aménagement du territoire, c'est-à-dire de l'accessibilité de l'hôpital « centre ».

M. Jean-Paul Bacquet. Très bien !

M. André Wojciechowski. C'est essentiel !

Mme Élisabeth Guigou. Voilà qui est sensé !

M. Bernard Debré. La loi qui nous est présentée répond à ces projets de réforme, à ces impératifs, par le biais des coopérations entre les établissements de santé et les nouvelles agences régionales de santé, les ARS. Cet aspect de la réforme est bien du ressort des politiques, c'est à eux d'en prendre la responsabilité. Pour ma part, j'estime que les ARS sont une bonne institution.

Dans chaque structure, dans chaque hôpital, il existe un double pilotage : l'un administratif, qui doit veiller à la bonne organisation de l'hôpital, l'autre médical, en charge des bonnes pratiques, c'est-à-dire des soins.

M. Jacques Domergue. *That is the problem !*

M. Bernard Debré. Personne n'imaginerait qu'un directeur sorti de l'École de Rennes...

M. Jean-Paul Bacquet. Quelle école !

M. Bernard Debré. ...ou d'ailleurs, puisse s'immiscer dans les décisions médicales. Pourtant, il faut un coordinateur à l'hôpital. Cela doit pouvoir être la mission du directeur, mais à plusieurs conditions : que le projet médical de l'hôpital soit élaboré par les médecins et les soignants, il le sera ; que le directeur soit au service des médecins pour les aider à le réaliser, et c'est là que sa véritable mission de coordination prend tout son sens.

M. Jean-Paul Bacquet. Il ne le sera pas !

M. Bernard Debré. Ce projet de loi est-il adapté à cette nouvelle gouvernance ? Peut-être. Je note toutefois qu'il institue un superpatron en la personne du directeur qui sera conseillé, simplement conseillé, par les médecins, qui ne représenteront qu'une partie du directoire. Certes, un autre conseil, celui-là uniquement constitué de médecins, la commission médicale d'établissement, pourra aussi « conseiller » le directeur. Dans beaucoup de cas, elle se fera entendre, mais peut-être pas toujours. Ne faudrait-il pas que l'avis de la CME soit un avis conforme, transmis par son président au directeur de l'hôpital ?

Mme Sylvia Bassot. Exactement !

M. Bernard Debré. Sinon, est-ce que ce ne seront pas tout d'abord des impératifs économiques qui risqueront d'orienter le projet médical ?

Par ailleurs, c'est le directeur qui nommera les chefs des pôles. Ces structures étaient jusqu'à présent des groupements de services hospitaliers qui permettaient, et c'est heureux, d'optimiser les dépenses : réunion des services de chirurgie autour du plateau technique que représente la salle d'opération, ou des services ayant peu ou prou les mêmes orientations pathologiques. C'est ainsi que les pôles « tête et cou », par exemple, regroupant l'ophtalmologie, la stomatologie, l'ORL, ont été créés. Le chef de pôle n'est qu'un des rouages de l'administration. En aucun cas il ne peut prendre de décisions médicales en dehors de sa spécialité. On voit mal un chef de pôle ORL donner des avis médicaux en ophtalmologie !

M. le président. Monsieur Debré, il faudrait conclure.

M. Jean-Paul Bacquet. Laissez-le parler, nous sommes d'accord avec lui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Belle leçon de démocratie : ne parlent que ceux qui sont d'accord avec vous ?

M. Bernard Debré. Je termine, monsieur le président.

Nécessairement, l'entité médicale de base reste donc, et restera, le service hospitalier dirigé par le chef de service.

M. Pierre Cardo. Très bien !

M. Bernard Debré. On ne dit pas : « Je vais me faire soigner les yeux dans le pôle “tête et cou” » ; on dit : « Je vais me faire soigner les yeux chez l'ophtalmologiste ».

M. le président. Monsieur Debré...

M. Bernard Debré. Un mot, monsieur le président.

M. Bernard Cazeneuve. Laissez parler M. Debré !

M. Jean-Paul Bacquet. Le « professeur Debré » !

M. Bernard Debré. Oserai-je parler des CHU ? Je fais partie d'une commission qui a été instituée par le Président de la République et qui travaille chaque jour depuis plusieurs semaines. Elle marquera vraisemblablement d'une pierre blanche la transformation des CHU.

M. Jean-Paul Bacquet. Elle n'est pas à la hauteur de la réforme Debré de 1958 ! C'était autre chose !

M. Bernard Debré. Je me pose simplement la question : quand pourrons-nous faire passer ses propositions dans la loi ? Peut-être pourrons-nous les discuter en commission des affaires sociales de l'Assemblée, avant que le texte ne parte au Sénat ?

M. Jean-Paul Bacquet. C'est une motion de renvoi en commission, ça !

M. le président. Merci, monsieur Debré.

M. Bernard Debré. J'aurais aimé pouvoir les discuter ici.

Je voterai ce projet de loi, modifié par les amendements qui ont été acceptés en commission.
(*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP et sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

M. le président. Mes chers collègues, je vous rappelle qu'un temps de parole vous a été imparti. Je vous demande de le respecter.

M. Bernard Cazeneuve. M. Debré dit des choses sensées !

M. le président. On peut dire autant de choses en cinq minutes qu'en sept et même dix minutes. Je vous demande, parce que vous en avez tous le talent, d'être beaucoup plus concis.

La parole est à M. Bernard Perrut, qui va faire son intervention en quatre minutes cinquante.

M. Bernard Perrut. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, notre système de santé est l'un des plus efficaces du monde, chacun le reconnaît, et pourtant les Françaises et les Français qui y sont attachés expriment des préoccupations, parce que l'accès aux soins de qualité reste inégal sur le territoire et que l'accueil dans nos hôpitaux ne répond pas toujours à nos attentes. J'ai pu mesurer moi-même dans l'hôpital de ma ville, en fin d'année, cette impossibilité, pour les services, d'accueillir tous les patients, et les longues heures d'attente au service des urgences.

Nous pourrions aussi évoquer les préoccupations sur le terrain, l'impossibilité de trouver un médecin le soir et la nuit, les difficultés de fonctionnement et d'installation de nos maisons médicales de garde, ou bien encore l'absence de professionnels de santé sur certains territoires ruraux. J'y ajouterai le parcours du combattant, à la suite d'une hospitalisation, pour obtenir une place dans un établissement ou trouver des services de soins à domicile.

M. André Wojciechowski. Eh oui !

M. Bernard Perrut. Ces difficultés sont réelles.

Mais, dans le même temps, je mesure le travail mené par les professionnels de santé, les médecins, les personnels soignants, plus spécifiquement dans nos hôpitaux, comme l'indiquait à l'instant le professeur Debré. Ils méritent l'expression de notre reconnaissance. Leurs compétences, leur disponibilité, leur dévouement, sont les garants de la qualité de notre organisation de santé, ils portent ces valeurs que vous avez vous-même, madame la ministre, estimées hier soir dans votre intervention.

Je mesure également la progression des dépenses de l'assurance maladie pour les hôpitaux et les cliniques : plus 50 % depuis 1998. Mais ce n'est pas avec la seule logique du toujours plus de moyens que nous améliorerons la situation de l'hôpital, c'est en le réorganisant, en réfléchissant à ses missions et aux attentes de l'ensemble du personnel.

Les moyens existent aussi à travers le plan « Hôpital 2007 » et le plan « Hôpital 2012 ». Vous avez constaté, en vous rendant dans ma ville de Villefranche-sur-Saône, combien ces investissements étaient importants pour le développement des urgences, le plateau technique, la venue prochaine d'un deuxième IRM, ou même l'installation d'un service de radiothérapie, et je vous en remercie, madame la ministre.

Ce projet de loi a le mérite d'exprimer des faiblesses qu'il faut bien reconnaître : le manque de gouvernance et d'efficacité de l'hôpital, une offre de soins mal répartie sur le territoire, une organisation trop cloisonnée, une part insuffisante laissée à la prévention. Alors, il faut sans hésitation renforcer les pouvoirs du directeur, patron unique et identifié, créer de véritables communautés hospitalières de terrain. Je voudrais insister plus particulièrement sur la régulation de la démographie médicale, indispensable au niveau de la formation, avec des mesures incitatives à l'installation. J'insisterai encore sur le développement des coopérations, aujourd'hui insuffisantes, entre médecine de ville et médecine hospitalière, ou sur la nécessaire coopération entre secteur public et secteur privé, avec une incitation forte pour les

groupements de coopération sanitaire. Comment pouvons-nous faire mieux coopérer et travailler ensemble un établissement public et un établissement privé distants de quelques centaines de mètres seulement ?

La création des agences régionales de santé bouscule les habitudes. Vous avez dit vous-même hier, madame la secrétaire d'État chargée de la solidarité, qu'il s'agissait d'une « révolution culturelle ». Il est vrai que chaque agence régionale de santé va permettre d'additionner les forces, et je pense notamment au secteur médico-social que vous représentez dans le cadre de vos fonctions. Chaque ARS disposera d'un projet régional de santé constitué d'un plan stratégique, de schémas, de programmes de mise en œuvre et, au plus près du terrain, dans chaque territoire de santé, cette conférence du territoire sera pertinente.

Bien évidemment, c'est à travers la démarche de contractualisation que nous pourrons définir ces contrats d'objectifs et de moyens, ces contrats d'amélioration des pratiques de santé. Toutefois, mesdames les ministres, attention à la bureaucratisation ! En effet, à la différence des ARH, qui étaient des administrations de mission, les ARS seront de véritables établissements publics dotés de collaborateurs en plus grand nombre, et le directeur devra être doté d'une forte culture managériale et gérer en écoutant les professionnels de santé.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Perrut.

M. Bernard Perrut. De même, les directeurs des hôpitaux ne devront pas venir des collaborateurs de l'ARS, afin de garder une liberté pour contractualiser.

En conclusion, je voudrais parler de prévention. La prévention pour tous et la responsabilité de chacun sont à mettre en exergue. Qu'il s'agisse du tabac ou de l'alcool –je pense particulièrement aux jeunes –, la prévention est indispensable, mais faisons en sorte que les mesures prises ne s'étendent pas, au-delà de leurs objectifs, aux habitudes de vie, à notre culture qui s'exprime à travers des moments de convivialité où la modération dans la dégustation, voire la consommation, de vin demeure la priorité.

Madame la ministre, la politique de santé doit favoriser la prévention, la modération et la responsabilité, mais elle ne doit pas devenir une politique d'interdits et de répression, empêchant même toute information. Un jour peut-être ne pourrons-nous même plus dire : à votre santé, et ce serait grave ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Jean-Paul Bacquet. Et le Beaujolais !

M. le président. C'est en effet un élu du Beaujolais qui le dit ! (*Sourires.*)

La parole est à M. Bernard Cazeneuve.

M. Bernard Cazeneuve. Madame la ministre, en 2004, lorsque la loi portant financement de l'assurance maladie a été examinée dans cet hémicycle, le ministre de l'époque, qui était soutenu par la même majorité qu'aujourd'hui, avait indiqué que c'était la dernière chance pour sauver le système de santé publique et le protéger de la privatisation. Cinq ans après, force est de constater que les comptes de santé sont en déficit et que nous allons tout droit vers la privatisation. Pour éviter que mon propos ne soit considéré que comme une succession de procès d'intention, je vais étayer ce que je vous dis par quelques faits.

Les comptes de l'assurance maladie et des hôpitaux sont gravement déficitaires et se sont très nettement dégradés depuis cinq ans.

Pour ce qui concerne l'assurance maladie, entre 2005 et 2009, nous en sommes à un déficit cumulé de 1 milliard d'euros et les comptes tels qu'ils se profilent pour 2009 devraient afficher un déficit de 8,9 milliards d'euros, c'est-à-dire que non seulement la tendance ne s'inverse pas, mais il semble que les déficits se creusent.

Pour ce qui concerne les hôpitaux, comme l'a indiqué M. Debré, leur déficit cumulé est de 800 millions d'euros, 80 % d'entre eux sont en déficit.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports*. C'est faux ! J'ai les chiffres de la commission des comptes : 54 % des hôpitaux sont en excédent et 46 % en déficit !

M. Bernard Cazeneuve. Je cite les chiffres de la Fédération hospitalière de France. Ils établissent que 70 % des hôpitaux sont en déficit et que, sur les 31 CHU, 29 le seraient. C'est dire à quel point la situation des hôpitaux est grave. Elle contraste singulièrement avec les résultats excellents affichés par le secteur privé de santé. J'en donnerai également quelques exemples chiffrés, que vous pourrez sans doute contester, mais qui ont été abondamment communiqués par voie de presse au cours des derniers mois. Les 180 cliniques gérées par la Générale de santé ont distribué à leurs actionnaires, au cours des derniers mois, 420 millions de dividendes. Et l'activité des cliniques privées a augmenté de 9 % au cours des deux dernières années.

Nous assistons donc à un double phénomène : dégradation des comptes publics ; déclin et difficultés pour l'hôpital public, alors que le secteur public est en excellente santé. Vous m'avez dit hier, madame la ministre, que cette loi était une loi d'organisation, pas une loi de financement, et qu'il ne fallait donc pas parler de ces sujets. Mais que vaut une loi d'organisation pour la santé si les financements qui permettront l'accès de tous aux soins et le bon fonctionnement des établissements de santé ne sont pas garantis ?

Essayons de nous interroger ensemble – même si cette loi n'est pas une loi de financement, je ne vois pas comment on pourrait faire l'impasse sur cette question – sur les raisons profondes de cette disparité qui conduit l'hôpital public à être confronté à des difficultés sans cesse plus grandes et les cliniques privées à récupérer, sur le dos de l'hôpital public, ce qui est noble et lucratif en laissant ce dernier confronté à d'incommensurables difficultés.

M. Jean-Pierre Door. Quel procès d'intention !

M. Bernard Cazeneuve. L'une des raisons de cette situation, c'est la tarification à l'activité (« *Bien sûr !* » sur les bancs du groupe SRC) qui conduit à des dysfonctionnements qu'il faut souligner à l'occasion d'un tel débat.

D'abord, vous avez souvent évoqué cette question, madame la ministre, et vous avez eu raison de le faire, il y a des disparités démographiques entre le nord et le sud. Vous le savez très bien, dans le nord de la France il y a des hôpitaux dont les postes sont ouverts et non pourvus, alors que, dans le sud, non seulement tous les postes sont pourvus, mais on se bouscule à la porte des hôpitaux pour pouvoir y entrer. Cette disparité démographique est considérable. A l'hôpital de Cherbourg, dont je suis le président, il y a quelques mois, dix-sept postes

d'anesthésistes étaient ouverts, mais trois postes seulement étaient pourvus. C'est dire à quel point la tarification à l'activité, qui substitue à la dotation globale une tarification en fonction de l'activité engendrée, est pernicieuse lorsque les médecins ne sont pas là pour développer l'activité qui ouvre droit à tarification.

Ensuite, madame la ministre, la convergence entre secteur public et secteur privé conduit les hôpitaux, qui ont des sujétions de service public extrêmement importantes, à être défavorisés par rapport aux cliniques privées, qui voient leur dotation augmenter pour des actes très lucratifs. Les MIGAC ne sont pas la réponse, compte tenu des difficultés énormes auxquelles sont confrontés certains services de l'hôpital, notamment les urgences.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Cazeneuve.

M. Bernard Cazeneuve. Dans un tel contexte, on comprend la tentation qui a été la vôtre de sortir les élus des conseils d'administration des hôpitaux, car ils étaient susceptibles de dénoncer ces travers, d'y résister et de faire en sorte, dans la liaison avec l'ARH, qu'un juste équilibre des choses soit rétabli. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Monsieur le président, mesdames les ministres, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, on entend souvent des critiques et des jugements extrêmement négatifs sur le système de santé français, mais l'on oublie de dire qu'il est l'un des plus efficaces et que le monde entier nous l'envie. N'hésitons pas à rappeler que 78 % des dépenses de santé sont prises en charge par l'assurance maladie, soit le taux le plus élevé d'Europe, avec une espérance de vie supérieure de deux ans à celle de la moyenne des pays de l'OCDE.

Cependant, notre système souffre de maux persistants et se révèle, dans certains cas, coûteux et manquant d'efficacité. Il faut donc assurer plus de qualité et de sécurité sur l'ensemble du territoire. Tel est le but de ce projet de loi, dont la préparation a fait l'objet de nombreux travaux, souvent d'origine parlementaire.

Les réponses apportées sont claires, et font d'ailleurs souvent l'unanimité. Ce texte introduit notamment plus de souplesse et, parmi les points très positifs, je note que tous les établissements de santé, quel que soit leur statut, peuvent désormais assurer des missions de service public, et en priorité la permanence des soins.

Reste néanmoins le problème de la sécurisation des contrats entre cliniques et médecins, comme le rappelait d'ailleurs le rapport Larcher. Il faut également rassurer les anciens PSPH, devenus ESPIC – établissements de santé privés d'intérêt collectif –, qui se sentent les oubliés de ce texte. Je pense à la FEHAP, qui se manifeste.

Ce texte introduit donc beaucoup de souplesse, je le répète, et une relative unanimité existe autour du pilotage territorial de la politique de santé avec les ARS.

Parmi les sujets d'inquiétude, je pense notamment à l'article 15 sur la démographie médicale. Comme l'a excellemment dit Jean-Pierre Door, il faut dissiper l'inquiétude des médecins concernant la liberté d'installation en n'oubliant pas qu'ils s'installent, en moyenne, à trente-

neuf ans, et que l'on peut craindre une véritable crise des vocations. Il faut donc privilégier les mesures incitatives dans les zones sous-dotées.

Il faudra sans doute modifier également la rédaction de l'article 18 sur le refus de soins en inversant la charge de la preuve, conformément à l'avis de la commission des affaires culturelles. Sinon, nous entrerions dans une zone de risque juridique extrêmement dangereuse.

En outre, je soutiens l'amendement, adopté par la commission, qui vise à supprimer l'article 20 sur les laboratoires de biologie médicale, le recours aux ordonnances ne me paraissant pas une bonne manière de traiter un problème aussi sensible.

Enfin, je me félicite de l'adoption de l'amendement Boyer-Tian, qui soumet la vente d'alcool, de vingt-deux heures à six heures du matin, dans les épiceries de nuit, à l'autorisation préalable du maire. C'est en effet un véritable souci pour de nombreuses communes.

Madame la ministre, je voterai ce texte avec enthousiasme. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

M. le président. Voilà une intervention brève, concise et de qualité !

La parole est à M. Jean Bardet.

M. Jean Bardet. Monsieur le président, mesdames les ministres, mes chers collègues, le texte que nous examinons est la première loi de santé depuis de nombreuses années. Elle est extrêmement importante car elle intéresse tous les Français et est réclamée par tous les acteurs de notre système de santé. Elle est très riche et comporte de nombreuses propositions. La discussion en commission des affaires culturelles, familiales et sociales a montré tout l'intérêt que les commissaires y portent. Cet intérêt est confirmé par le nombre d'amendements déposés et par le nombre de ceux qui ont été acceptés en commission, venant aussi bien de la majorité que de l'opposition, certains ayant fait l'objet d'un vote dépassant largement les clivages politiques. Cela prouve que le travail parlementaire bien compris est utile et efficace, et qu'il peut se faire en toute sérénité. J'espère que cela continuera en séance.

Ce texte comporte quatre titres, tout aussi importants les uns que les autres. Le titre I porte sur l'organisation hospitalière. Le titre II porte sur l'accès de tous à des soins de qualité, et je ne peux que m'y rallier. Le titre III porte sur la prévention et je ne peux qu'approuver toutes les mesures visant à diminuer l'alcoolisme au volant et chez les jeunes, ainsi que toutes celles ayant pour but d'interdire de vendre aux jeunes des produits contenant de la nicotine dans le but de les rendre ultérieurement dépendants de cette drogue. Le titre IV porte sur l'organisation territoriale de notre système de santé, dont la mesure phare est la création des ARH. C'est sur les titres I et IV que je me permettrai, mesdames les ministres, de faire quelques commentaires.

La création des agences régionales de santé est une mesure qui était demandée par tout le monde, même si maintenant tout le monde n'est plus forcément d'accord sur tout.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports.* C'est de la politocailerie !

M. Jean Bardet. Les ARS auront, au niveau d'une région, la responsabilité de l'organisation de la santé et du secteur médico-social.

Le directeur général de l'ARS sera nommé en conseil des ministres, ce qui lui donnera l'autorité nécessaire pour accomplir sa mission. Mais il n'aura sa pleine efficacité que si les divers organismes placés autour de lui sont un facteur de dynamisme et non de paralysie ou d'inertie.

Le titre I^{er} porte sur la modernisation des établissements de santé. Comme la majorité d'entre nous, je pense que, compte tenu de sa situation actuelle, le système hospitalier a besoin d'une profonde réorganisation. Si j'approuve pleinement ce projet de loi, mesdames les ministres, le temps de parole dont je dispose ne me permet pas d'en souligner les nombreux points positifs. Je vous prie par conséquent de m'excuser si j'insiste surtout sur ceux qui me semblent poser problème.

L'article 6 énumère les pouvoirs des directeurs des hôpitaux. En tant que médecin hospitalier, je m'inquiète déjà de l'omniprésence de l'administration. Qu'en sera-t-il demain ? Le renforcement du pouvoir administratif ne risque-t-il pas d'aboutir au primat des considérations économiques sur les enjeux médicaux ? Les hospitaliers s'inquiètent également de la nomination des médecins par le directeur de l'hôpital. Qu'arrivera-t-il si son avis n'est pas conforme à celui de la CME ? Pourra-t-il passer outre et nommer un médecin contre l'avis de ceux avec qui il aura à travailler tous les jours ?

Les pôles sont la règle de l'organisation hospitalière. Mais, s'ils représentent un progrès quand ils correspondent à une certaine logique diagnostique ou thérapeutique, ils n'en ont aucune lorsque les services qui les constituent n'ont pas de lien entre eux. Dans ce cas, les services devraient être conservés.

Le regroupement des moyens est indispensable, et toute initiative visant à regrouper hôpitaux, cliniques, cliniques privées et médecins libéraux ne peut aller que dans le bon sens. Mais ce regroupement doit toujours se faire en vue d'offrir de meilleurs soins aux malades, et non pour obéir à une logique économique, même si l'on peut se réjouir qu'ils la respectent aussi.

A priori, les CHU ne sont pas exclus du projet de loi, ce qui signifie qu'ils suivront la règle générale. C'est peut-être dommage, dans la mesure où le Président de la République a nommé une commission pour réfléchir à leur évolution.

Enfin, le rôle des internes, qui a fortement évolué depuis quelques années, n'est pas redéfini dans le projet de loi. S'agit-il du premier échelon de la hiérarchie hospitalière ou d'étudiants qu'il faut former pour qu'ils puissent répondre aux besoins de la médecine de ville ? Si tel est le cas, comme le laisse entendre le texte, comment fonctionneront nos services hospitaliers qui offrent peu ou pas de débouchés en ville ? Fera-t-on à nouveau appel à des médecins étrangers n'appartenant pas toujours à l'Union européenne, alors que l'on impose chez nous un *numerus clausus* sévère ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Monsieur le président, mesdames les ministres, mes chers collègues, ce projet de loi s'inscrit dans la lignée des rendez-vous de notre système de santé avec la réforme, comme ceux de 1995 et de 2004. À défaut d'avoir engagé une réforme globale, ces textes ont

permis de traiter les priorités du moment. Mais ce projet de loi s'attaque enfin, avec lucidité et courage, à deux faiblesses manifestes de notre système de santé : le pilotage trop fragmenté et mal coordonné de notre organisation sanitaire et celui de l'hôpital, marqué par une impuissance publique que soulignait déjà, en 2003, l'excellent rapport Couanau, qui n'a rien perdu de son actualité.

M. Pierre Méhaignerie. Absolument !

M. Yves Bur. La situation financière tendue de l'hôpital tient au fait que l'on n'a voulu ni anticiper ni même accompagner la réforme de la tarification. À cet égard, ce projet de loi n'est ni la première ni la dernière réforme, mais une étape nécessaire et réellement structurante dans notre laborieux cheminement collectif en vue de moderniser un système de santé ankylosé par les entraves que lui ont imposées, au fil des ans, les conservatismes et les corporatismes de toute nature.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Eh oui !

M. Yves Bur. Je rappelle en outre que les 9 milliards d'euros que représente la charge de la dette remboursée par la CADES ne sont que le triste résultat de notre incapacité à porter collectivement des réformes pourtant incontournables. Depuis les années quatre-vingt-dix, plus de 130 milliards de dette se sont ainsi accumulés.

Un pilotage territorialisé permettra de mieux appréhender les évolutions nécessaires pour prendre en compte les spécificités régionales, dans le cadre des priorités nationales de santé. À l'évidence, les ARS permettront d'apporter de la cohérence, donc de l'efficacité au système de soins. Un des enjeux de la réforme sera en effet d'améliorer sans délai l'organisation de l'offre de soins dans les territoires. Si celle-ci est anarchique, on peut craindre à court terme, du fait de l'évolution de la démographie médicale, un problème majeur en matière d'accès aux soins. Dans ce domaine, je regrette que le texte, un peu trop timoré, n'apporte que des perspectives incertaines. Espérons que les propositions des uns et des autres nous permettront d'avancer, car l'inquiétude des habitants de certains territoires fragilisés ne se satisfera plus de promesses qui n'engagent personne.

Si la structuration d'une offre de soins mieux répartie constitue la première mission des ARS, il ne faut pas négliger de poursuivre les efforts de régulation engagés par l'assurance maladie. Sur cette question sensible, je suis persuadé que le dispositif retenu facilitera un partenariat dynamique entre les ARS et les instances des organismes d'assurance maladie, sans que l'on déstabilise pour autant un organisme qui a besoin d'être conforté dans ses missions de régulation et de gestion du risque, qu'il assume avec une efficacité croissante.

Je considère par ailleurs que la place réservée aux conférences régionales de santé reste trop marginale. Elle n'est guère différente de celle que lui avait accordée votre administration, madame la ministre, après l'examen de la loi de santé publique de 2004. Pour rendre le système plus harmonieux, je reste persuadé qu'il faut responsabiliser davantage l'ensemble des acteurs, au lieu d'entretenir une méfiance jacobine et étatique. Tant pis si, au niveau des territoires, il faut prendre le risque de laisser les ARS sans contre-pouvoir.

En ce qui concerne l'hôpital, il est urgent de lever les freins à la modernisation, responsables de la situation actuelle. Je vous sais gré de mettre les hôpitaux et l'ensemble des acteurs face à leurs responsabilités, pour arrêter une dérive financière qui n'a pas empêché l'hôpital public

de perdre des parts de marché. L'hôpital doit être mieux piloté : il doit utiliser les enveloppes budgétaires avec davantage d'efficacité, et les contrats de retour à l'équilibre financier doivent être opposables, au lieu de n'être qu'un moyen comme un autre de retarder encore des réformes structurelles incontournables.

Enfin, au-delà de la politique de santé publique et d'autres sujets très sensibles, pouvez-vous nous garantir que nous allons appliquer dès cette année la loi de santé publique quinquennale ?

Ce qui est en jeu, à travers les dispositions innovantes du projet de loi, ce ne sont pas de nouvelles règles administratives ou une nouvelle répartition du pouvoir, mais bien la nécessité d'améliorer le parcours, la prise en charge et l'accompagnement thérapeutique des malades et des usagers, dans un système de soins mieux organisé, garant de plus de qualité, de sécurité et d'efficacité. C'est parce que vous portez ce projet avec courage et lucidité que nous serons à vos côtés. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

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

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Mesdames les ministres, nous sommes tous d'accord sur plusieurs éléments du diagnostic que vous avez formulé : l'hôpital public est malade, en partie parce que la médecine libérale ne parvient pas à remplir l'ensemble de ses missions, ce qui incite les patients à se présenter à l'hôpital même s'ils n'ont pas à utiliser le plateau hospitalier.

Oui, l'hôpital est malade, en dépit du dévouement remarquable des personnels, qui sont proches du *burn out*. Si la qualité des soins est encore satisfaisante, elle ne progresse plus autant qu'il serait nécessaire. L'égalité de l'accès aux soins recule sur le plan géographique et social : certains territoires sont devenus des zones blanches, et plus d'un quart des Français renoncent à des soins pour des raisons budgétaires. D'ailleurs, l'espérance de vie connaît des variations importantes en fonction des classes sociales. Quant à la prévention et à la santé publique, elles sont très déficitaires.

Si nous partageons votre diagnostic sur tous ces points, nous n'approuvons en revanche ni votre analyse des causes de la situation ni les solutions que vous proposez de lui apporter.

Pour l'hôpital public, nous souhaitons bien sûr une réforme, mais nous dénonçons l'erreur du Président de la République et la vôtre. Vous croyez que la modification de la gouvernance corrigera à elle seule les principales difficultés, sans qu'il soit nécessaire d'ajouter de moyens supplémentaires. Vous ne tenez pas compte du déficit qui se creuse dans presque tous les CHU de France, dont l'importance est plus grande encore que vous ne l'imaginez. M. Debré l'a rappelé lui-même : dans beaucoup d'hôpitaux, le nombre d'équipements récemment acquis a diminué, faute de ressources suffisantes. Vous envisagez de contenir les dépenses, qui ne couvrent déjà plus les besoins, ce qui signifie que, pour équilibrer les budgets, il faudra diminuer les effectifs : la France comptera bientôt quelques dizaines de milliers de personnels soignants de moins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Mais non !

M. Jean-Louis Touraine. Que ne proposez-vous les moyens du retour à l'équilibre pour l'hôpital public ? Si c'était le cas, nous pourrions discuter de la modification de sa gouvernance. Sinon, tout projet de réforme conduira obligatoirement à un échec. On soignera moins pour dépenser moins, et l'hôpital public deviendra une peau de chagrin.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Pas avec la TAA !

M. Jean-Louis Touraine. Les transferts partiels vers les équipements privés ne permettront pas d'assumer toutes les missions, notamment celles qui ne sont pas rentables.

Quant à votre méthode, elle est pour le moins étrange. Vous nous proposez de travailler sur des projets de communautés hospitalières de territoire. L'idée est intéressante. Mais pourquoi en avoir écarté la recherche clinique, traitée il y a quelques semaines dans la précipitation, et le CHU, pourtant au cœur du problème, qui va être analysé par la commission Marescaux ?

M. Jacques Domergue. Mais non !

M. Jean-Louis Touraine. Que vaut donc une communauté hospitalière sans CHU ? Que ferons-nous des recommandations de la commission Marescaux qui nous parviendront après l'étude du texte, à l'Assemblée nationale ?

Mme Michèle Delaunay. Elles iront à la poubelle !

M. Jean-Louis Touraine. Quant aux laboratoires de biologie médicale, ce serait une erreur d'ouvrir par ordonnance la majorité de leur capital à des groupes financiers qui n'ont aucune culture sanitaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* C'est pourtant ce qu'ont fait les socialistes !

M. Jean-Louis Touraine. Non, madame la ministre, aucun socialiste n'a proposé que vous régliez le problème par ordonnance.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Mais ils ont institué la concurrence entre les laboratoires !

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Il faut corriger l'inégalité de l'accès aux soins sur le territoire en accordant une aide plus importante aux médecins généralistes, faute de quoi ils ne s'installeront plus ni dans les régions déficitaires ni dans les autres, et rechercheront d'autres débouchés.

Vous parlez de santé publique mais, par frilosité et manque d'ambition, vos propositions restent inefficaces. Vous n'évoquez même pas la lutte contre l'obésité et contre le diabète. Enfin, si vous avez réfléchi à l'éducation thérapeutique, qui relève de la prévention secondaire, qu'en est-il de toute la prévention primaire, insuffisante dans notre pays, pour laquelle il faut manifestement prévoir un budget ?

M. le président. Votre temps est écoulé, monsieur Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je termine, monsieur le président. Les moyens sont insuffisants, me direz-vous. Il y a pourtant des ressources.

M. Jacques Domergue. C'est fini !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. M. Touraine n'a pas le souci des autres députés !

M. Jean-Louis Touraine. Vous pourriez vous inspirer de ce que recommandait Marc Twain...

M. le président. Monsieur Touraine, vous avez déjà dépassé votre temps de parole.

M. Christian Eckert. D'autres l'ont dépassé avant lui, qui ont tout de même pu terminer leur intervention !

M. Jean-Louis Touraine. Hier, quand Mme Péresse nous a fait part de son amour pour la communauté universitaire, elle m'a fait penser à ces chasseurs qui prétendent aimer les animaux...

M. Jacques Domergue. Coupez !

M. le président. Monsieur Touraine...

M. Jean-Louis Touraine. Madame la ministre, j'espère que vous n'allez pas, à votre tour, avouer votre flamme pour le monde hospitalier.

Mme Valérie Boyer. Que de poncifs !

M. Jean-Louis Touraine. Celui-ci souffre.

Mme Valérie Boyer. C'est nous qui souffrons en vous écoutant.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Oui, c'est pathétique !

M. Jean-Louis Touraine. Mais ces personnels sont dévoués et les Français, qui y sont très attachés, vous demandent pour l'hôpital des moyens plus importants. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mesdames, messieurs les députés, nous examinons enfin en séance publique ce texte sur lequel nous avons beaucoup travaillé ensemble depuis de longs mois. En effet, vous avez, madame la ministre, largement associé la représentation nationale à la préparation de ce texte tant attendu, mais aussi les professionnels de santé et les représentants des usagers ; permettez-moi de vous en remercier tout comme notre collègue et rapporteur, Jean-Marie Rolland, qui a beaucoup œuvré.

Ce projet de loi, ambitieux et cohérent, participe de la volonté du Gouvernement de répondre aux attentes et aux besoins de nos concitoyens en matière de santé.

Cette modernisation globale du système de santé, appelée de ses vœux par le Président de la République, apporte des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins, la lutte contre les « déserts médicaux », le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé.

Mon expérience professionnelle passée me permet d'appréhender ce texte avec les yeux de l'usager et aussi de celle qui a travaillé au cœur de notre système de santé pendant plus de vingt ans.

Je ne m'attacherai pas aux mesures organisationnelles, voire de spécialistes, mais à celles qui changent la vie des malades, puisque c'est pour eux que nous œuvrons.

Le titre I^{er} est consacré à cette réforme importante et indispensable de l'hôpital, ce dont nous nous félicitons. Il est nécessaire que son fonctionnement soit modernisé et que les liens entre la médecine de ville et le médico-social soient renforcés. À ce titre, les maisons médicales de territoire me semblent vraiment répondre aux besoins exprimés par les professionnels de santé, médecins et paramédicaux, tout comme par les patients. Je retiens que l'article 17 traite enfin, et c'est une première très attendue depuis des années, du principe général de coopération entre professionnels de santé. Le professionnel pourra intervenir dans les limites de ses connaissances et de son expérience, les coopérations seront encadrées par des protocoles validés par la Haute autorité de santé et, bien évidemment, tout ceci sera examiné au sein des agences régionales de santé. Je me réjouis de cette mesure attendue depuis très longtemps.

J'insiste aussi sur l'importance des maisons de santé de territoire destinées aux déserts médicaux dans les zones rurales, ou urbaines sensibles, dans lesquelles elles trouveront, je le pense, toute leur mesure.

Nous traiterons également – et ce sera l'objet du titre II – de la répartition des médecins sur le territoire et de l'accès aux soins de ville. Je me réjouis que les soins de premier recours fassent leur entrée dans le code de la santé publique et que la filière de médecine générale soit ainsi revalorisée. Pour assurer un meilleur accès au médecin de garde, la permanence des soins sera désormais organisée au niveau de chaque région, prenant ainsi en compte les spécificités locales.

Mais c'est surtout du titre III que j'attends beaucoup. En effet, j'attache, vous le savez, une grande importance au renforcement de la politique de prévention qui, pour la première fois, et il est bon de le souligner, va être très largement prise en compte. Cela répond également au souci du Président de la République qui l'a largement exprimé à Bletterans. Il est en effet nécessaire que certaines dispositions trouvent leur place dans ce texte.

Je souhaite qu'au travers des propositions formulées, tant par le Gouvernement que par la représentation nationale, nous puissions améliorer la vie quotidienne des Français par des mesures concrètes touchant à leur santé. Plusieurs propositions ont été faites en matière de prévention. Je pense quant à moi à la promotion de l'allaitement maternel, à l'amélioration de

la qualité nutritionnelle dans les cantines scolaires, à la possibilité de mieux se nourrir grâce à la création de tickets restaurant permettant d'acheter des fruits et légumes. Ces mesures ne sont pas des gadgets car, mises bout à bout, elles participeront à l'amélioration de notre qualité de vie et de notre santé.

Je voudrais aussi revenir sur le débat touchant à la formation et à la télévision. Il est nécessaire que la télévision redevienne le grand outil d'éducation populaire qu'elle a été à une époque et que nous devons promouvoir aujourd'hui. Nous sommes, semble-t-il, dans l'attente d'une charte dans laquelle certaines questions pourront être évoquées, je l'espère franchement. Des débats sont attendus. Ainsi, faut-il interdire complètement la publicité des écrans jeunesse ? Nous devons en discuter. Faut-il les accompagner de messages éducatifs ? Je le pense sérieusement.

Bien évidemment, il n'a jamais été question de s'opposer à l'industrie agroalimentaire, bien au contraire, mais il est tout de même nécessaire de réfléchir à une répartition équilibrée des messages, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. En effet, vous le savez, car nous en avons beaucoup débattu, des fléaux, comme l'obésité, font souffrir nombre de personnes en France.

M. le président. Veuillez conclure, madame Boyer.

Mme Valérie Boyer. Il convient de prendre des mesures en la matière.

Madame la ministre, je me réjouis que nous puissions aborder, grâce à ce projet, des problèmes tels que la prévention santé et environnement, et l'amélioration de la vie des personnes atteintes du sida.

Outre les mesures ambitieuses sur l'organisation régionale, je retiens de ce texte que le malade est placé au centre du dispositif et qu'il est entendu concrètement dans son rapport à la santé ...

M. le président. Il faut conclure maintenant.

Mme Valérie Boyer. ...grâce aux maisons de santé de territoire, à l'éducation thérapeutique et à la coopération médicale.

Je termine, monsieur le président.

M. le président. Vous devriez l'avoir fait depuis longtemps !

Mme Valérie Boyer. Ce texte sur la santé publique nous permettra également de débattre largement de la prévention. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Flory, pour cinq minutes et pas une de plus !

M. Jean-Claude Flory. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, en matière de santé publique, de nouveaux impératifs s'imposent aujourd'hui. Même si les chances de guérison augmentent, le cancer est devenu la première cause de mortalité en France. La maladie d'Alzheimer concerne aujourd'hui directement près d'un million de personnes, bouleversant la vie quotidienne des patients concernés et de leurs familles. La lutte contre l'obésité, infantile en particulier, est aussi un témoin, parmi tant

d'autres, de ces évolutions sociétales, appelant un nouvel équilibre entre prévention et soins. Des pôles de compétences bien identifiés au niveau national sur la nutrition, mais aussi sur le diabète, prennent toute leur justification dans le domaine de la prévention.

Ces évolutions majeures se conjuguent aussi avec des changements démographiques significatifs. Pendant plusieurs décennies, nous avons vécu un cycle de concentration urbaine. Paradoxalement, nos territoires ruraux et périurbains vivent aujourd'hui une attractivité renouvelée, mais connaissent un maillage médical souvent défaillant.

Ces changements profonds, sanitaires, démographiques et sociétaux appellent une refonte de l'organisation du système de soins pour assurer l'accès de tous les citoyens à des soins de qualité.

Nous le savons, nos hôpitaux ont souffert du *numerus clausus* trop sévère. Nos hôpitaux ont aussi souffert de l'application des 35 heures, constat très largement partagé.

Mme Valérie Boyer. Bravo !

M. Marc Le Fur. C'est vrai, il faut le dire !

M. Jean-Claude Flory. Notre système de santé doit être réhabilité et conforté, pour assurer les meilleures conditions de sécurité sanitaire dans tous les territoires.

Madame la ministre, vous avez proposé que, d'ici à deux ans, 90 % de la population soit prise en charge en moins de vingt minutes par une structure d'urgence. Ce taux est aujourd'hui de 80 %. Je partage votre volontarisme sur ce sujet prioritaire pour la nation et nos concitoyens.

En matière de sécurité médicale, il nous faut trouver un bon équilibre, en fonction, bien sûr, du nombre d'actes. Il est également nécessaire de prendre en considération l'accessibilité des populations de tous les territoires au bon niveau de soins.

Une analyse fine et ciblée, par bassin de vie, doit permettre d'identifier des établissements de santé à la mission élargie du fait de particularités : éloignement géographique, densité de population âgée, pour ne citer que quelques critères. Cette analyse, qui doit être conduite au niveau régional, sur la base d'orientations nationales, est déterminante pour définir le bon niveau d'accès aux soins sécurisés.

Néanmoins, le premier facteur le plus influent en matière d'offre de soins est humain. La première richesse de notre système de soins, ce sont les hommes et les femmes qui s'engagent chaque jour aux côtés des patients. Il faut leur rendre un hommage particulier, qu'il s'agisse de membres du personnel non médical ou médical. Le personnel médical assurant par sa réputation l'attractivité d'un établissement de santé, le corps médical a un rôle stratégique déterminant.

Il est nécessaire que des cadres hospitaliers mobilisent tout ce potentiel humain. À l'hôpital, le directeur général et les directeurs fonctionnels doivent être de véritables gestionnaires, responsables des ressources humaines, des engagements financiers de leur établissement, aux capacités d'action renforcées. Leur formation initiale, leur parcours de formation continue, l'ouverture des possibilités de recrutement, doivent leur donner la meilleure maîtrise réactualisée des outils de gestion.

Pour conclure, je souhaite évoquer un sujet qui sera abordé par ailleurs : la sécurité des personnels de santé.

L'hôpital est un lieu d'accueil, un lieu de soins, un lieu ouvert. S'il protège, l'hôpital et les personnels hospitaliers doivent aussi être protégés. La sécurité de ceux qui se déplacent à domicile doit aussi être assurée. Une réflexion avec les organisations professionnelles d'infirmiers a été amorcée, s'agissant d'un bip personnel relié aux services de sécurité publique. C'est une réponse partielle, mais néanmoins opérationnelle, qui mérite d'être généralisée.

Améliorer la coordination des acteurs, veiller à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire pour garantir l'accès de tous à des soins de qualité constituent des enjeux majeurs pour notre pays.

Bravo, madame la ministre, pour votre engagement sur ces propositions et pour le texte dont nous débattons aujourd'hui !

La santé est l'une des préoccupations majeures des Français. Elle mérite un débat constructif et la mobilisation de tous ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Marc Le Fur qui, en tant que vice-président, bénéficiera, pour l'exemple, d'un temps de parole de quatre minutes trente ! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Qui aime bien châtie bien !

M. Marc Le Fur. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, je n'aborderai devant vous qu'un seul sujet : la démographie médicale. Ce n'est pas *un* problème, mais *le* problème qui se pose dans bien des zones dépourvues de médecins généralistes et de médecins spécialistes. Savez-vous que, dans ma circonscription, six mois sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste ?

M. Élie Aboud. Parfois plus !

M. Marc Le Fur. Face à cela, que se passe-t-il ? Les maires paniquent et sollicitent des cabinets pour rechercher les médecins. Que puis-je répondre aux maires d'un canton qui compte quatre médecins, mais dont trois partiront à la retraite dans deux ans ? Donnez-moi des éléments de réponse. Je vous fais confiance ! Il faut savoir que les moyennes sont particulièrement trompeuses. Les moyennes nationales et régionales – en Bretagne, par exemple – sont satisfaisantes, en termes de médecins généralistes. Toutefois, certaines zones sont déjà dépourvues de médecins. En région PACA, nous rencontrons les deux extrêmes. Des secteurs comptent déjà trop de médecins, ce qui soulève d'autres difficultés, alors qu'il en manque dans les Alpes du Sud. Le problème de la permanence des soins n'est que le révélateur des difficultés de demain en matière de démographie médicale, parce que l'on oublie un élément majeur : l'âge des médecins en activité. Des solutions incitatives existent, mais je dois reconnaître que j'en doute quelque peu aujourd'hui. Les maisons médicales donnent satisfaction. La très belle maison médicale de Loudéac a permis de conforter la situation des médecins, qui sont à l'aise et heureux de travailler en partenariat avec les infirmiers et autres professions de santé. Nous n'avons pas pour autant attiré de jeunes médecins.

Je ne crois pas davantage aux incitations financières. Parlons vrai ! Dans les zones à faible densité, les médecins généralistes multiplient les actes et gagnent correctement leur vie. Donner quelques sous en plus ne permettra pas d'en attirer. Aujourd'hui, s'agissant des jeunes médecins, l'arbitrage se situe entre l'argent et le temps. Cela concerne particulièrement les jeunes femmes, qui sont nombreuses, ce dont on peut se réjouir, mais qui ont d'autres exigences que leurs prédécesseurs. Nous devons savoir les attirer. Je doute en particulier de la fameuse carte médicale en peau de léopard. Ainsi, on attirera, au mieux, un médecin dans les petits cantons, mais cela ne permettra pas d'ouvrir un cabinet médical, seule solution satisfaisante, puisque collective.

Je préconise donc des solutions volontaristes. Je suis attaché au principe de la médecine libérale mais je suis convaincu que si elle ne sait pas prendre ce tournant, dans deux ans, trois ans, peut-être même avant, on exigera de nous que nous ouvrons des dispensaires composés de médecins salariés ! C'est précisément pour éviter cela que nous devons savoir adapter les principes auxquels nous sommes attachés. Mon idée est très simple. Il existe des secteurs où la démographie médicale est satisfaisante, voire excessive. Il faut donc y tarir l'installation en appliquant un principe simple : la liberté d'installation demeurerait, mais un médecin ne pourrait s'installer qu'à condition de remplacer un confrère. Le nombre de médecins serait donc maintenu sans toutefois être augmenté. Dans tous les autres secteurs, la liberté serait totale.

Je réponds donc à la volonté du Président de la République qui a expliqué qu'en matière de démocratie médicale il fallait au minimum s'inspirer des négociations entre l'assurance maladie et les infirmières, ces dernières ayant accepté de ne pas s'installer dans les zones où les professionnels sont trop nombreux.

L'assurance maladie ne peut pas rester les bras ballants. Comme le dit le Président de la République, elle n'a pas vocation à tout prendre en charge sans rien contrôler, sans rien réguler.

Nous devons donc adapter nos grands principes de façon à distinguer deux types de zone. Nous inciterons ainsi implicitement les uns et les autres à aller vers les secteurs où nous avons besoin de médecins.

Enfin, que l'on ne nous dise pas que ce n'est pas l'avis des médecins. J'ai eu, au téléphone, le président de l'Ordre de mon département. Les médecins, dans ces secteurs, demandent de telles solutions, parce qu'ils se rendent compte de la situation. J'ai reçu il y a quelques jours dans ma permanence un médecin, pratiquement à bout, qui se demandait quoi faire. Il n'arrive plus à fermer sa porte car les malades débarquent en permanence chez lui. Ce que je crains, c'est que lui et d'autres ne fuient demain, à cinquante-cinq, cinquante-six ou cinquante-sept ans, vers la médecine salariée, qui leur offre un genre de vie plus satisfaisant à bien des égards.

Que l'on ne nous dise pas non plus qu'on verra demain, car nous n'avons qu'une seule occasion de résoudre le problème, c'est ce texte. Si nous loupons cette marche, au terme de notre mandat, nous n'aurons rien à dire sur le sujet. Nous devons donc nécessairement prendre des mesures.

Le bon peuple a parfois le sens des mots fleuris et des expressions qui parlent. Quand la vache est malade le dimanche, dit-on chez moi, le véto, on l'a. Quand c'est la grand-mère, il faut

attendre le lundi. Nous devons savoir répondre à ces récriminations peut-être simplistes, mais particulièrement claires. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, les Français sont attachés à leur hôpital public et, contrairement à une idée reçue et véhiculée par ceux qui veulent faire apparaître le secteur privé comme un modèle de performance, la part des dépenses maladie consacrées à l'hôpital public a baissé depuis vingt ans, passant de 42 à 34 %. C'est la Fédération hospitalière de France qui l'affirme.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Elle est d'ailleurs d'accord avec le projet !

Mme Monique Iborra. La Cour des comptes, elle, constate en 2007 que les dépenses des établissements publics sont inférieures de 187 millions d'euros à l'objectif fixé, alors que celles des cliniques privées le dépassent de 168 millions d'euros. Quant aux dépenses de ville, la dérive dépasse 3 milliards d'euros, en l'absence de tout mécanisme de régulation. Et vous, vous instituez les franchises médicales, qui taxent les malades.

Réformer l'hôpital à l'occasion d'une loi qui met au premier plan la gestion financière n'est pas à la hauteur des enjeux. C'est pourtant ce que vous allez tenter de faire, même si vous déclarez le contraire.

Du point de vue organisationnel, il est vrai que l'hôpital peut être considéré comme une juxtaposition d'intérêts catégoriels, à qui il manque un intérêt commun, une vision prospective commune à tous – en particulier aux personnels soignants, que votre projet de loi ignore superbement.

L'hôpital, en effet, est déjà organisé d'une manière trop verticale, trop technocratique, trop administrative au regard des services de soins, qui sont les unités de base, au plus près des malades.

Madame la ministre, vous allez aggraver considérablement cet état de fait, pourvoyeur de dysfonctionnements, en donnant tout pouvoir à un directeur tout-puissant, mais sur un siège éjectable, niant par là même que l'hôpital n'est pas n'importe quelle entreprise, que la communauté médicale n'est pas constituée de simples techniciens venant éclairer les décisions d'un PDG qui, désormais, peut ne pas être issu de l'École nationale de la santé publique, en rentrant dans le carcan d'abord financier du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Conformément à la pensée sarkozyste, vous voulez mettre au pas les médecins, comme les chercheurs à l'université, les enseignants de l'éducation nationale, les juges, les élus, que vous méprisez.

Ce n'est pas, comme vous le proposez, d'un patron tout-puissant ou d'une organisation pyramidale que l'hôpital a besoin, c'est de plus de souplesse, de transversalité, au plus près des réalités des malades et donc des services de soins.

L'hôpital a également besoin de moyens, vous consentez à l'affirmer sous la pression, contredisant d'ailleurs les affirmations du Président de la République. Qui croire ? Vous le savez, les situations déficitaires se multiplient, qui n'arrivent pas toutes, heureusement, à l'état de redressement, mais elles existent. La Fédération hospitalière de France,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Qui soutient toujours mon projet !

Mme Monique Iborra. ...qui, par ailleurs soutient votre projet, alerte sur cette situation et déclare que ce sont près de 20 000 emplois qui sont menacés sur l'ensemble du territoire.

La convergence des tarifs du secteur public et de ceux du secteur privé en 2012 ne fera qu'accentuer cet état de fait et conduira au démantèlement du secteur public de santé. L'objectif est, en effet, de mettre le secteur public en concurrence directe avec le secteur commercial, qui, par ailleurs, attire de nombreux investisseurs étrangers, beaucoup plus en France que dans d'autres pays européens, comme le groupe Générale de santé, qui, en 2006, a réservé 420 millions d'euros à ses actionnaires.

Faire converger les tarifs du public et ceux du privé suppose que leurs missions et leurs contraintes de fonctionnement soient les mêmes, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui et ne le sera probablement pas demain, les hôpitaux traitant les cas les plus lourds et donc les moins rentables.

M. le président. Veuillez conclure.

Mme Monique Iborra. Décidément, madame la ministre, votre réforme n'est pas la nôtre. Elle n'est pas moderne, elle est archaïque, parce que centralisatrice et autoritaire.

Je terminerai en évoquant les agences régionales de santé.

M. le président. Il vous reste cinq secondes.

Mme Monique Iborra. Elles ont été préconisées par la gauche, mais votre projet ne semble pas permettre les avancées démocratiques et sociales auxquelles nous aspirions quand nous les défendions.

En effet, comme c'est l'habitude avec ce gouvernement, les élus se retrouvent sur des strapontins. Centralisation, étatisation, autoritarisme ambiant, voilà votre philosophie.

M. le président. Veuillez terminer.

Mme Monique Iborra. Ce que vous avez appelé régionalisation n'est en fait qu'une organisation rigide, sous l'autorité d'un directeur tout-puissant. Le syndrome du chef, si cher au Président de la République, réapparaît ici.

M. le président. Votre temps de parole est épuisé, madame Iborra.

Mme Monique Iborra. Votre réforme ne se fera cependant pas sans les élus, car il s'agira de bien définir des territoires où les élus, usagers, citoyens, se reconnaissent au moins autant que l'administration qui décidera de tout mais ne fera rien d'efficace sans eux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, vous nous présentez un projet important, un texte de fond, qui repose sur trois fondements : la modernisation de nos établissements de santé, la démocratisation de notre système de santé et ce qu'on appelle la préventologie, la prévention en santé publique.

Le premier fondement est donc la modernisation de nos établissements de santé. Notre pays dispose aujourd'hui de l'un des meilleurs systèmes de protection sociale au monde, qui repose sur le principe de solidarité. Pourtant, vous avez décelé des failles, qui ne sauraient perdurer sans porter atteinte, à terme, à la qualité des soins.

Afin de rendre nos établissements de santé plus efficaces, vous avez clarifié leurs missions. Vous avez osé imaginer des solutions d'ouverture aux établissements privés en cas de carence ou d'engorgement du système public, tout en souhaitant leur modernisation.

L'ouverture à la modernité, c'est aussi les contrats d'objectifs et de moyens, le contrat rénové de droit public qui pourra être proposé aux praticiens hospitaliers, la possibilité de recourir à des professionnels ayant une expérience dans le secteur privé plutôt que, de façon systématique et trop hasardeuse parfois, à l'intérim. Je défendrai d'ailleurs un amendement en ce sens.

Enfin, la création de la communauté hospitalière de territoire et l'émergence des groupements de coopération sanitaire donnent du sens à l'engagement collectif.

Le deuxième fondement est la démocratisation de notre système de santé. Sous le titre II et le titre IV, vous affirmez votre volonté de rendre les soins accessibles à tous, quels que soient la catégorie sociale à laquelle on appartient, l'endroit où l'on vit ou les revenus dont on dispose.

L'accès de tous à des soins de qualité nécessite des réorganisations. Nous avons longtemps vécu avec l'idée que, en la matière, qualité rimait avec proximité. C'est faux. Aujourd'hui, les esprits ont avancé. Chacun s'accorde à penser que la qualité des soins dépend aussi de la qualité des plateaux techniques et de la pratique des soignants.

Enfin, pour ce qui est de la prévention, l'éducation thérapeutique est une priorité nationale. Je ne parlerai pas de l'obésité, ou d'autres thèmes qui ont été évoqués. Je voudrais juste dire que les travaux de l'Institut national de veille sanitaire doivent être facilités, notamment par une meilleure transmission des données. C'est l'objet d'un autre amendement que je défendrai.

Pour la prévention en matière d'alcool, on peut regretter que la distinction entre le vin et les alcools forts n'ait pas été établie et reconnue. Ainsi, les productions de terroirs, qui ne sont évidemment pas responsables des taux d'alcoolémie élevés constatés dans les départements les plus exposés ou dans les lieux fréquentés par les jeunes, risquent d'être menacées par des mesures à caractère trop général. Je sais que vous distinguez nettement ces différents types de consommation. Pourquoi ne pas le faire dans ce texte ? L'opinion est certainement plus mûre que l'on ne croit pour l'accepter.

Madame la ministre, ce texte constitue une incontestable avancée. Vous avez conçu un projet qui, à l'évidence, cherche à améliorer notre système de santé. Trois mots le caractérisent :

efficacité, clarification, volonté d'avancer. Vous avez eu bien raison de parler, dans votre présentation, de notre patrimoine. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Vincent Descoeur.

M. Vincent Descoeur. Monsieur le président, mesdames les ministres, mes chers collègues, compte tenu du temps qui m'est imparti, j'ai fait le choix d'aborder la question de l'offre de soins de premier recours et de l'égalité d'accès à ces soins, question ô combien préoccupante dans un département rural de moyenne montagne comme celui dont je suis l'élu, le Cantal. Dans mon département, les effets conjugués de la démographie médicale et de l'âge des médecins généralistes laissent redouter l'apparition de déserts médicaux à très court terme.

M. Christian Paul. Cela ne fait aucun doute !

M. Vincent Descoeur. L'objectif affiché par votre texte, madame la ministre – et qui, à mes yeux, ne peut qu'être partagé –, est de réduire les inégalités d'accès aux soins sur le territoire, inégalités qu'a pointées du doigt le rapport de la mission d'information sur l'offre de soins, à laquelle j'ai participé avec beaucoup d'intérêt.

Ce qui importe aujourd'hui, ce qui est de notre responsabilité, c'est d'apporter des réponses concrètes et de nature à inverser cette tendance.

J'ai réuni des médecins généralistes de ma circonscription. Dans plusieurs secteurs géographiques, près de 30 % d'entre eux, parfois 50 %, seront amenés à faire valoir leurs droits à la retraite dans un délai d'à peine cinq ans. Nous ne pouvons donc plus attendre et devons agir à deux niveaux, dès la formation universitaire et au moment où intervient la décision d'installation ou, plutôt, le choix du lieu d'exercice.

S'agissant de la formation universitaire, la médecine générale, qui est une spécialité, doit être reconnue comme telle. Elle doit profiter d'enseignants reconnus et les étudiants doivent pouvoir faire des stages leur permettant de découvrir l'exercice de la médecine générale, en particulier en milieu rural, auprès de médecins expérimentés, motivés, formés pour les accueillir et, bien sûr, indemnisés. À n'en pas douter, les stages en situation et, demain, les remplacements tutorés peuvent inciter des étudiants à s'installer en milieu rural, très souvent sous-doté.

En ce qui concerne le choix du lieu d'installation, nous sommes confrontés à l'éternel débat sur la pertinence de mesures incitatives ou contraignantes. Ma préférence va à des mesures incitatives de nature à orienter le choix des étudiants vers les zones sous-dotées : octroi de bourses, projets de maisons pluridisciplinaires ou de maisons de garde, autant d'initiatives que vous proposez et qui sont susceptibles d'améliorer les conditions de travail des jeunes médecins et de rendre moins contraignant l'exercice de la médecine générale, car il s'agit davantage – ne l'oublions pas – d'une question de conditions de travail que d'une question de revenus.

Des mesures contraignantes, d'un autre côté, pourraient se révéler contre-productives, si elles détournent de l'exercice de la médecine générale des étudiants déjà trop peu nombreux.

Cependant, compte tenu de l'urgence et de l'enjeu que représente le renouvellement des médecins généralistes, j'insiste sur le fait que ces mesures incitatives devront faire l'objet

d'une évaluation sans concession, permettant de s'assurer de leur pertinence. S'il s'avérait qu'elles sont inefficaces ou pas assez efficaces pour repousser le spectre de la désertification, il faudra alors, comme l'ont indiqué plusieurs collègues, se résoudre à faire le choix de mesures plus contraignantes, visant en particulier à encadrer l'installation dans les zones surdotées.

Mes chers collègues, nous avons une obligation de résultat. Nos concitoyens, les habitants des territoires déjà sous-dotés, leurs élus, légitimement inquiets, attendent que nous prenions des mesures concrètes et efficaces. De l'égalité d'accès aux soins – et j'aurais pu étendre mon propos à de nombreuses spécialités – dépend l'attractivité de ces territoires, en particulier des territoires ruraux et de moyenne montagne.

Qu'il me soit permis de rappeler, madame la ministre, que l'égalité d'accès aux soins, qui repose sur la proximité de l'offre de soins, doit être appréhendée en termes de délais de déplacement. Vous le savez, c'est l'une des préoccupations des élus de la montagne, que vous avez bien voulu recevoir récemment, ce dont je vous remercie.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Descoeur.

M. Vincent Descoeur. Comme de nombreux collègues, j'attends beaucoup de ce texte. Il peut être enrichi de quelques amendements, en particulier de ceux qui s'inspirent des conclusions de la mission d'information sur l'offre de soins. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

M. le président. La parole est à M. Paul Jeanneteau.

M. Paul Jeanneteau. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, la santé, selon la définition de l'OMS, n'est pas la simple absence de maladies ou d'infirmités, mais un état de bien-être total, physique, social et mental de la personne. N'étant plus considéré comme l'état contraire de la maladie, l'état de bonne santé repose, certes, sur des actes médicaux, mais aussi sur des politiques en termes d'environnement, d'aménagement du territoire et, bien sûr, de prévention.

Si la plus grande partie de cette loi Hôpital, patients, santé et territoires concerne la gouvernance de l'hôpital, la création d'agences régionales de santé ou la permanence des soins, elle comporte un volet « prévention et santé publique » qui ne doit pas être occulté.

La prévention a longtemps été le parent pauvre des politiques publiques en matière de santé. Or, en prévenant l'apparition de pathologies, en évitant à la société de payer un lourd tribut en potentiel humain perdu, la prévention, au-delà de ces aspects social et humain très importants, génère des économies substantielles pour la solidarité nationale.

La prévention, c'est utiliser au mieux un arsenal thérapeutique de plus en plus puissant, pointu et complexe. Compte tenu de l'utilisation de médicaments à marge thérapeutique étroite ou de molécules sortant de la réserve hospitalière, de l'administration de médicaments nécessitant une maîtrise fine de données biologiques, l'éducation thérapeutique du patient est devenue une nécessité.

Grâce à une meilleure observance du traitement et à une meilleure prise en charge de sa maladie, l'éducation thérapeutique optimise la sécurité et la qualité de vie des patients. De par

leurs relations privilégiées avec leurs patients, les professionnels de santé de proximité doivent prendre toute leur place dans cette éducation thérapeutique.

À son titre III, le texte de loi que vous nous proposez, madame la ministre, prévoit l'interdiction de la vente d'alcool au forfait, communément appelée *open bar*, et un encadrement plus strict de certains types de vente d'alcool. Il ne s'agit pas de stigmatiser le comportement des plus jeunes de nos concitoyens, mais de poser des repères, des interdits qui doivent amener chacun à s'interroger : les jeunes, bien sûr, mais aussi le monde des adultes, qui doit prendre ses responsabilités.

Il faut alerter les jeunes sur les conséquences dramatiques pour leur organisme de l'absorption très rapide et massive d'alcool, phénomène connu sous le nom de *binge drinking*. Ce n'est pas la fête qui est en cause, mais l'usage distordu de l'alcool : trop d'alcool tue la fête. Nous ne pouvons pas continuer à cautionner les pertes en vies humaines attribuables à l'abus d'alcool. Nous devons absolument préserver le capital santé des jeunes.

Il me semble que ce titre III pourrait être utilement complété par quelques amendements concernant la « cyberdépendance », c'est-à-dire la dépendance aux jeux électroniques, via l'informatique. Une utilisation excessive peut provoquer dans certains cas une véritable conduite addictive, laissant apparaître des troubles psychiques, un repli sur soi, parfois même des troubles physiques.

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

M. Paul Jeanneteau. Là encore, il ne s'agit pas de stigmatiser les joueurs ou le jeu lui-même, mais de proposer des mesures permettant de limiter une pratique excessive.

Mme Fabienne Labrette-Ménager. Très bien !

M. Paul Jeanneteau. Certes, il s'agit d'un phénomène encore récent, mais tous les spécialistes s'accordent pour dire qu'il est en forte croissance. Différentes études permettent de penser que la France compte entre 200 000 et 600 000 joueurs cyberdépendants.

Cette addiction est donc particulièrement préoccupante, notamment lors de l'adolescence, période importante au cours de laquelle le jeu à outrance peut avoir des effets négatifs. C'est pourquoi il semblerait raisonnable de prendre des dispositions destinées à améliorer la prévention et la prise en charge d'un phénomène appelé, sans aucun doute, à se développer.

Les mesures que vous proposez au titre III nécessitent courage politique et détermination. Je me félicite de votre volonté d'inscrire dans la loi des mesures destinées à garantir et à protéger la santé des plus jeunes de nos concitoyens. Elles prennent toute leur place au sein d'un texte de loi essentiel pour l'avenir de notre système de santé, texte de loi auquel j'apporte, bien sûr, mon plein et entier soutien. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

M. le président. La parole est à M. Patrick Lebreton.

M. Patrick Lebreton. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, beaucoup d'entre nous, impliqués au plus près de leurs territoires, dans leurs hôpitaux, voient depuis des années l'hôpital public souffrir et s'éteindre peu à peu.

Malheureusement, il ne nous semble pas que ce texte de loi nous propose de réelles solutions pour sauver notre système de soins de qualité.

On pourra bientôt nous reprocher d'ouvrir des cliniques privées dans nos circonscriptions, de laisser ces dernières prendre le pas sur le service public auquel nous tenons, mais nous laissez-vous vraiment le choix ? Devrions-nous, là où l'État s'efface, laisser le désert médical s'installer ?

Ce projet de loi ne nous paraît pourtant pas à la hauteur des enjeux : financement inexistant, démantèlement organisé du service public au profit du privé, « préfectoralisation » de la santé, et un volet « prévention et santé publique » réduit à la portion congrue.

Si nous ne sommes pas opposés à la création des agences régionales de santé, nous sommes pourtant en désaccord avec cette logique de centralisation autour du préfet. Il s'agit d'une réforme organisationnelle dans le secteur sanitaire, hospitalier et ambulatoire qui ne va qu'accentuer les dérives constatées ces dernières années et rendre un peu plus inéluctable l'avènement d'une médecine à deux vitesses.

Je m'interroge sur les réelles ambitions de ce projet, tout comme les professionnels de la santé, du paramédical et du médico-social. Les hôpitaux de proximité, placés sous la coupe des agences régionales de santé et des communautés hospitalières de territoire, deviendront-ils tous des unités de gériatrie, comme dans ma circonscription du sud de La Réunion ?

L'hôpital public reste et devrait toujours rester le recours en matière de santé pour les plus démunis. Croyez-vous vraiment, madame la ministre, que les cliniques privées chargées de missions saucissonnées de service public accueilleront naturellement les plus précaires, les bénéficiaires de la CMU ? Laisserons-nous le service public s'éparpiller et être choisi à la pièce, en fonction de sa seule rentabilité ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Quelle caricature !

M. Patrick Lebreton. L'hôpital est donc sommé d'être rentable, les déficits accumulés pèsent sur les patients, qui ne sont plus les objets de la loi, mais les coupables.

M. Paul Jeanneteau. C'est n'importe quoi !

M. Patrick Lebreton. Les déficits ne sont pas une fatalité et la santé des Français ne doit pas être une variable d'ajustement. L'élargissement de la place de l'assurance complémentaire au détriment de la sécurité sociale est régulièrement constaté. Tous nos concitoyens ne peuvent pas se permettre de recourir à une mutuelle fiable. Mais qu'importe, puisque les objectifs économiques prennent le pas sur les enjeux de santé publique ?

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

M. Jacques Domergue. Savez-vous combien nous investissons dans la santé ? 11 % du PIB !

M. Patrick Lebreton. À toutes ces mesures s'ajoute la T2A, car l'hôpital est devenu une entreprise qui produit des soins, et qui dit productivité dit rentabilité.

M. Jacques Domergue. Qu'est-ce qu'il ne faut pas entendre !

M. Patrick Lebreton. S'amorce alors le processus injuste de la sélection du patient.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Vous insultez les professionnels de santé !

M. Patrick Lebreton. Quant aux territoires, il est à craindre que les disparités spatiales n'aient pas été suffisamment prises en considération. Dois-je vous rappeler les chiffres du Secours populaire, selon lesquels 17 % des personnes n'ont pu être soignées en 2008 pour des raisons d'éloignement géographique ?

Les plans de réorganisation ou de cohérence des hôpitaux, conduiront certaines populations isolées à une plus grande marginalisation sanitaire, plus particulièrement dans les territoires ultramarins. Situation rendue encore plus précaire par l'abandon en 2003 de l'obligation pour les médecins de participer à la permanence des soins. Dans les zones rurales, l'infirmière s'est substituée aux médecins, mais pour combien de temps ?

L'inscription du médecin généraliste de premier recours est un pas en avant, vers une meilleure régulation,...

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Quand même !

M. Patrick Lebreton. ...mais il aurait fallu aller plus loin. C'est un plan de sauvetage de l'hôpital sur tout le territoire qu'il faut élaborer, en valorisant la place de chacun et en maintenant un socle de service public.

M. Jacques Domergue. C'est le but de la réforme !

M. Patrick Lebreton. Nous devons encourager la démocratie sanitaire ; les élus et les professionnels ne sont pas des consultants, mais des acteurs de leur territoire. Ils doivent avoir leur place au sein des agences régionales de santé et voix au chapitre pour mener une politique ambitieuse de lutte contre les déserts médicaux.

De la Guadeloupe à la Martinique, en passant par La Réunion, la question de la désertification médicale se fait de plus en plus ressentir. Le manque de médecins ou de spécialistes en zone rurale pénalise nos populations. Et rien ne nous est proposé pour répondre à ces besoins spécifiques.

Nous ne pouvons ignorer la situation sanitaire de ces départements français : éloignement géographique, environnement particulier avec l'existence de maladies tropicales et vectorielles telles que le chikungunya, pollution des sols, risques sismiques, santé publique marquée par un fort taux de prévalence de l'alcoolisme, de maladies mentales et de l'obésité. En outre-mer, où la précarité de la population est importante, le chômage élevé, de nombreuses personnes se verront privées de soins, volontairement ou involontairement.

Les centres hospitaliers de l'outre-mer, en particulier celui de Saint-Pierre-de-La-Réunion, se voient imposer des plans sociaux au lieu de vraies politiques d'organisation de l'offre de soins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il n'y a pas de plans sociaux !

M. Patrick Lebreton. Je vous l'affirme.

À La Réunion – je vous ai interpellé à cet effet le 6 janvier dernier –, souvent, notamment en zone rurale, on meurt faute de pouvoir rejoindre à temps le seul centre des urgences. Les cas, malheureusement, se multiplient. Il faut y remédier.

Christian Paul, dans sa contribution au rapport sur l'offre de soins, vous a fait une proposition de norme d'accès aux soins, déterminant notamment un délai de trente minutes pour les urgences. Saisissez, madame la ministre, l'opportunité de réduire ainsi la fracture sanitaire, singulièrement dans les zones rurales des DOM.

C'est en ce sens que nous vous proposerons un amendement visant à prendre en considération la situation particulière de ces territoires. Il rendra obligatoire la conception et la mise en œuvre d'un plan de rattrapage des établissements de santé situés dans les départements et régions d'outre-mer et permettra de garantir à leurs citoyens un égal accès aux soins.

Au-delà de La Réunion, je voudrais me faire le porte-parole de tous ceux qui n'ont pu venir aujourd'hui, contraints de rester dans leurs circonscriptions pour faire face à la crise sociale. Au nom des mes collègues Victorin Lurel, Louis-Jo Manscour et Serge Letchimy, je souhaiterais vous rappeler la situation de la santé aux Antilles.

Les déficits des centres hospitaliers pèsent sur la structure de l'offre de soins et, en Guadeloupe, le plan santé spécifique aux territoires ultramarins que nous appelons de nos vœux devrait permettre d'offrir une réelle opportunité de remise à niveau des infrastructures.

On ne saurait ignorer, par ailleurs, les difficultés liées à l'insularité, à l'éloignement, aux conditions climatiques.

Les hôpitaux martiniquais ne sont pas aux normes sismiques. Ainsi, le tremblement de terre du 29 novembre 2007 a provoqué des dégâts considérables, en particulier dans le centre hospitalier de Trinité.

Dans tous les territoires d'outre-mer, c'est une réponse que nous attendons, pour garantir à nos populations que la France ne les a pas oubliées.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. La métropole !

M. Patrick Lebreton. L'inscription d'un plan santé outre-mer dans votre projet de loi, madame la ministre, permettrait de répondre aux exigences de chacun et de garantir l'offre de soins sur tout le territoire français.

En ces temps de crise, nous nous devons de défendre un système de santé juste et solidaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Ça, c'est vrai !

M. Patrick Lebreton. La santé doit rester accessible à tous et sur tout le territoire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. C'est vrai aussi !

M. le président. La parole est à M. Guénaël Huet.

M. Guénaël Huet. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, chacun s'accorde à dire que notre système de santé est l'un des plus performants qui soit. La généralisation de la protection sociale depuis 1945, à défaut de son unicité, permet aujourd'hui au plus grand nombre de nos concitoyens de bénéficier de soins de qualité pris en charge dans le cadre d'un financement public. L'augmentation constante de l'espérance de vie – quatre-vingt-trois ans pour les femmes et soixante-dix-sept ans pour les hommes – place la France au premier rang des pays de l'OCDE. Une telle augmentation est la preuve de l'efficacité de la formation médicale française et du bon accès aux soins dont bénéficie la population ; en bref, c'est la preuve de la qualité globale de notre système de soins.

Pourtant, nous devons reconnaître que la situation n'est pas parfaite et que, au fil des ans, des dysfonctionnements sont apparus : un manque de coordination entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, ainsi qu'entre l'hôpital public et les établissements privés ; l'apparition de déserts médicaux, souvent dans des régions sensibles où les difficultés économiques se cumulent avec le vieillissement de la population – Marc Le Fur et Vincent Descoeur ont évoqué le problème de la démographie médicale – ; une répartition des compétences souvent incertaine dans les hôpitaux où, il faut le dire, les 35 heures ont joué un rôle désastreux ; des difficultés dans le recrutement des praticiens hospitaliers. J'ajoute que nombre d'hôpitaux connaissent des difficultés financières malgré les réformes nécessaires qui sont mises en œuvre depuis quelques années, notamment la généralisation de la tarification à l'activité. La liste, madame la ministre, n'est pas exhaustive, mais elle suffit à légitimer l'intervention du Gouvernement et du législateur.

L'enjeu ne doit laisser place ni à la polémique ni aux intérêts corporatistes. S'il est, au contraire, un sujet sur lequel nous devons nous retrouver, c'est bien celui de la santé, parce qu'il concerne toutes les catégories sociales et toutes les générations, parce que les pouvoirs publics lui consacrent, depuis longtemps, une part croissante de la richesse nationale et, enfin, parce que nous sommes, plus que sur tout autre sujet, responsables devant les générations futures.

Dans ce contexte, plusieurs objectifs s'imposent. Le premier, c'est l'accès de tous à des soins de qualité sur le territoire grâce, notamment, à la définition d'un nouveau mode d'organisation des soins en niveau de recours reconnaissant la place centrale – et c'est une bonne chose – du médecin généraliste.

Le deuxième, c'est une meilleure coordination entre les professionnels de santé d'une part, et entre les établissements d'autre part, avec la création des communautés hospitalières de territoire pour les établissements publics, et la création des groupements de coopération sanitaire pour tous les établissements.

Le troisième, c'est un renforcement de la politique de prévention, axée sur l'éducation thérapeutique du patient et sur la réglementation de la vente des boissons alcoolisées.

Il s'agit aussi d'établir une meilleure gouvernance de la santé, tant au niveau de l'État, avec la création des agences régionales de santé qui agrègent plusieurs administrations jusqu'ici trop éclatées, qu'au niveau des établissements publics de santé eux-mêmes, avec le renforcement des pouvoirs du directeur. Ceux-ci devront cependant être contrebalancés, dans un souci de

bon équilibre, par la prise en compte de la responsabilité des médecins et celle des élus locaux.

Enfin, il faut mettre en œuvre une participation effective des professionnels de santé et des usagers à cette réforme, chacun comprenant qu'une bonne réforme doit être une réforme bien partagée et bien acceptée, surtout dans un domaine aussi fondamental que celui de la santé.

Tels sont, madame la ministre, le sens et l'ambition de votre projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Une loi n'est jamais un aboutissement, une fin en soi, mais un moyen très important pour préparer et pour organiser l'avenir. Je veux vous dire, avec beaucoup de sincérité, que le texte que vous nous proposez m'apparaît comme un outil nécessaire pour l'avenir de notre politique de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je vous remercie, monsieur Huet !

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Vasseur.

Mme Isabelle Vasseur. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, il y a quelques semaines, dans cet hémicycle, nous avons examiné le projet de loi de financement de la sécurité sociale. À cette occasion, de part et d'autre, beaucoup vous ont interrogée, madame la ministre, sur des sujets dont vous avez, à juste titre, précisé qu'ils faisaient plutôt référence à l'organisation de notre système de santé.

Nous y voilà avec votre projet de réforme de l'hôpital, qui va permettre très utilement à celui-ci de s'adapter aux évolutions de notre société et aux prochains défis qui nous attendent. Votre texte est très attendu, madame la ministre, unanimement attendu même, car, s'il est un sujet qui concentre toutes les attentions, c'est bien la santé, dont tous s'accordent à dire que c'est notre bien le plus précieux.

Pour cette raison, et pour ce que représente l'hôpital et ses antagonismes – la plupart du temps lieu de la naissance et trop souvent celui de la mort, lieu de la maladie mais aussi, heureusement, celui de la guérison, donc lieu de joies et de peines –, la réforme que vous nous proposez ne peut laisser personne indifférent. Arthur Schopenhauer était très clairvoyant quand il affirmait : « La santé n'est pas tout, mais tout n'est rien sans la santé. » Cela s'applique autant aux individus qu'à l'économie de notre pays. À cet égard, au-delà des clivages politiques, il est du devoir de notre assemblée de prendre les décisions qui s'imposent pour améliorer tout ce qui peut l'être, et sans négliger tout ce qui peut favoriser de meilleures conditions de travail pour l'ensemble des professionnels de santé, dont je veux saluer ici le dévouement et les compétences.

Si le Gouvernement a déclaré l'urgence sur ce texte, celui-ci n'a pas pour autant été élaboré dans la précipitation. J'en veux pour preuve, madame la ministre, votre souci d'entendre les propositions faites dans les excellents rapports de nos éminents collègues. J'en veux pour preuve également la prise en compte des réflexions que nous avons pu apporter lors de nos très nombreuses réunions de travail, et qui ont permis d'enrichir le texte. J'en profite pour remercier ici toutes celles et tous ceux qui se sont mobilisés pour nous apporter leurs contributions ; celles que j'ai sollicitées dans ma circonscription ont évidemment retenu toute mon attention.

Quel parlementaire peut en effet se prévaloir de ne pas être très régulièrement interpellé sur les attentes, les craintes, les incompréhensions, parfois justifiées, qu'expriment nos concitoyens, mais aussi les professionnels de santé ? Il nous revient ainsi à nous, législateurs, de faire œuvre utile et responsable. Nous avons tous bien compris la nécessité de cette réforme. Mais ne nous y trompons pas, mes chers collègues : il ne s'agit pas, au nom de la défense de certains corporatismes, d'oublier l'essentiel, qui est de maintenir les patients au cœur du système. Car ce que les Français attendent de nous à travers cette réforme, c'est de pouvoir continuer à bénéficier du meilleur système de santé au monde, avec moins d'attente aux urgences, davantage de maisons de santé et une meilleure permanence des soins. De plus, nous nous devons de leur faire comprendre les enjeux que sous-tend la nécessaire restructuration à venir.

Je reviens très vite sur votre texte, puisque nous aurons tout le loisir de le faire beaucoup plus largement tout au long de nos débats, en abordant quelques points qui ont tout spécialement attiré mon attention.

Dès lors que l'équilibre budgétaire est atteint dans certains hôpitaux, pourquoi ne le serait-il pas dans tous les hôpitaux ? Le directeur de l'hôpital devient, comme un chef d'entreprise, l'unique responsable de l'établissement qu'il dirige, et le président de la commission médicale d'établissement son bras droit. Doit-on y voir une certaine forme de mise à l'écart du corps médical ? J'y vois, pour ma part, une complémentarité nécessaire, dans le respect des attributions de chacun.

Rapprocher les hôpitaux semble une évidence : chacun peut aisément comprendre que tout n'est pas possible ni souhaitable partout. Il s'agit bien de trouver le parfait équilibre afin d'apporter une réponse complète et globale aux besoins des patients, ce qui constitue un gage de qualité.

Le pilotage au niveau régional, avec la création des ARS, coordonne notre système de santé. Dans ce cadre, le regroupement des sept organismes chargés de la politique de la santé est un pas décisif vers un gain d'efficacité, tant pour les patients que pour nos finances publiques. Au nom de quoi refuser d'économiser l'argent public ?

Comme beaucoup de mes collègues, je suis très préoccupée par la désertification médicale en milieu rural et dans certaines zones urbaines sensibles. C'est une vraie question. Pour ma part, je préfère toujours, et de loin, les mesures incitatives aux mesures coercitives. Quelles propositions pouvez-vous nous faire, madame la ministre, susceptibles de répondre à l'inquiétude justifiée et toujours plus grande de nos concitoyens en la matière ?

Sur les deux derniers points, je fais référence à la fois à mon expérience professionnelle et à celle de mon engagement humanitaire.

En effet, dans la mesure où s'impose la nécessité d'assurer une égalité de traitement à tous, il faut bien évidemment lutter contre les disparités. Il existe des régions où l'espérance de vie est inférieure à la moyenne nationale et où les indicateurs de santé sont inquiétants. Il est donc essentiel de poursuivre nos réflexions en matière de prévention et de santé publique. À cet égard, j'attends beaucoup de votre prochaine réforme.

Enfin, je souhaite intervenir au sujet des personnels soignants, peu évoqués dans votre projet de loi. On leur demande de plus en plus de responsabilités et beaucoup supportent les

transferts de charges hôpital-ville. Il devient donc urgent de leur donner les moyens d'y faire face en faisant évoluer l'exercice de leur profession pour le rendre à la fois plus attractif et plus valorisant. Je fais bien entendu allusion à la LMD.

Rapprocher les hôpitaux, mieux gérer, bien coordonner la politique de santé au niveau régional, assurer l'accès aux soins partout et pour tous, mieux répartir les médecins, sont autant d'engagements que vous affichez, madame la ministre,...

M. Christian Paul. En effet, pour l'affichage, nous sommes servis !

Mme Isabelle Vasseur. ...dans votre ambitieux projet de loi. Je ne doute pas que le débat parlementaire puisse encore l'améliorer.

M. Michel Vergnier. Il en a besoin !

Mme Isabelle Vasseur. Pour toutes ces raisons, je voterai ce texte et vous encourage, mes chers collègues, à faire de même. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)*

M. le président. La parole est à M. Georges Mothron.

M. Georges Mothron. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je ne fais pas partie de la commission des affaires sociales,...

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur.* C'est un tort ! *(Sourires.)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Personne n'est pas parfait ! *(Sourires.)*

M. Georges Mothron. ...je ne suis pas non plus issu du milieu médical ou paramédical, mais je viens apporter le témoignage de quelqu'un qui a été pendant sept ans président du conseil d'administration d'un hôpital général dans un bassin de 300 000 habitants.

Pendant cette période, j'ai fait connaissance avec des acteurs très professionnels, très impliqués dans leurs différents métiers. En même temps, j'ai été surpris des frontières qui pouvaient exister entre l'administration, le milieu médical, les représentants des personnels et leur environnement, à savoir médecine libérale, cliniques privées, assistance publique des hôpitaux de Paris. J'ai pu, à maintes reprises, constater que la plupart des entités, voire services, travaillaient de manière autonome en ignorant, totalement ou presque, ce que pouvait effectuer un service voisin. Bien souvent, j'ai eu la nette impression que cette situation venait du souci qu'avaient les différents services de préserver leur pré carré en instaurant une manière de féodalité sur leur service, ce qui les rendait malheureusement hermétiques à ce qui se passait autour d'eux.

Cet état de fait a eu l'effet pervers de freiner une mutualisation des moyens entre services, au sein d'un même hôpital comme à l'extérieur. Le retour au cœur de métier a du mal à s'effectuer car des externalisations sont toujours difficiles : les blanchisseries, les espaces verts, la propreté ont-ils vocation à rester des métiers de l'hôpital ? Des appareils de haute technicité et de coût astronomique ne doivent-ils pas être amortis le mieux possible avec des mutualisations extérieures vers des hôpitaux voisins, des cliniques ou des spécialistes de ville ? Est-il normal qu'un bloc opératoire soit efficient aux deux tiers de son temps alors que

l'attente atteint des semaines, voire des mois ? Est-ce là un bon amortissement des frais fixes ?

La communication ou la coordination étant un problème important au sein d'une même structure, elle est encore plus mauvaise lorsqu'il s'agit de faire interagir un hôpital vers des structures homologues extérieures. Là encore, je regrette que, jusqu'alors, peu de moyens aient été mis en place afin de décharger les hôpitaux d'une partie de leur travail auprès de la médecine de ville ou des cliniques privées. Cela permettrait de stopper la sur-fréquentation des services des urgences qui bien souvent n'en sont plus. La mutualisation des services est assurément un des enjeux majeurs du plan HPST, et je crois que la nouvelle gouvernance qui en ressortira viendra pallier les déficiences que je viens d'évoquer.

Je souhaite également insister sur un point qui me semble primordial : durant mon mandat de président du conseil d'administration de l'hôpital d'Argenteuil, j'ai été effaré de constater le montant des impayés pesant sur le budget d'un hôpital. Les médecins ont fait le serment d'Hippocrate et ont donc l'obligation de soigner toute personne se présentant à eux.

M. Michel Vergnier. Heureusement !

M. Georges Mothron. Mes chers collègues, il faut soigner mais pas à n'importe quel coût. Combien de fois des gens pénètrent-ils dans les services des urgences en usurpant une identité ou en ressortant sans s'être acquitté de la facture ? Afin d'éviter qu'un hôpital ne se retrouve avec des millions d'euros d'impayés – je pourrais citer un exemple concret –, il est grand temps de mettre en place un système qui permette de contrôler vraiment l'identité des personnes, et de s'assurer qu'elles se sont acquittées avant leur sortie du montant dont elles sont redevables.

Enfin, le projet de loi sur les ARS comporte une innovation majeure pour le champ médico-social : l'institution des appels à projets. L'agence régionale de santé et les conseils généraux doivent pouvoir choisir les projets qui répondent le mieux et au meilleur coût aux besoins des personnes âgées et handicapées. Encore faut-il s'assurer que les solutions innovantes ne disparaissent pas des projets des promoteurs en raison d'un possible nivellement par le bas.

Les hauts fonctionnaires, préfets, diplomates, changent d'affectation de manière régulière. Ne faut-il pas instaurer ce genre de règle dans le domaine de la santé, et fixer une durée maximale – huit ou dix ans – de présence à un poste de direction ? Ces directeurs pourraient ainsi conserver un regard neuf, ce qui est nécessaire.

Madame la ministre, madame la secrétaire d'État, beaucoup de choses doivent changer dans le fonctionnement des hôpitaux français, mais, grâce à votre plan, nous allons résoudre ces défaillances et préserver pour longtemps l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Pascale Got.

Mme Pascale Got. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, au regard de l'évolution de notre société, un projet de loi sur la santé publique s'imposait. Est-ce celui qui nous est présenté ? Est-ce celui que nous espérons ?

Hélas non. C'est un texte dense, qui a le mérite d'aborder plusieurs aspects importants de la santé publique, mais c'est aussi un texte chausse-trappe.

Votre projet de loi pose beaucoup d'interrogations, mais comporte de nombreux risques pour l'équilibre futur de notre politique de santé. C'est aussi un texte qui, en raison de l'idéologie qui le sous-tend, se contente trop souvent d'entériner les faiblesses de l'hôpital public et les insuffisances du système de santé, en n'y apportant que des réponses partielles et de court terme.

Avant d'en venir à l'aménagement du territoire en matière de santé, je voudrais faire quelques observations générales.

Le projet de loi se situe davantage en réaction à la perte de l'offre publique de soins, qu'en anticipation de fond. Il s'inscrit dans une logique administrative et comptable qui marginalise les professionnels de santé, les usagers et les élus. Ce texte centralise à l'excès la gouvernance, en donnant les pleins pouvoirs aux directeurs des ARS, sorte de proconsuls de la santé nommés par le Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Des proconsuls !

Mme Pascale Got. Sans entrave interne, le directeur de l'hôpital public conduira des restructurations et prendra des décisions qui seront essentiellement d'ordre budgétaire.

Mais la plus forte inquiétude résulte de votre volonté de rendre encore plus perméable la frontière entre le secteur public et le secteur privé, en facilitant les délégations au service privé. Cette réponse est parfois adaptée à certaines réalités de terrain, à condition que le secteur privé ait les obligations d'accueil du secteur public.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il les aura !

Mme Pascale Got. Tant mieux. Hélas, votre projet de loi se distingue plutôt par une renonciation, un refus d'investir et de conforter le secteur public.

M. Jacques Domergue. Mais non !

Mme Pascale Got. En ce qui concerne les aménagements du territoire en matière de santé publique, la création des agences régionales de santé, qui permettent une modernisation et une meilleure coordination, ne nous gêne pas dans son principe. Mais vous proposez une concentration des pouvoirs qui ressemble à un aspirateur surpuissant : elle va aspirer du même coup les instances traditionnelles de concertation. Promouvoir la gouvernance est utile, à condition que l'objectif ne soit pas de réformer uniquement pour maîtriser les dépenses publiques.

La création de communautés hospitalières de territoire soulève plusieurs remarques : le dispositif n'est pas d'une franche lisibilité, et on peut douter de ses apports en moyens sur les territoires peu dotés.

Quant au groupement de coopération sanitaire, il entérine la régression de l'offre publique de soins sur nos territoires, notamment celle des petits hôpitaux de proximité. Cette façon d'associer des personnes privées au service public peut paraître pragmatique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il n'y a pas de privé dans les CHT !

M. Jacques Domergue. Il y en a dans les GCS !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Dans les GCS toujours, mais pas dans les CHT !

Mme Pascale Got. Sous couvert de pragmatisme, elle acte surtout la faiblesse de l'hôpital public et la privatisation croissante du système français de santé. Elle évite aussi d'affronter cette question : quel effort collectif la société veut-elle consentir pour une santé égalitaire et de qualité ?

Madame la ministre, vous affichez une volonté de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire. Pour vous avoir plusieurs fois saisie de cette problématique en Médoc, je prends acte *a priori* de cette volonté. Mais les moyens que vous préconisez me semblent encore insuffisants au regard des enjeux. Ni le développement des maisons de santé ni le *numerus clausus* sur des critères régionaux ne pourront suffire.

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

Mme Pascale Got. Il manque des mesures réellement incitatives pour assurer l'installation de médecins dans les territoires qui souffrent d'une désertification médicale. À mon avis, il faut affronter plus vigoureusement le désert médical et refonder un système de santé de proximité, car nos populations sont en souffrance. Nous vous présenterons des amendements à ce sujet.

Le projet de loi traite de l'urgence de court terme, avec une réforme de la gouvernance très pyramidale qui reste insuffisamment à l'écoute de la communauté médicale. Certes, vous annoncez votre intention de réduire les inégalités sociales et territoriales, mais il manque toujours un véritable maillage territorial de santé publique, un meilleur maillage entre médecine de ville et hospitalière, une vision prospective sur la prévention des risques nouveaux.

Enfin, je crains, madame la ministre, que vous ne cherchiez à vous exonérer du soutien à apporter aux établissements publics de santé, en voulant faire assurer et assumer trop de missions de service public par le privé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Mesdames et messieurs les députés, une obligation impérative va me tenir éloignée de l'hémicycle pendant une dizaine de minutes, et je vous prie de m'en excuser.

Valérie Létard va représenter le Gouvernement. Bien entendu, je serai tenue informée de l'ensemble de vos déclarations et j'y répondrai à l'issue de la discussion générale.

M. le président. Pour le bon déroulement de nos travaux, nous lèverons la séance après la discussion générale, et Mme la ministre répondra ce soir, en séance de nuit.

La parole est à M. Jean-Claude Mathis.

M. Jean-Claude Mathis. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, quel est, actuellement, l'état de notre système de santé ?

M. Christian Paul. Il est en crise !

M. Jean-Claude Mathis. En déclin, affirment quelques esprits chagrins.

M. Christian Paul. En crise, tout simplement !

M. Jean-Claude Mathis. Rien ne permet d'être aussi catégorique, car notre espérance de vie reste l'une des meilleures au monde. Faut-il s'en satisfaire ? Non. Nous constatons des inégalités et des difficultés accrues d'accès aux soins ; des questions se posent aussi sur la qualité et la sécurité de ces soins.

Ce projet de loi, qui propose une modernisation globale du système de santé, arrive donc à point nommé. Mes collègues se sont déjà exprimés sur bon nombre des dispositions contenues dans ce texte. L'examen des nombreux amendements devrait encore l'améliorer autant que possible.

Quant à moi, je souhaite évoquer plus spécialement la question d'une offre de soins équitable sur l'ensemble du territoire, car il s'agit d'un enjeu crucial. Ce sont les soins de premier secours qui doivent être refondés en priorité.

Les professionnels de santé sont très inégalement répartis sur notre territoire, et ce constat est encore plus évident si l'on se réfère à la médecine de ville. Il apparaît que le problème de l'offre de soins résulte moins d'une pénurie de praticiens – nous n'en avons jamais compté autant en France – que de leur répartition très inégale.

Les jeunes médecins sont peu attirés par la pratique généraliste, par les bourgades rurales ou les secteurs dits difficiles, comme les banlieues. Face à ces données socioculturelles, aucune réponse simple ne s'impose. Or, si on ne parvient pas à inciter les professionnels de santé à s'y installer, les zones déjà sous médicalisées risquent de se transformer en déserts médicaux, au détriment de la population locale.

Afin d'écartier cette menace et ne pas voir émerger une offre de soins à deux vitesses, il faut agir vite et concrètement. Une façon tout à fait simple et radicale d'intervenir serait de remettre en cause l'exercice libéral de la médecine, en confiant à l'État le soin de répartir les médecins sur le territoire à l'issue de leur formation. Ce n'est sans doute pas la solution adaptée.

Pourtant, ne nous voilons pas la face : il faut, très rapidement, prendre des mesures courageuses. La santé est un domaine extrêmement sensible, et nos concitoyens ne comprendraient pas que nous ne prenions pas ce problème à bras-le-corps.

Des mesures simples et pratiques pourraient être rapidement mises en place : favoriser l'ouverture de cabinets médicaux dits secondaires ; plafonner le nombre de généralistes dans les zones déjà surdotées, en n'autorisant un médecin à s'installer qu'après le départ d'un confrère – c'est déjà le cas pour les infirmières ; inciter des médecins exerçant en zones surdotées à prêter main-forte dans les déserts médicaux ; développer la télé-médecine ; privilégier les facultés situées dans des zones sous-dotées, en augmentant le numerus clausus ;

développer les dispositifs proposant aux étudiants des bourses d'études assorties d'engagements d'exercice dans des zones sous-dotées et les élargir aux étudiants en début de formation ; généraliser les stages en zones sous-denses afin de faire connaître celles-ci aux étudiants.

Ces quelques axes de réflexion méritent d'être approfondis.

Notre système de santé a besoin d'être réformé dans l'optique d'une répartition aussi harmonieuse que possible des professionnels de santé sur le territoire, en adéquation avec les besoins en soins, et dans la perspective d'une amélioration de la qualité des soins dispensés.

Avec la volonté dont font preuve Mme la ministre et Mme la secrétaire d'État, je ne doute pas que nous parvenions à trouver des solutions au cours des débats. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. Monsieur le président, madame la ministre, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, ce projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires répond à de nombreuses préoccupations que nous vivons tous, les uns et les autres, quotidiennement, dans nos circonscriptions.

Ce texte de type organisationnel vise à assurer à notre système de santé, qui en a bien besoin, une réelle efficacité et un équilibre retrouvé. Cela passe notamment par deux outils majeurs : la culture du résultat et la démarche contractuelle. Ainsi pourra être orchestrée une conduite cohérente des politiques de santé.

Tous ceux que nous avons rencontrés, lors des auditions ou sur le terrain, sont favorables aux principes présentés dans ce projet de loi, mais c'est dans le détail que nous devons veiller à assurer la pérennité de cette volonté évolutionnaire de notre système de santé.

En effet, quel que soit le point de vue adopté, de nombreuses évolutions positives apparaissent à la lecture du projet de loi. Ainsi, si l'on se place du point de vue du politique, ce sont les mots « vérité » et « responsabilité » qui viennent à l'esprit, répondant à des problématiques rencontrées aux quatre coins de notre territoire : médecine ambulatoire, hôpital local, coopération public-privé, organisation de la prévention.

La volonté de simplifier notre organisation sanitaire, en substituant un seul organisme aux sept existants, et le découplage des différents secteurs concernés, jusques et y compris le médico-social, permettront, nous n'en doutons pas, la création de ce pilotage unifié, cohérent et territorialisé, que nous attendons tous depuis des années.

Fondé sur la coopération et un volontariat accompagné d'une incitation forte, s'agissant de tous les domaines du social et du médico-social, ce texte assurera sur tout le territoire le principe républicain, fondamental, de l'égal accès de tous à des soins de qualité.

Du point de vue du citoyen, c'est une politique de santé publique équilibrée que les différents chapitres dessinent en filigrane. Le développement de l'éducation thérapeutique, en direction des patients comme de leur famille, participe ainsi à une politique de prévention secondaire

efficace. De même, l'intégration d'une politique de santé publique au sein des ARS permettra de prendre celle-ci en compte en permanence dans chaque secteur sanitaire.

Enfin, la volonté réaffirmée de lutter contre les addictions, en particulier celles qui menacent les plus fragiles de notre société, ne peut être que soutenue et défendue. Néanmoins, nous sommes nombreux à penser qu'il faut être particulièrement attentif en ce domaine. Le mieux étant parfois l'ennemi du bien, ne créons pas une prohibition globale : adoptons une position ciblée, sans laquelle la politique engagée se révélerait rapidement inutile, voire dangereuse. Ainsi, pour ce qui concerne la lutte contre l'alcoolisation des jeunes, sachons nous donner les outils pour lutter contre le *binge drinking*, et non contre une consommation responsable, synonyme de plaisir et de culture. C'est pourquoi il me semble fondamental de lier, dans le cadre de cette prévention, information et interdiction. Notre objectif, ne nous y trompons pas, est de faire chuter les conduites à risques, et non de créer une société fondée sur des interdits de tous types.

Si l'on se place du point de vue du médecin, c'est la notion de reconnaissance qui apparaît en premier lieu. Reconnaissance du rôle du médecin généraliste et de la médecine de premier recours tout d'abord : pour la première fois sont listés les droits et les devoirs des praticiens les plus proches de la population. Reconnaissance du rôle des médecins de la commission médicale d'établissement ensuite, et plus particulièrement de son président dont, pour la première fois, la loi sanctifiera le rôle auprès du président du conseil de surveillance, en lui donnant la fonction de vice-président, lequel sera responsable de l'élaboration du projet médical d'établissement. Reconnaissance et respect, enfin, par la facilitation de la coopération entre professionnels de santé, l'incitation à un exercice professionnel regroupé, ou par une formation médicale continue, dont le rôle et l'importance sont réaffirmés, mais qui, j'y tiens, doit toujours être gérée par la profession elle-même.

Cependant, nous devons encore aller plus loin et penser aux médecins exerçant seuls ou en situation isolée. Pour cela, la télémédecine doit être développée et la formation médicale continue à distance, valorisée.

Le médecin, de même, refusera un impossible retour en arrière...

M. le président. Veuillez conclure.

M. Guy Lefrand. ...en ce qui concerne les conditions de vie et de travail qui prévalaient encore il y a dix ou vingt ans. C'est pourquoi nous devons faire preuve d'imagination et inventer les solutions qui permettront, demain, de résoudre les difficultés liées à la démographie médicale. Si, pour la dernière fois peut-être, le choix de la coercition n'a pas été fait, il reste qu'une incitation forte doit être développée.

Enfin, le point de vue du patient sera fondé sur l'assurance d'un accès à des soins de qualité pour tous. C'est ainsi que sont garanties dans ce projet de loi les missions de service public sur l'ensemble du territoire de la République, ce qui garantit la sécurité et l'assurance de disposer des soins et de l'organisation sanitaire que chacun est en droit d'attendre.

Ainsi, de quelque côté que l'on se trouve et quel que soit l'angle de vue choisi, ce projet de loi apparaît comme une avancée majeure dans la réorganisation et la restructuration de notre système de santé. Les grands axes de l'efficience, de la contractualisation, du volontariat et de

la responsabilisation vont permettre d'orchestrer une politique de santé cohérente et organisée. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre Cardo.

M. Pierre Cardo. Dans le cadre de la préparation de ce texte, Mme la ministre de la santé a eu l'excellente idée de mener nombre de concertations avec les professionnels de santé, mais aussi avec de nombreux élus.

Pour ma part, c'est en tant qu'élus d'une zone urbaine sensible que j'ai été consulté et que je me permets aujourd'hui d'intervenir, afin de résumer certaines de nos préoccupations et, plus précisément, celles de nos administrés. Les populations dont je veux vous parler sont celles qui, le plus souvent contraintes et forcées, habitent le logement social. Ces populations disposent, pour la plupart, de ressources très inférieures à la moyenne, d'une éducation sanitaire souvent insuffisante et d'une autonomie nettement inférieure à celle des habitants de quartiers plus favorisés. Leurs problèmes de santé sont souvent aggravés en raison d'une prévention insuffisante, de problèmes de communication et d'expression, lesquels résultent de différences de culture ou d'une insuffisante maîtrise de la langue.

Les difficultés d'accès aux soins courants, les délais d'attente dans les cabinets médicaux ou l'absence, dans le quartier, de professionnels spécialisés, de médecins ou de nutritionnistes, ne font qu'aggraver l'absence de prise en charge, sans même parler des difficultés liées aux situations administratives des intéressés. Pour un habitant de banlieue, l'accès aux spécialistes est rendu plus difficile encore du fait de l'éloignement géographique et de l'insuffisance des transports en commun. Aller, par exemple, de Chanteloup-les-Vignes à Saint-Germain en transport en commun est une expédition ! Pour se rendre à la préfecture ou à l'hôpital de Versailles, il faut prendre le train jusqu'à la gare Saint-Lazare à Paris et, de là, attraper la correspondance pour Versailles : trajet qui demande entre une heure trente et deux heures, et autant pour le retour. C'est un frein pour les personnes autonomes, et un obstacle quasi insurmontable pour les familles issues de quartiers enclavés qui, de surcroît, maîtrisent mal la langue.

Même lorsque ces personnes accèdent aux spécialistes, il est à déplorer que nombre d'entre eux refusent la prise en charge de patients qui ne disposent que de la CMU ou rencontrent des difficultés avec la sécurité sociale. Ces problèmes sont encore renforcés par l'absence, dans nos quartiers, d'une permanence des soins, notamment pour les urgences de nuit et de week-end. Ainsi, des praticiens de villes voisines refusent les visites à domicile dans les quartiers sensibles, notamment la nuit, obligeant les patients à se déplacer vers des services hospitaliers d'urgence, souvent difficilement accessibles faute de transports en commun et évidemment d'autant plus débordés qu'un grand nombre de ces patients ne relèvent pas d'un service d'urgence. Je passe sur le coût que représentent les nombreux appels aux pompiers et aux services d'urgence liés à une méconnaissance de nos dispositifs et à une absence de moyens de transport individuels. Contrairement à ce que l'on peut penser, et malgré tout le travail d'éducation et de prévention, la situation ne semble pas s'améliorer puisque, récemment encore, les pompiers de ma commune me signalaient avoir dû se spécialiser dans l'accouchement d'urgence !

À tous ces problèmes s'en ajoutent d'autres, liés à la démographie médicale. Tout d'abord, on constate un manque de praticiens en banlieue. Selon une étude récente de l'association Ville et banlieue, nos quartiers ne comptent que 0,59 généraliste pour 1 000 habitants, contre 1,56 sur

l'ensemble de la France. Pour les spécialistes, c'est pire : 0,47 en banlieue contre 1,62 dans le reste de l'Hexagone.

Ces ratios risquent de s'aggraver dans les années à venir, puisque 70 % des médecins de notre secteur partent en retraite dans les cinq prochaines années, et il est de plus en plus difficile de trouver des volontaires pour s'installer dans nos quartiers compte tenu du resserrement, il y a des années, du *numerus clausus* et du choix des jeunes médecins, lesquels préfèrent s'implanter dans des zones géographiques en apparence plus attractives. Cette désertification de nos quartiers réduit fortement la capacité des professionnels comme des services municipaux à mener une véritable politique de prévention ; il est à craindre que cela soit quasiment mission impossible à l'avenir.

En effet, dans le contexte que je viens de décrire, les professionnels installés sont confrontés à de multiples problèmes, liés à une suractivité qui ne permet pas une prise en charge complète du patient mais se limite, le plus souvent, à une réponse ponctuelle dans l'urgence. Comment s'étonner, dès lors, qu'un grand nombre des personnels médicaux ou paramédicaux installés dans nos quartiers – personnels qui, pour la plupart d'entre eux, ont la certitude d'accomplir une mission auprès de nos concitoyens souvent les moins favorisés – éprouvent aujourd'hui un sentiment d'impuissance et d'isolement, confrontés qu'ils sont à cette masse de pathologies économiques et sociales ?

Quand je vois la souffrance, tant des habitants de nos quartiers que de ces professionnels qui, courageusement et avec un dévouement sans faille, assurent avec tout leur cœur et toute leur énergie ce service de santé de première ligne, je me dis qu'il était temps qu'arrive un texte qui apporte un cadre peut-être plus exigeant, mais tout de même plus adapté aux réalités qu'une société comme la nôtre se doit de regarder en face.

M. le président. Veuillez conclure.

M. Pierre Cardo. Je termine, monsieur le président.

C'est sans doute ce qui me conduit à dire à Mme la ministre de la santé que, si l'on ne peut imposer à des médecins ou à des professionnels de santé l'endroit de leur implantation, il est urgent d'éviter leur surreprésentation dans certains secteurs qui peuvent leur paraître plus attractifs.

Aussi, ce projet de loi, qui a l'avantage de bien relier la problématique de l'hôpital à celle de la médecine ambulatoire en s'appuyant sur une politique beaucoup plus territorialisée, est-il sans doute un grand pas dans l'amorce d'une solution aux problèmes que je viens d'évoquer.

Je ne doute pas que l'expérience des professionnels de santé,...

M. le président. Merci, monsieur Cardo.

M. Pierre Cardo. ...qui enrichissent notre assemblée et la réflexion des élus des secteurs ruraux comme urbains, permettra d'améliorer sensiblement le texte et de renforcer ainsi nos politiques de prévention en matière de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Fourneyron.

Mme Valérie Fourneyron. Les précédents orateurs du groupe socialiste ont largement développé les raisons qui fondent notre déception vis-à-vis du texte que nous examinons aujourd'hui, texte pourtant très attendu sur ces bancs et en dehors de l'hémicycle. Je me concentrerai pour ma part sur l'hôpital et sur les agences régionales de santé. Nous avons par ailleurs, pour les deux autres volets que sont l'offre de soins sur le territoire et la santé publique, de nombreuses propositions pour aider le Gouvernement à étoffer les siennes, qui sont pour le moins « peau de chagrin ».

Nous partageons tous le principe selon lequel une politique de santé publique – et non exclusivement de soins – doit intégrer, pour être la plus pertinente et la plus efficace possible, l'ensemble des données et des acteurs. D'où l'intérêt d'afficher un texte à quatre initiales : « HPST » – hôpital, patients, santé et territoires –, titre qui, pour le coup, a le mérite de l'exhaustivité et du décloisonnement. On conçoit ainsi l'intérêt qu'il y aurait eu, en ce qui concerne le volet hôpital, à attendre que la commission Marescaux, qui travaille actuellement sur les CHU, rende son rapport ; nous aurions ainsi disposé de toutes les cartes. Cette première remarque sur la discordance des temps a pour but, madame la secrétaire d'État chargée de la solidarité, de vous faire part de nos inquiétudes. Inquiétudes sur d'éventuels amendements significatifs qui seraient présentés au Sénat, alors que le présent texte fait l'objet d'une procédure d'urgence. Une seule lecture dans chaque chambre sur deux textes différents ne serait ni acceptable ni respectueuse du travail de notre assemblée.

Mme Catherine Génisson. Ne « sera » pas acceptable !

Mme Valérie Fourneyron. Mais revenons au fond. Claude Évin, en visite à Rouen il y a quelques jours – ville dont le CHU, où j'ai eu plaisir à travailler et que je préside, affiche hélas, comme bien d'autres, un déficit de 11 millions d'euros en 2008 –...

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas bien ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Allons, c'est impossible : tous les hôpitaux sont bénéficiaires, on le sait bien !

Mme Valérie Fourneyron. ...Claude Évin, donc, déclarait ceci : « L'hôpital public demeure la seule structure de soins à remplir des missions aussi paradoxales – et utiles – que, d'un côté la recherche très sophistiquée, du niveau de la NASA, et de l'autre l'accueil des SDF. » Or ni l'une ni l'autre de ces activités, qui sont au cœur des missions de service public de l'hôpital, ne sont rentables. Pourtant, vous voulez continuer à imposer une logique de rentabilité économique et financière.

Il y a dans votre action une continuité évidente. Après la tarification intégrale à l'activité, la sous-évaluation systématique des missions d'intérêt général que sont les MIGAC – missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation – et les MERRI – missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation – a consacré une nouvelle étape dans la logique du « directeur-patron » et de l'« hôpital-entreprise ».

Renforcé par la mise à l'écart de la communauté médicale – et des élus – et par la possibilité, pour les établissements privés, d'assurer un service public à la carte, le danger du projet de loi est bien que les objectifs économiques prennent le pas sur les enjeux de santé publique et d'égalité dans l'accès aux soins. Avec ce texte, la tentation de renoncer aux actes les moins rentables est encore plus forte, et les dérives découlant d'incitations financières de ce genre

sont coûteuses. Ainsi, le nombre d'infarctus du myocarde varie de 1 à 2 selon les départements, les pontages coronariens, de 1 à 4, et les interventions en cardiologie, de 1 à 31 !

M. Michel Vergnier. Voilà le problème !

Mme Valérie Fourneyron. Comprenons-nous bien : de nombreux progrès sont à faire en matière d'organisation, de restructuration, et il ne s'agit pas de dépenser sans compter, les yeux fermés. À l'évidence, nous hospitalisons trop. Oui, des agences régionales de santé ont, pour peu qu'elles soient vraiment régionalisées, un rôle à jouer en matière de régulation de l'aval, de permanence des soins, de prise en charge ambulatoire et médico-sociale : autant d'aspects qui peuvent avoir un impact positif pour l'hôpital, notamment pour les services d'urgences.

Mais la restructuration de l'hôpital ne peut se faire sans les moyens qui doivent nécessairement l'accompagner. Or, depuis des années, les personnels hospitaliers – dont je tiens à saluer la qualité professionnelle – s'engagent, sans ménager leurs efforts, dans des plans de retour à l'équilibre, conséquences d'une sous-dotation qui les conduit à faire des choix risqués en matière de santé. Pour toute réponse, le Gouvernement ne cesse d'évoquer l'ONDAM hospitalier – lequel aggravera le déficit structurel des hôpitaux – et le fameux plan « Hôpital 2012 » à 10 milliards d'euros : 10 milliards qui ne sont en réalité que 5, puisque l'autre moitié doit être financée par les établissements hospitaliers eux-mêmes, lesquels n'en ont tout simplement pas les moyens.

L'hôpital doit parvenir à trouver un équilibre qui lui permette d'assurer pleinement toutes ses missions, en partenariat avec les établissements privés et non en concurrence avec eux ; c'est à ce titre que nous vous proposerons, *via* des amendements, un plan de sauvegarde des hôpitaux.

Ce plan tient en quelques points-cléf : la renégociation des conditions d'application de la T2A afin de reconnaître les missions de service public – je rappelle que seuls 95 des 750 GHS sont comparables entre public et privé – mais aussi l'apurement de la dette des hôpitaux, le renoncement à la suppression des 20 000 emplois, la valorisation du travail des professionnels ou encore le renforcement de la participation des professionnels de santé et des élus à la gouvernance des hôpitaux.

M. le président. Merci, madame Fourneyron.

Mme Valérie Fourneyron. Pour conclure, l'hôpital doit demeurer le lieu de l'excellence – excellence en matière de recherche, de formation et de qualité des soins à tous les niveaux. Il doit demeurer à la hauteur de la confiance et de la fierté qu'il inspire aux Français. Une logique purement comptable ne saurait tirer l'hôpital vers le haut, et nous ferons tout pour que ce texte ne le tire pas vers le bas. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Pierre Cardo. Que de lieux communs !

M. le président. La parole est à M. Jean Proriol.

M. Christian Paul. La Haute-Loire, cet autre désert médical !

M. Jean Proriol. Réforme globale et réforme délicate que celle de l'hôpital : vous en savez quelque chose, mesdames les ministres, qui affrontez avec courage et détermination cet autre mammoth bien français.

Mon intervention portera sur quatre questions.

Tout d'abord, les ex-ARH n'avaient, dit-on, pas assez de pouvoirs ni de moyens. Certains pensent que les nouvelles ARS auraient trop de puissance, au contraire. Qu'en est-il, madame la ministre ? Tout dépendra sans doute de la pratique des hommes et des femmes qui les piloteront.

D'autre part, nos centres hospitaliers, communément appelés hôpitaux publics, manquent de médecins dans certaines disciplines – la radiologie ou la radiothérapie, par exemple.

M. Michel Vergnier. Ou l'ophtalmologie !

M. Jean Proriol. Ces établissements doivent développer la coopération, comme les communes ont développé l'intercommunalité. À cet égard, mon département est exemplaire : l'hôpital de Brioude a fusionné avec la clinique, et le centre hospitalier Émile-Roux du Puy a conclu un accord-cadre avec la clinique privée le 5 février dernier. En outre, l'Association des maires de France – dont le président, Jacques Pélissard, prépare un amendement en ce sens – demande que le président du futur conseil de surveillance soit un élu.

Ensuite, les pouvoirs des directeurs d'hôpitaux sont renforcés, afin que ceux-ci puissent mieux assumer leurs très nombreuses responsabilités. En effet, ils gèrent une centaine de métiers, un personnel nombreux, et sont en charge du recrutement du personnel médical. Or, ils se demandent si leur dépendance vis-à-vis du nouveau directeur de l'ARS sera fonctionnelle ou hiérarchique.

Enfin, nos centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie subissent une hémorragie drastique de médecins, et de nombreux départs se profilent à l'horizon.

Mme Catherine Génisson. Exact !

M. Christian Paul. C'est même un vrai naufrage !

M. Jean Proriol. Peut-on ne pas les oublier ?

M. Michel Vergnier. Question lucide !

M. Jean Proriol. Quelles mesures peut-on prendre pour les aider ? Je précise que ces centres hospitaliers psychiatriques ont créé des équipes mobiles, orientées notamment vers la psychiatrie de la personne âgée.

Telles sont mes questions, madame la ministre.

M. Christian Paul. Pour les réponses, revenez l'année prochaine !

M. Jean Proriol. Vous avez, nous avons tous – praticiens, personnels, patients, malades et élus de tous bords – l’obligation de réussir cette réforme ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jacques Remiller.

M. Jacques Remiller. Ce projet de loi illustre l’ambition qu’a notre majorité d’offrir des soins de qualité à tous nos concitoyens, quels que soient leur situation personnelle ou leur lieu de résidence. C’est un texte courageux, madame la ministre, qui ne se contente pas des *satisfecit* qu’appelle, à bien des égards, la situation actuelle, mais qui cherche à remédier durablement aux fragilités constatées de notre système de santé.

Dès lors, la modernisation des établissements de santé, comme la réforme de l’organisation territoriale du système, et notamment des agences régionales de santé, s’imposent.

Tout a été dit sur l’hôpital au cours de la discussion générale. Aussi voudrais-je insister plus particulièrement sur deux points : l’accès de tous à des soins de qualité et la politique de prévention – en espérant ne choquer personne sur le second sujet.

Le premier plan « cancer » a permis, notamment grâce à un appel à projets lancé par l’Institut national contre le cancer en 2005, de doter un certain nombre de centres de lutte contre le cancer d’équipements de dernière génération – en radiochirurgie par exemple – qui ont aujourd’hui fait leurs preuves, tant dans les indications initiales que dans celles pour lesquelles ils ont démontré une efficacité certaine. Aujourd’hui, il est primordial de tout faire pour que ces traitements, adaptés à des tumeurs jusque là difficilement curables, soient convenablement remboursés afin de permettre aux malades qui en ont vraiment besoin d’y avoir accès, quelle que soit la région où ils habitent.

S’agissant de la prévention, sujet sensible, je voudrais rendre hommage au travail de la délégation aux droits des femmes et à l’égalité des chances entre les hommes et les femmes, qui a produit à l’automne un rapport d’information fort intéressant sur le suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l’interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Ce rapport a d’autant plus retenu mon attention qu’il soulève des questions majeures, à commencer par la persistance d’un nombre élevé d’IVG dans notre pays – plus de 200 000 par an – et l’augmentation régulière du taux d’IVG chez les jeunes femmes de moins de vingt ans, notamment chez les mineures de quinze à dix-sept ans, mais aussi la situation préoccupante qui prévaut dans certains départements d’outre-mer.

Dans ces conditions, il me paraît essentiel de faire un bilan approfondi de la pratique de l’IVG dans notre pays afin, d’une part, de comprendre les raisons profondes pour lesquelles le taux d’IVG augmente de façon régulière chez les mineures et les femmes de moins de vingt ans et pourquoi notre pays se situe, par son taux élevé, en queue de peloton des pays européens et, d’autre part, de mesurer l’impact réel de l’IVG médicamenteuse sur les femmes, en particulier sur les plus vulnérables d’entre elles.

C’est le sens d’un amendement que j’ai déposé avec plusieurs de nos collègues. J’y reviendrai au cours du débat, mais je souhaitais l’évoquer dès à présent.

À l'initiative de notre excellente collègue Bérengère Poletti, il nous sera proposé, à titre expérimental, d'ouvrir aux sages-femmes, dans les établissements de santé, les centres de santé et de planification, la possibilité de prescrire des IVG médicamenteuses. Une telle idée nous laisse réservés, d'abord parce qu'elle est très loin de faire l'unanimité chez les professionnelles concernées...

Mme Catherine Génisson. C'est sûr !

M. Jacques Remiller... mais surtout parce qu'elle est contraire au constat établi et partagé par tous : le problème actuel n'est pas la difficulté d'accès à l'IVG, mais la persistance d'un nombre d'avortements trop élevé.

Ne cédon pas à un quelconque emballement. Le PLFSS pour 2008 a déjà étendu aux centres de planification la possibilité de procéder à des IVG médicamenteuses, et cette disposition n'est toujours pas entrée en vigueur. C'est pourquoi, soucieux de bien légiférer, il nous faut attendre de voir ce que donne cette mesure avant d'envisager de nouvelles dispositions.

Mesdames les ministres, mes chers collègues, il nous faut aujourd'hui comprendre pour prévenir. C'est aussi cela la médecine de demain. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Robert Lecou.

M. Robert Lecou. Grâce à votre projet de loi, madame la ministre, nous débattons aujourd'hui de la santé. C'est une occasion que la représentation nationale doit saisir, car il s'agit là d'un thème fondamental de notre organisation sociétale, et de l'une des préoccupations principales de nos concitoyens. Nous sommes tous concernés : nous-mêmes, nos familles, nos amis, nous avons eu ou aurons tous, à un moment de notre vie, rendez-vous avec notre système de santé.

Au début de mon propos, permettez-moi d'avoir une pensée pour les malades, et pour l'ensemble des acteurs de la santé. Ils attendent tous de nous, au-delà du débat, que nous légiférions utilement et de façon responsable, afin d'améliorer la situation.

Améliorer, cela a déjà été fait par le passé, reconnaissons-le. Nous ne partons pas de rien : l'édifice de la santé français est considéré, car il a donné la preuve de son efficacité. Il est bon de le rappeler alors que la démagogie menace de nous entraîner dans la facilité de la critique systématique ou de l'exigence irréaliste. Ici, sur ces bancs, nous avons tous eu à tel ou tel moment l'occasion de manifester notre solidarité avec les décideurs qui ont eu à participer à la construction de l'édifice.

Améliorer : voilà donc ce à quoi nous devons nous consacrer. Il est inenvisageable que nous restions figés. En effet, des fragilités existent, et la dépendance de la population, due à son vieillissement, augmente. Ces éléments nouveaux nous obligent à adapter notre système de santé, faute de quoi il se dégradera.

Votre projet, madame la ministre, va dans le bon sens. Vous nous proposez de réorganiser la santé par le biais d'un pilotage régional. Vous affirmez la place du malade au cœur du dispositif. Vous proposez des moyens, avec le souci pertinent de leur utilisation responsable.

Vous n'hésitez d'ailleurs pas à proposer la mutualisation de certains moyens, et favorisez le partenariat public-privé.

Dans ce contexte, qui augure bien de l'avenir, je souhaite rappeler plusieurs enjeux essentiels.

Première exigence : la santé pour tous et partout. Notre système doit couvrir l'ensemble des territoires français. La proximité est une valeur sûre.

M. Michel Vergnier. Très bien !

M. Robert Lecou. Elle permet de sauver des vies, rapproche le malade de sa famille et favorise la guérison.

Les pôles de santé ne doivent pas être l'apanage des grandes métropoles ; ils doivent être bien répartis, afin de lutter contre la désertification qui menace.

M. Michel Vergnier. Mettons-nous d'accord sur ce point !

M. Robert Lecou. Ils doivent contribuer au maillage de notre territoire, car ils participent à l'aménagement et à la vie de nos collectivités.

Autre préoccupation : la baisse de la démographie médicale. À mon sens, la lutte contre ce phénomène ne peut prendre la forme de méthodes coercitives. L'incitation est plus judicieuse. Or une telle démarche est de la responsabilité de l'État, au titre de sa politique d'incitation et d'aménagement du territoire, mais aussi de l'ensemble des collectivités qui contribuent à l'attractivité de nos territoires.

Soyons clairs : aujourd'hui, les médecins subissent eux aussi les évolutions de la société. On a pu constater ces dernières années – et les 35 heures n'y ont pas été étrangères – un certain vague à l'âme parmi les professionnels de santé, qu'il faut inciter à retrouver les véritables valeurs liées à leur vocation.

Enfin, un autre principe essentiel à la démarche engagée par le présent texte est celui de la prévention. Issu d'une région où l'économie est fondée sur la viticulture, je tiens à dire qu'il ne faut pas confondre prévention et intégrisme. Les spécificités de certaines régions françaises doivent être reconnues.

M. Michel Vergnier. Très bien !

M. Robert Lecou. Dans ma région viticole, j'ai souvent l'occasion de dire, lors des assemblées générales des caves coopératives, combien la lutte pour la sécurité routière et les radars sont utiles.

M. Christian Paul. C'est ce que disent les bouilleurs de cru !

M. Robert Lecou. De grâce, toutefois : efforçons-nous, avec ce projet de loi, de redonner de l'oxygène à ces territoires et aux gens qui y vivent convenablement de leur travail !

Voilà pour l'essentiel. Si nous réussissons à agir pour la santé et pour l'école, nous aurons garanti l'avenir des deux piliers essentiels de notre société ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP et sur plusieurs bancs du groupe SRC.*) .)

M. le président. La parole est à M. Michel Vergnier.

M. Michel Vergnier. Je me félicite que vous soyez revenue, madame la ministre...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je ne suis pourtant pas partie bien longtemps !

M. Michel Vergnier. Je m'en félicite car j'ai quelques mots d'ordre personnel à vous adresser. Je voudrais vous parler simplement de choses compliquées. Avant tout, je voudrais vous convaincre : c'est cela qui a du sens.

J'ai écouté avec attention la présentation que vous avez faite. Vous m'avez paru sincère et passionnée : je ne le découvre pas, car c'est votre habitude ! Vous avez même tenu des propos forts sur l'égalité et la sécurité des soins.

Cela étant, nous n'arrivons pas à nous comprendre, car ce qui se passe sur le terrain contredit vos affirmations, et ce que vous prévoyez ne me rassure guère. Comme vous donnez l'impression de faire « enfin » une réforme, je rappelle que vous ne présentez jamais qu'une réforme supplémentaire. La dernière n'est pas si vieille, et je me souviens encore de nos débats avec M. Mattei.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? Nous traversons une grave crise de l'hôpital public, et personne ne peut le nier. Le déficit s'élève à 800 millions d'euros pour les uns, à un milliard pour les autres, et ce malgré une réforme de la tarification censée améliorer la situation.

Vous souhaitez le retour à l'équilibre, et les plans que vous imposez – même si, bien sûr, on ne peut pas vivre sur des déficits – conduisent invariablement à des réductions d'effectifs. Car tout ce qui pouvait être fait pour économiser ailleurs a déjà été fait auparavant. Aujourd'hui, il ne reste qu'une seule variable d'ajustement : l'emploi. Je parle d'expérience, puisque je préside le conseil d'administration d'un hôpital.

Mais, en resserrant les emplois, qu'on le veuille ou non – c'est en tout cas ce que disent les personnes qui travaillent dans cet hôpital –, les conditions de travail se dégradent. Si la qualité des soins ne s'en ressent pas – et il faut faire cesser les polémiques à ce sujet –, c'est grâce à la formidable implication des personnels. Mais nul n'est à l'abri d'un grand coup de fatigue, qui peut avoir, parfois, de graves conséquences.

J'ai dit que j'allais parler simple et vrai. Suis-je excessif ? Ne serait-ce pas plutôt ce que vous entendez vous-même dans les hôpitaux ? Si ce n'est pas le cas, c'est que nous ne fréquentons pas les mêmes hôpitaux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'en fréquente sans doute plus que vous !

M. Michel Vergnier. Madame la ministre, je connais assez bien ce sujet, même si je le connais moins bien que vous. Je ne préside un conseil d'administration que depuis douze ans. Et j'ai choisi modestement de m'impliquer pour comprendre ce qui se passait.

La santé n'est pas une marchandise.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Voilà au moins un point sur lequel nous sommes d'accord !

M. Michel Vergnier. Dans ce cas, mettons-nous d'accord sur les moyens ! Il est des territoires où l'équilibre entre recettes et dépenses est impossible sans la mise en place de régulations qui permettent de préserver certains services indispensables, tout en maintenant la qualité et la sécurité.

M. Christian Paul et **M. Patrick Roy**. Très bien !

M. Michel Vergnier. Je cite régulièrement le cas de l'hôpital de Guéret et celui d'autres établissements de la Creuse. C'est un département que vous aimez beaucoup, madame la ministre, puisque vous conseillez aux médecins de s'y installer. À moins que ce ne soit le contraire... Mais je ne reviendrai pas sur cette anecdote. Tout ceci reste entre nous. (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. J'adore la Creuse.

M. Michel Vergnier. L'équilibre du service pédiatrie-maternité se fait autour de 900 ou 950 actes d'accouchement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. La sécurité : l'équilibre se fait en dessous !

M. Michel Vergnier. Je parle de l'équilibre financier, à l'acte. Laissez-moi parler simplement de ces choses compliquées !

M. le président. Il va falloir conclure, monsieur Vergnier.

M. Michel Vergnier. Monsieur le président, ce dialogue est intéressant, vous en conviendrez. J'espère que vous en tiendrez compte.

M. le président. Vous avez trente secondes.

M. Michel Vergnier. Il faudrait 900 actes pour atteindre l'équilibre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. En assurant la sécurité ?

M. Michel Vergnier. Oui, en toute sécurité.

Or nous ne pratiquons que 600 ou 650 actes. Faut-il fermer le service maternité à l'hôpital de Guéret, alors qu'il est le seul du département ? Ou bien faut-il une aide substantielle pour atteindre l'équilibre ? C'est ce que fait l'ARH du Limousin en octroyant 1,5 million d'euros à l'hôpital de Guéret, sur ses fonds propres.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Mais ce sont les fonds de l'État.

M. Michel Vergnier. En effet.

M. le président. Veuillez conclure !

M. Michel Vergnier. Il est impossible que j'aie déjà dépassé mon temps de parole, monsieur le président.

M. le président. Nous ne sommes qu'au début de ce long débat. Vous aurez encore l'occasion de vous exprimer.

M. Michel Vergnier. Le dialogue avec Mme la ministre est intéressant. Permettez-nous de le poursuivre...

M. le président. Il n'y a pas de dialogue, monsieur Vergnier ! Nous sommes dans la discussion générale.

M. Michel Vergnier. Il faut pérenniser ce dispositif. Comment comptez-vous, madame la ministre, évaluer les besoins et en fonction de quels critères ? Je ne vois pas que vous ayez répondu.

En une minute...

M. le président. Non, veuillez conclure !

M. Michel Vergnier. Madame la ministre, je vous invite à nouveau au pays de Chaminadour, afin de vous rendre compte sur place de la situation. Par ailleurs, dès lors que l'on parle de territoires en difficulté, j'aimerais que l'on cesse d'évoquer la Creuse.

M. le président. Monsieur Vergnier, vous n'avez plus la parole !

M. Michel Vergnier. La Creuse, c'est le pays de Viviani, de Martin Nadeau, d'André Chandernagor, des frères Judet, célèbres chirurgiens, d'Annie Duperey, de Bernard Giraudeau et de bien d'autres. C'est le pays des maçons qui ont construit le Louvre et les Tuileries. Ce département mérite, comme les autres, d'être respecté ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Patrick Roy. Quel talent !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. La fin était très bien !

M. le président. La parole est à Mme Christiane Taubira, dernier orateur inscrit, pour cinq minutes.

Mme Christiane Taubira. L'intervention de Michel Vergnier était excellente. J'espère que les cinq dernières minutes de cette séance, durant lesquelles je vais m'exprimer, ne seront pas les pires !

Madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, pour des raisons que nul n'ignore, les députés de Martinique et de Guadeloupe ne peuvent participer à nos débats. Jeanny Marc, de la Guadeloupe, Serge Letchimy et Louis-Joseph Manscour, de la Martinique, qui ont beaucoup travaillé sur ce texte et cosigné nombre d'amendements, n'ont pas pu nous rejoindre. J'espère qu'ils pourront participer à la discussion des articles. Pour ce faire, le Gouvernement devra prendre toute sa part dans ce qu'il lui revient de résoudre et, surtout, assainir la situation économique et réduire les disparités sociales outre-mer.

Vous vous êtes rendue sur place, madame la ministre. Vous connaissez donc la situation et, quelles que soient les remontées qui vous parviennent des services déconcentrés de l'État, vous savez que le système de santé, dans nos territoires, mérite, à différents degrés, des accompagnements et des ajustements, notamment sur la diversité de la demande de soins, sur son niveau de solvabilité, sur les pathologies particulières et sur la faible démographie médicale dans les zones enclavées.

Il nous est permis de penser, pour ce qui concerne l'outre-mer, que le meilleur est à venir. En effet, répondant à une question en janvier de cette année, vous avez déclaré que vous alliez élaborer un plan complémentaire à votre projet de loi. Ce plan, concernant les établissements hospitaliers des outre-mers, serait axé autour de la fidélisation des personnels soignants, de la prise en considération des spécificités insulaires, des réalités continentales de la Guyane en Amazonie,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je ne les oublie pas !

Mme Christiane Taubira...du développement de la coopération, notamment en matière de recherche. Vous avez réitéré cette affirmation devant la commission des affaires culturelles en précisant que vous alliez faire l'annonce de ce plan sur place à la fin du mois de février. À toutes fins utiles, nous avons prévu un amendement pour créer un article additionnel après l'article 14.

Il ne s'agit pas de faire du localisme et, de la même façon, nous récusons le misérabilisme : ils n'ont pas lieu d'être, notamment dans ce domaine. Il s'agit de métiers qui exigent à tous les niveaux dévouement et professionnalisme. Il y a des situations de fait auxquelles il faut apporter des réponses, et notamment des réponses durables. Ainsi, l'épidémie de dengue vient d'être officiellement reconnue il y a quelques jours, alors qu'elle sévit depuis plusieurs années de façon continue, ce qui n'a rien d'étonnant puisque, comme le paludisme ou la maladie de Chagas, il s'agit d'une maladie liée à l'environnement.

La démographie médicale est critique, notamment dans certaines spécialités hospitalières, comme la rhumatologie et la cancérologie, qui ont fait l'objet d'un signalement insistant le 8 juin 2007.

J'évoquerai également la question de la précarité de l'emploi, avec une proportion conséquente et significative – 20 % – du personnel en contrat précaire, le manque de structures de formation, qui auraient facilité le recrutement sur place dans certains métiers, le schéma d'une possible fusion entre les hôpitaux. Il y a en effet deux hôpitaux publics en Guyane, qui sont distants d'environ 300 kilomètres.

Enfin, j'évoquerai le régime préférentiel, qui semble réservé au privé, notamment en matière de dotation en matériels lourds – IRM, scanner –, alors que nous restons très attachés à l'hôpital public qui garantit l'égal accès aux soins, et je pense notamment aux plus démunis.

Il nous est difficile d'accepter que le système de santé publique soit soumis aux rigueurs étroitement comptables de la RGPP, même si elle est rebaptisée par euphémisme « culture de résultat », avec l'externalisation de certaines prestations et une gestion privée primant sur le souci de soin, alors que nous savons à quel point le moindre accident, la plus petite erreur ou faute dans ce domaine peuvent entraîner des effets douloureux et dévastateurs.

Nous nous interrogeons également sur ce qu'il adviendra des fichiers de l'assurance maladie, compte tenu du partage prévu des données en matière de santé.

Madame la ministre, avec votre sens de l'humour et de l'opportunité, vous nous avez invités à donner notre sang, ce que la plupart d'entre nous font très volontiers. Mais certains ne le peuvent pas puisque, par arrêté ministériel, l'EFS – l'établissement français du sang – de Guyane est devenue une annexe de l'EFS de Guadeloupe. Dans le même temps, nous apprenons qu'il existe un projet de prélèvement des reins sans continuité de transplantation. Il ne s'agit certes pas du même métier, mais je suppose que les contraintes de sécurité sont les mêmes. Aussi aimerions-nous comprendre comment nous pourrions prélever des reins et les conserver sans les transplanter, alors que nous ne serons pas en mesure de prélever du sang !

M. le président. Veuillez conclure, madame Taubira.

Mme Christiane Taubira. Mon dernier propos portera sur la situation de la cancérologie. Je vous ai interrogée à ce propos au début du mois de décembre, madame la ministre, et vous m'avez répondu que, selon l'ARH, tout allait bien. Dans la conjoncture actuelle, il faut comprendre que ce sont de telles remontées de certains services déconcentrés de l'État qui génèrent des situations comme celle que nous connaissons aujourd'hui outre-mer. Tout va toujours très bien jusqu'à ce que les populations en aient vraiment assez ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La discussion générale est close.

3- 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