

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

Compte rendu
intégral

Deuxième séance du jeudi 19 février 2009

SOMMAIRE

Présidence de Mme Danièle Hoffman-Rispal

1. Logement et lutte contre l'exclusion

[...]

2. Réforme de l'hôpital

Article 8 (suite)

M. Bernard Debré

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé

Amendements nos 519, 1056, 346, 982

Rappel au règlement

M. Gérard Bapt

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé

Reprise de la discussion

Amendements nos 983 rectifié, 1050, 1205, 347, 1076, 520, 1077, 1030, 1966 (sous-amendement), 348 rectifié

Après l'article 8

Amendements nos 868, 350, 1226, 1188

Article 9

M. Jean Mallot

Mme Michèle Delaunay

M. Gérard Bapt

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé

Amendement no 1033

Rappel au règlement

M. Roland Muzeau

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État chargé des relations avec le Parlement

Mme Martine Billard

Reprise de la discussion

Amendements nos 352, 1034

Après l'article 9

Amendement no 353, 1993 (sous-amendement) rectifié

Article 10

M. Jean-Luc Prével

M. Claude Leteurtre

M. Jean Mallot

Mme Catherine Génisson

M. Roland Muzeau

Mme Catherine Lemorton

Mme Catherine Génisson

Amendements nos 984, 1078, 521, 834, 1989, 487, 489, 354, 1035, 355

Article 11

Amendements nos 1154, 998

Après l'article 11

Amendements nos 356, 1189

Article 12

M. Jean-Luc Prével

M. Roland Muzeau

M. Jean Mallot

Mme Catherine Génisson

3. Ordre du jour de la prochaine séance

Présidence de Mme Danièle Hoffman-Rispal, vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1 – Logement et lutte contre l'exclusion

[...]

2 - Réforme de l'hôpital

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

Mme la présidente. 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).

Article 8 (suite)

Mme la présidente. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n^o 123 à l'article 8.

La parole est à M. Bernard Debré, pour soutenir cet amendement.

M. Bernard Debré. Madame la présidente, madame la ministre de la santé, mes chers collègues, nous avons déjà longuement discuté de l'article 8 relatif à l'organisation interne des établissements publics de santé. J'ai eu l'occasion d'indiquer que les pôles d'activité pouvaient être une réponse intéressante dans la mesure où ils sont nécessaires et cohérents, mais j'ai également rappelé que l'unité fonctionnelle de base, au sein des pôles, devait être le service, qui est, en quelque sorte, l'interface entre le médecin et les malades, étant entendu que le chef de pôle ne peut prendre en charge les malades. Vous m'aviez répondu, madame la ministre, que les services ne disparaîtraient pas et que les pôles seraient une réunion de services, avec à leur tête des chefs de service.

Il me semble nécessaire de confirmer que « les pôles d'activité, lorsqu'ils sont nécessaires, sont constitués par une association de services, dirigés par des chefs de service ».

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour donner l'avis de la commission.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.* L'amendement n^o 123 a été adopté par la commission contre l'avis du rapporteur.

J'indique à M. Debré que le projet de loi laisse la possibilité de créer des structures internes, que l'on pourra appeler comme on voudra et, pourquoi pas, des « services » ! En revanche, il supprime la lourdeur liée à la publication de listes de médecins habilités à être chefs de service. En outre, ce texte, qui concerne l'ensemble des hôpitaux, quelle que soit leur taille, doit proposer une structure générale avec une organisation moins rigide.

Mme la présidente. La parole est à Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Nous avons, en effet, déjà longuement discuté de ce sujet. Lors de notre séance d'hier soir, il s'est dégagé un très large consensus pour reconnaître les acquis – depuis 2005 – de la création des pôles. Certes, il ne s'agit pas d'avoir une vision angélique et de nier les difficultés qui peuvent exister. Mais tout le monde s'accorde à penser que la notion de délégation de gestion, qui est au cœur des avancées de ce projet de loi, devrait permettre de résoudre certaines difficultés liées à la gestion des pôles.

Une association de services complexifierait la chaîne de responsabilité et ne permettrait pas au président du directoire de s'appuyer sur un responsable médical identifié. En outre, une association en quelque sorte autogérée, aux contours difficiles à cerner, aurait bien du mal à assumer les fonctions de pilotage de l'activité.

Nous avons donc souhaité cette organisation en pôles pour assurer aux patients une plus grande cohérence de leur parcours de soins à l'hôpital. Les pôles seront évidemment dirigés par des médecins qui sauront concilier l'organisation médicale de l'activité, l'optimisation de la gestion et la qualité des soins. C'est la raison pour laquelle, monsieur Debré, je suis défavorable à votre amendement et je vous demande de bien vouloir le retirer. Je précise que je tiens compte, évidemment, de vos observations sur les difficultés de gestion.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. N'étant pas un professionnel de santé, j'avoue avoir un peu de mal à suivre ! M. Debré propose de clarifier la composition des pôles. Je n'ai pas d'avis tranché sur sa proposition, mais elle paraît compréhensible au béotien que je suis en la matière et, pour le moins, convaincante. Nous avons eu, hier soir, un échange quelque peu étrange pour des non-initiés lorsque M. Debré a appris, de la bouche de Mme la ministre, que les services n'existaient plus.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je parlais de la création de services !

M. Jean Mallot. En effet, l'information venait de vous, monsieur le rapporteur.

Si j'ai bien compris, des entités que l'on peut appeler « services » peuvent exister au sein des pôles. Cette possibilité est intéressante et, sans doute, nécessaire, dans la mesure où elle correspond à la réalité et aux attentes des patients, qui, pour se faire soigner, vont dans un service et non dans un pôle dont la lisibilité n'est pas des plus évidentes.

La proposition de Bernard Debré a le mérite d'être claire pour les patients comme pour celles et ceux qui travaillent à l'hôpital. C'est pourquoi j'y suis favorable.

De nos échanges d'hier soir, il est ressorti qu'il était nécessaire de clarifier ce point et de savoir ce que l'on met derrière les mots. Il y va de la lisibilité de l'organisation hospitalière et de la clarté de son fonctionnement et de son efficacité.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Je suis attaché aux services, mais j'ai un problème avec mon propre amendement ! (*Sourires.*)

Mme Marisol Touraine. Avec vous-même, peut-être !

M. Bernard Debré. En fait, j'aurais dû le rédiger autrement et préciser que « certains » pôles d'activité, et non « les » pôles, « peuvent être » constitués, à la place de « sont constitués », par une association de services.

Mme Michèle Delaunay. Oui !

M. Bernard Debré. Certains pôles sont, en effet, cohérents sans chefferie de services. Ainsi, dans la mesure où les pôles de gynéco-obstétrique sont tout à fait légitimes, les services de gynéco-obstétrique ne sont peut-être plus indispensables. En revanche, lorsque les pôles n'ont pas de cohérence propre, ils doivent être constitués en services. Si je prends l'exemple du pôle d'urologie-gynéco-pédiatrie, il semble évident qu'il doit être constitué par trois services différents, ce qui ne change rien au rôle du chef de pôle.

M. Jean-Luc Prével. Rectifiez votre amendement, monsieur Debré !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Pour lever toute ambiguïté, je vais, monsieur Mallot, relire les propos que j'ai tenus hier soir : « Le projet de loi approfondit la réforme de la gouvernance de 2005, qui a créé le pôle comme entité de référence en matière d'organisation des établissements publics de santé. L'approfondissement de la réforme des pôles ne fait pas disparaître les services, qui restent le niveau habituel de prise en charge du patient. » Je ne peux être plus claire, monsieur Mallot, et je vous renvoie au compte rendu de la séance.

Nous avons seulement précisé qu'il n'y aurait plus de créations de services, mais les services ne sont pas remis en cause.

J'ajoute que le projet de loi prévoit une disposition qui permet de les maintenir à titre exceptionnel en cas de difficultés, en particulier dans les très petits établissements.

M. Bernard Debré. Dans ces conditions, je retire mon amendement.

(*L'amendement n° 123 est retiré.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 519.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Aux termes du projet de loi, « le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle ». Je souhaite inverser le processus en indiquant que la mission du pôle est d'abord de soigner les patients en prenant en compte les besoins de santé. Les objectifs du pôle doivent être définis en fonction des besoins de santé, la politique de l'établissement prenant ensuite en compte les activités de chaque pôle.

Si je suis d'accord pour l'efficacité, je ne suis pas favorable aux restrictions budgétaires empêchant éventuellement de répondre aux besoins de santé de la population.

Par ailleurs, l'alinéa 8 de cet article prévoit que le chef de pôle puisse être assisté par un ou plusieurs collaborateurs. Je souhaiterais savoir, madame la ministre, qui aura autorité sur les collaborateurs : le chef de pôle ou le directeur ? N'y a-t-il pas un risque de double hiérarchie ?

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement dont la subtilité lui a peut-être échappé. En tout état de cause, le projet d'établissement prend en compte l'intérêt des patients. Dans ces conditions, les préoccupations de M. Prével ne se sont pas justifiées.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La précision apportée par Jean-Luc Prével est intéressante d'un point de vue sémantique...

M. Jean-Luc Prével. Merci, madame la ministre !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. C'est pour cela que Mme la ministre est là : le rapporteur ne comprend pas, mais la ministre comprend ! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ... mais, sous couvert de précision grammaticale, l'amendement s'éloigne de l'esprit du texte que je vous propose, et qui consiste à bien identifier les responsabilités de chacun.

Nous avons vu précédemment qu'il appartient au directoire d'arrêter, après avis de la commission médicale d'établissement, le projet médical, partie essentielle du projet d'établissement sur lequel le conseil de surveillance délibère. Quant au chef de pôle, il met en œuvre le projet d'établissement, décliné à partir d'objectifs contractualisés. Il me semble très important de conserver cette rédaction, qui témoigne de la stratégie globale et de la cohérence de la gouvernance.

Vous souhaitez par ailleurs préciser, monsieur le député, que les objectifs du pôle devraient tenir compte des besoins de la population. Je me permets de rappeler qu'une meilleure prise en considération des besoins de la population, et la déclinaison territoriale qui en résulte, sont au cœur de la réforme que je conduis. Ces besoins seront pris en considération dans le projet régional de santé, dans le schéma régional d'organisation des soins, dans le contrat d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale de santé et l'établissement, enfin dans le projet

d'établissement et dans le contrat de pôle : ils sont déclinés tout au long de la chaîne de responsabilités et d'organisation.

Enfin, et pour répondre à votre question sur l'autorité du chef de pôle, celui-ci exerce naturellement une autorité fonctionnelle sur tous les personnels qui composent son pôle, en particulier sur les médecins.

Mme la présidente. La parole est à M. Simon Renucci.

M. Simon Renucci. L'amendement de M. Préel est très important, car le patient est naturellement au centre de nos préoccupations ; je pense que ce point de vue est unanimement partagé sur tous les bancs.

Il faut donc indiquer que le chef de pôle doit se préoccuper non d'économie, mais de cohérence – voilà pourquoi le précédent amendement demandait que la constitution de ces pôles obéisse à une plus grande cohérence –, et que ce qui prime, c'est la manière dont on traite ce problème. Sur ce point, monsieur Debré, vous êtes d'accord avec moi.

L'amendement est donc essentiel pour éclairer nos débats sur ce qui constitue le fondement même de l'engagement de chacun : le patient. Parce qu'il confie la responsabilité du pôle à quelqu'un qui privilégie la réponse aux besoins – besoins que l'on croit connaître, mais que l'on ne connaît pas toujours entièrement –, il est fondamental non seulement qu'il ait été déposé, mais qu'il soit unanimement voté.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Je serai bref, M. Renucci ayant expliqué notre point de vue et les raisons pour lesquelles nous allons voter une fois encore un amendement de M. Préel.

Cet amendement n'est pas superfétatoire. En effet, à la lumière de la logique de production de soins au nom de laquelle plusieurs personnalités haut placées entendent réformer l'hôpital dans notre pays, en privilégiant la T2A à tout prix pour équilibrer les comptes, on comprend qu'il n'est pas inutile de rappeler de temps en temps que l'hôpital, n'étant pas fait pour produire, mais pour soigner, doit être organisé autour des besoins du patient.

Voilà pourquoi nous allons voter votre amendement, monsieur Préel.

M. Jean-Luc Préel. Merci beaucoup, mais je ne suis pas sûr que cela suffise à le faire passer...

(L'amendement n° 519 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1056.

La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Madame la présidente, madame la ministre, monsieur le rapporteur, cet amendement prolonge les interventions de mes deux collègues et l'amendement de M. Préel.

Il s'agit d'inscrire dans la loi de manière plus visible la nécessité de prendre en considération les droits du patient dans la réalisation des différents projets hospitaliers. Vous allez sans doute nous répondre que cela va de soi : on n'imagine pas qu'un établissement hospitalier ne tienne pas compte des droits des patients, notamment depuis la loi du 4 mars 2002 et la prise de conscience croissante de cette nécessité au cours des dernières années. Mais l'alinéa 8 de l'article 8 cite d'autres éléments qui vont eux aussi de soi, par exemple la déontologie des praticiens, dont on n'imagine pas davantage qu'elle ne soit pas respectée lors de la réalisation des projets d'établissement.

Afin de marquer l'importance que nous accordons aux droits du patient, nous souhaiterions donc qu'ils soient inscrits noir sur blanc dans la loi.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. J'entends bien les arguments de Mme Touraine. Mais la commission a repoussé cet amendement, qui lui est apparu comme un ajout inutile, le respect de la déontologie des praticiens englobant naturellement à ses yeux les droits des patients.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je trouve un peu curieux qu'un amendement précise qu'il convient dans la loi de respecter la loi : on pourrait ensuite faire une autre loi qui disposerait qu'il faut faire respecter la loi selon laquelle il faut respecter la loi !

M. Roland Muzeau. On pourrait même ajouter « notamment » !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cette conception du travail législatif est donc un peu curieuse.

Je m'en remets néanmoins à la sagesse de l'Assemblée, par esprit...

Mme Catherine Génisson. D'ouverture !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Exactement. Je ne voudrais pas laisser penser que j'incite à ne pas respecter la loi !

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Nous apprécions beaucoup cette ouverture, car certains mots ne sont jamais assez utiles.

Un exemple, madame la ministre : la charte des droits du patient est affichée dans tous nos services. On pourrait dire que cela n'est plus nécessaire depuis qu'elle est incluse dans la loi. Mais je crois qu'il n'est jamais inutile ni pour les patients ni pour le personnel soignant de la revoir régulièrement et de pouvoir s'y référer.

De même – cela vient d'être dit –, la déontologie faisant partie intégrante de la mission du médecin, on pourrait juger inutile d'en reparler.

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

Mme Michèle Delaunay. Mais il faut donner une couleur à ce texte, si vous me permettez l'expression, et ces mots y contribuent. Voilà pourquoi nous nous réjouissons de l'attitude de Mme la ministre.

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

M. Jean-Marie Le Guen. J'ai été frappé du commentaire de notre rapporteur, selon lequel le médecin serait garant des droits du patient.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Comme tout le monde !

M. Jean-Marie Le Guen. Ces droits sont autonomes et ont été consacrés par la loi du 4 mars 2002. Si quelque chose a modifié le système de santé depuis vingt ans – même si je sais bien que, pour certains d'entre vous, il ne s'y est rien passé –, c'est bien cette loi, qui, en affirmant ces droits, les a soustraits à la tutelle déontologique, si sympathique soit-elle, du corps médical.

On peut juger cela secondaire, mais, puisque l'on inscrit la déontologie médicale dans la loi, il semble nécessaire d'ajouter que la question des droits du patient est tout aussi essentielle au fonctionnement de l'hôpital.

(L'amendement n° 1056 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 346 de la commission.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Je laisse à Mme Poletti le soin de présenter cet amendement, dont elle était l'auteur et qu'elle a fait adopter par la commission contre l'avis du rapporteur. (« Oh ! » *sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, cet amendement revient sur le problème du statut des sages-femmes, que nous avons déjà abordé ensemble.

Les sages-femmes sont des professionnelles particulières : ces professionnelles médicales exercent des responsabilités limitées à leurs compétences, qui ont trait à la grossesse et aux accouchements normaux ou physiologiques, dans les services de maternité et de gynécologie obstétrique, comme le prévoit la loi.

Les sages-femmes ont formulé plusieurs souhaits. Il s'agit tout d'abord de faire évoluer leur statut vers celui de praticien hospitalier ; nous en avons parlé hier, et vous avez répondu qu'il fallait d'abord faire évoluer leur formation par le LMD, ce que je peux comprendre. Nous en reparlerons à propos d'autres articles ; mais ce texte devra apporter une réponse aux sages-femmes sur ce point. Les sages-femmes souhaitent aussi et surtout que leur statut au sein des services de gynécologie obstétrique ne subisse aucune régression.

Je sais, madame la ministre, que vous êtes très attentive à ces questions et consciente de leur importance. Vous avez raison, car les sages-femmes sont les garantes de la grossesse et de l'accouchement physiologiques, qui sont malheureusement victimes des dérives qu'entraîne une médicalisation croissante, et elles apportent à leurs services la sagesse et l'approche plus physiologique qui y fait parfois défaut.

Vous avez proposé hier un projet de décret qui a été distribué aux parlementaires présents, puisque vous souhaitez retirer de la loi la mention de l'importance des sages-femmes pour l'inscrire dans un décret. On peut également le comprendre, mais il faut que nous nous entendions sur les termes de ce décret. Vous avez d'ailleurs indiqué que vous étiez disposée à accepter plusieurs corrections à ce projet.

Or celui-ci s'écarte en deux endroits du texte de loi jusqu'alors en vigueur. Il précise ainsi dans une première partie que « les sages-femmes sont chargées de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence » et qu'« elles participent à l'évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médico-technique ». D'une part, le texte de loi employait « responsables » au lieu de « chargées », ce qui est tout à fait différent ; il faudra donc corriger le décret sur ce point. Ensuite, le texte de loi faisait référence à un article du code de la santé publique, ce qui pourrait nous conduire à préciser dans le décret : « Dans ce cadre, elles participent à leur évaluation. »

Dans une seconde partie, vous proposez la rédaction suivante : « Les sages-femmes cadres ont vocation à assister le praticien responsable d'un pôle d'obstétrique ». Cette rédaction ne rend pas les sages-femmes incontournables dans les pôles de gynécologie obstétrique, alors qu'elles doivent l'être. Je propose donc que l'expression « ont vocation à » soit remplacée par le présent qui s'impose dans les formules juridiques : « Les sages-femmes cadres assistent le praticien responsable. »

J'espère avoir été assez claire (« Très bien ! » sur les bancs du groupe SRC), certains aspects ayant été formalisés en collaboration avec les services, d'autres moins.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Madame Poletti, je suis d'accord pour intégrer les trois corrections que vous proposez dans le décret, dont j'avais soumis le texte à votre assemblée afin qu'elle formule des observations, dans le cadre de ce que l'on pourrait appeler, non une coproduction législative, mais une coproduction réglementaire.

Dans ces conditions, madame la députée, seriez-vous prête à retirer votre amendement ?

Mme la présidente. Retirez-vous l'amendement, madame Poletti ?

Mme Bérengère Poletti. Il me semble que cela ne pose aucun problème, mais il faut l'accord de M. le rapporteur.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Le président de la commission n'est pas là mais, à titre personnel, je ne verrais que des avantages à cette solution.

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

Mme Catherine Génisson. Nous n'avons pas de désaccord sur le fond et sur les objectifs poursuivis : une autonomie des sages-femmes, reconnues comme cadres, au côté des obstétriciens.

M. Yves Bur. Mme Poletti vient de l'expliquer !

Mme Catherine Génisson. Il me paraît important de préciser à nouveau les enjeux, monsieur Bur, d'autant qu'il existe des obstacles à tous les niveaux.

Je ne mets aucunement en cause votre détermination, madame la ministre, mais je veux être assurée que le décret aura force de loi et qu'il suffira à imposer les modifications que nous souhaitons tous car, *a priori*, un décret a une moindre efficacité juridique qu'un article de loi.

M. Pierre Cardo. Oui, mais une loi sans décret n'a aucune efficacité !

Mme Catherine Génisson. Ce qui compte, c'est d'arriver au but.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Madame la députée, vous nous renvoyez à l'éternelle question de Montesquieu : est-ce la loi qui fait les mœurs ou sont-ce les mœurs qui font la loi ? On peut également se demander si la hiérarchie des normes est en mesure d'empêcher certaines dérives.

Toujours est-il que je réaffirme devant vous la force du texte réglementaire que j'ai souhaité bâtir à travers un travail en commun avec la représentation nationale – une démarche peu courante à laquelle le Gouvernement n'est aucunement contraint, permettez-moi de le souligner.

Pour finir, je remercie Mme Poletti pour ses excellentes propositions, qui seront prises en compte dans le texte du décret, conformément à ses vœux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Je me réjouis tout d'abord, madame la ministre, que vous vous référiez à cet auteur girondin, qu'il serait sans doute utile d'évoquer plus souvent dans cet hémicycle.

Je me réjouis également de cette démarche que l'on qualifierait en d'autres lieux de « participative » : des propositions sont formulées, elles sont acceptées, un engagement, dont nous n'avons pas de raison de douter, est pris.

J'insiste, pour ma part, sur l'importance de la responsabilité confiée à cette profession, qui le mérite pleinement, étant donné qu'elle intervient souvent de manière totalement autonome et qu'elle joue un rôle décisif dans les services de gynécologie-obstétrique.

Parmi les modifications proposées, je suis particulièrement favorable aux termes « le plus direct » et « assiste le praticien », bien préférables à la rédaction actuelle – « avoir vocation » –, d'une rigueur un peu incertaine.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Je suis heureux de l'accord qui s'exprime sur tous les bancs pour renforcer le rôle des sages-femmes. À cet égard, je veux rendre hommage à Mme Poletti, qui défend cette profession de manière extraordinaire.

Permettez-moi toutefois d'exprimer un regret. Nous avons examiné il n'y a pas si longtemps un projet de loi relatif à la réforme des études de santé dont l'universitarisation des études de sages-femmes constituait le cœur. Et je déplore, madame Génisson, madame Delaunay, que vous n'ayez pas été au bout de votre logique en adoptant ce texte. Pour notre part, nous avons été cohérents avec nous-mêmes en votant en faveur de la médicalisation de la profession de sage-femme. (*Applaudissements sur les quelques bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. Qu'en est-il de l'amendement, madame Poletti ?

Mme Bérengère Poletti. Je rappelle qu'il s'agit d'un amendement de la commission et que je ne peux décider seule de son retrait.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je le repète, je suis favorable, à titre personnel, au retrait de cet amendement.

(*L'amendement n° 346 est retiré.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 982.

La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Cet amendement, qui vise à supprimer les alinéas 9 à 11, s'oppose au recrutement dans les hôpitaux publics de praticiens exerçant à titre libéral tant que de réelles mesures incitatives, visant à retenir les praticiens hospitaliers à l'hôpital, n'auront pas été mises en œuvre.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement aurait pour conséquence de priver les établissements de santé d'un moyen de renforcer leurs performances en ayant recours, en cas de besoin, à des praticiens exerçant à titre libéral. Or ceux-ci jouent un rôle important, notamment dans les petits établissements, les anciens hôpitaux locaux.

Mme Laure de La Raudière. Très juste !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Par ailleurs, en cas d'insuffisances dans la démographie médicale, leur présence peut s'avérer indispensable. Elle contribue, dans tous les cas, à apporter de la souplesse à l'organisation du système.

La commission a donc repoussé cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Nous sommes extrêmement défavorables à cet amendement.

Vous avez rappelé à de nombreuses reprises votre attachement aux hôpitaux de proximité, monsieur Muzeau. Or il faut bien comprendre que la possibilité de faire appel à des praticiens libéraux constitue pour ces établissements une condition du maintien de leur offre médicale. De plus, dans le domaine de la médecine ambulatoire, elle contribue à rendre certains territoires attractifs.

Supprimer cette possibilité aboutirait à perdre sur deux tableaux : l'hôpital de proximité et la démographie médicale, dans des zones particulièrement touchées par la désertification.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. L'imprécision de la rédaction de cet article nous pousse à exprimer des réserves, en particulier sur la proportion des praticiens libéraux au sein des services, qui risquent d'être déséquilibrés. Cette disposition appelait des précisions et des limitations. En leur absence, je serais assez favorable à cet amendement.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Il existe déjà des praticiens exerçant à titre libéral dans les établissements hospitaliers, qu'il s'agisse de grands centres ou de petits hôpitaux. Mais nous aimerions savoir comment leur rémunération s'articulera avec la tarification à l'activité.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* C'est le système qui prévaut actuellement !

M. Jean-Marie Le Guen. Je pose une simple question, madame la ministre, et sans doute suis-je coupable de n'avoir pu trouver moi-même la réponse. Derrière mes questions, il n'y a pas d'arrière-pensées particulières, soyez-en certaine.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Les praticiens libéraux sont indispensables dans tous les services et dans tous les établissements.

La présence des attachés est fondamentale pour les CHU, qui, en retour, leur procurent une ouverture décisive sur la ville et leur permettent de parfaire leur formation au sein de l'hôpital. Malheureusement, madame la ministre, ils ne sont pas assez payés.

Mme Catherine Génisson. Des ronds de carotte !

M. Bernard Debré. Par ailleurs, la nomination d'un chef de clinique au grade de praticien hospitalier implique pour un service de restituer des vacations de médecins libéraux.

M. Jean-Marie Le Guen. Je croyais qu'on ne supprimait jamais de postes de soignants à l'hôpital !

M. Bernard Debré. Ainsi, on aboutit à des situations totalement paradoxales : les médecins libéraux, payés à la vacation, viennent plus que leur vacation ne l'exige. Autrement dit, ils exercent quasi gratuitement.

En outre, il est évident qu'il est nécessaire qu'il y ait une interpénétration entre médecins libéraux et médecins hospitaliers dans les petits établissements, où le plateau technique est mis en commun.

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

Mme Catherine Génisson. Pour être précise, la restitution d'un temps plein hospitalier équivaut à treize vacations.

Personne ne conteste le bien-fondé de la présence des médecins libéraux à l'hôpital, en particulier dans les établissements locaux, où ils sont d'ores et déjà payés à l'acte – vous me le confirmerez, madame la ministre.

Mais j'aimerais appeler votre attention sur le fait que les médecins payés à l'acte entreront en concurrence de manière déloyale avec les vacataires, souvent très spécialisés, qui sont payés des ronds de carotte et qui continuent à travailler de manière quasi bénévole dans les hôpitaux pour parfaire leur formation et par goût personnel.

Il importe donc de trouver un système plus juste pour les uns et les autres.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrice Debray.

M. Patrice Debray. J'ai exercé en secteur hospitalier dans une circonscription très rurale, puis j'ai suivi un long parcours de médecine libérale : cette expérience personnelle me conduit à appeler de mes vœux la renaissance d'un partenariat public-privé afin que les médecins libéraux puissent exercer dans ces petits hôpitaux ruraux. Le problème de la tarification se pose évidemment, mais je rassure Mme Génisson : il existe des rémunérations à l'acte des médecins libéraux dans le secteur hospitalier, en particulier dans les territoires ruraux.

Nous pourrions également revoir la problématique de la vacation, qui devrait être mieux payée, ou du paiement à l'acte, ce qui serait une bonne chose pour les praticiens libéraux.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Si nous votions votre amendement, monsieur Muzeau, nous irions vers la bunkérisation de l'hôpital.

M. Roland Muzeau. Vous seriez placés devant vos responsabilités !

M. Jacques Domergue. Nous couperions l'hôpital à la fois de la médecine de ville et des établissements privés.

Nous voulons au contraire permettre à des professionnels libéraux d'accéder à l'hôpital. Comme cela a été dit, ils le peuvent déjà aujourd'hui, avec le titre d'attachés. Le but du texte est de détacher les attachés pour leur permettre de venir dans les établissements publics et d'apporter de l'activité et des compétences spécifiques. Mme Génisson l'a bien dit : ils apportent souvent un « plus ». Or, aujourd'hui, il n'existe aucune mesure incitative pour encourager cette activité.

Certains praticiens travaillent dans des établissements publics en étant rémunérés à l'acte : cela s'appelle des cliniques ouvertes. Je ne dis pas qu'il faut reproduire partout le principe de la clinique ouverte, mais, avec la tarification à l'activité, il est indispensable qu'à l'activité apportée corresponde une rémunération, peut-être de nature proportionnelle.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je crois qu'il règne une certaine confusion juridique : il n'y a pas de vacations ; ou bien les médecins libéraux travaillent à l'hôpital à temps partiel et reçoivent un salaire pour le temps qu'ils exécutent, ou bien c'est le paiement à l'acte qui prévaut. Les honoraires sont à la charge de l'établissement, et l'opération est financièrement neutre pour le patient ; c'est une affaire entre l'établissement et le professionnel de santé.

M. Muzeau veut interdire l'entrée de l'hôpital au professionnel libéral.

M. Roland Muzeau. Nous sommes contre la dégradation du système !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous voyons bien les effets désastreux que cela aurait.

Foin, d'ailleurs, des considérations techniques que nous avons développées : nous nous prononçons sur un amendement et sur ses conséquences. Accepter un amendement qui interdirait l'entrée de l'hôpital à un professionnel libéral pour y exercer serait délétère et contraire aux besoins de santé publique.

Mme Laure de La Raudière. Évidemment ! Tout le monde est d'accord.

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

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, je souhaiterais obtenir des précisions au sujet de ce qui est écrit dans le texte : « dans des conditions fixées par voie réglementaire ».

Les uns et les autres, nous admettons le principe de l'activité du praticien libéral à l'hôpital, qui devient une nécessité et est en même temps intéressant pour le patient, parce que cela lui apporte une plus-value en termes de qualité de soins. Toutefois, compte tenu des problèmes de démographie médicale, il ne faudrait pas que des hôpitaux fonctionnent, par exemple, avec 80 % de praticiens libéraux.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce n'est pas le but !

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, je me permets de vous interroger sur l'opportunité de définir une proportion d'interventions de la médecine libérale...

M. Jacques Domergue. Non ! Il faut ménager de la souplesse.

Mme Catherine Génisson. ...car, sinon, on pourrait connaître des situations où les médecins libéraux sont pratiquement les seuls à intervenir à l'hôpital. Il serait donc intéressant de définir un pourcentage. Je ne crois pas que cette question soit indécente.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Votre question n'est bien entendu pas indécente, madame Génisson, mais on imagine mal qu'un hôpital public ne fonctionne qu'avec des professionnels libéraux ; je ne vois d'ailleurs pas comment il pourrait, sur le plan ontologique, garder son statut d'hôpital public.

Est-il souhaitable que le travail réglementaire ait à imaginer des barèmes par taille d'hôpital, pour savoir quel pourcentage de personnel libéral doit être dans chaque établissement, ou même dans chaque type d'activité ? Et, puisque nous allons parler de permanence des soins, pourquoi ne devrait-il pas imaginer, tant que nous y sommes, des pourcentages pour certaines heures de la nuit, du jour et du week-end ?

Mme Michèle Delaunay. Ne caricaturez pas !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La question posée par M. Muzeau, par le biais de son amendement, est très claire : il nous propose d'interdire à un professionnel libéral d'exercer à l'hôpital public. Je dis que c'est un mauvais amendement, et je suis étonnée que vous émettiez un avis positif.

Mme Michèle Delaunay. En l'absence de précisions !

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. La position de notre groupe est bien plus simple que l'interprétation de Mme Bachelot ne le laisserait penser. L'actuelle situation de l'hôpital public, avec toutes ses dérives, ne nous convient pas, et les dispositions du texte que nous examinons, notamment à ses articles 9, 10 et 11, accentuent ces dérives problématiques. C'est uniquement sur cela que porte notre amendement.

Avec l'amendement n° 983 rectifié qui viendra dans quelques instants, nous présenterons de manière complémentaire nos propositions. Nous considérons que le renforcement des capacités des hôpitaux publics doit avoir lieu par le biais de recrutements. Vous choisissez, quant à vous, bien que vous vous en défendiez, la voie de la facilité. Face à une situation détestable, en raison des pénuries de médecins et des difficultés d'ordres divers, vous ne trouvez d'autre solution que d'accroître la présence des médecins libéraux à l'hôpital public. Nous préférierions, quant à nous, que l'hôpital public soit renforcé par des praticiens hospitaliers publics.

(L'amendement n° 982 n'est pas adopté.)

M. Gérard Bapt. Je demande la parole pour un rappel au règlement, sur le fondement de l'article 58, alinéa 1.

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Madame la ministre, je souhaite appeler l'attention de l'Assemblée sur l'information tombée cet après-midi concernant les centres hospitaliers universitaires.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien !

M. Gérard Bapt. Un rapport de l'académie de médecine vient en effet d'être rendu public aujourd'hui même. Ce rapport, signé Loisançe, Queneau et Mornex, énumère diverses recommandations ayant un rapport direct avec notre débat, y compris avec la discussion venant d'avoir lieu sur l'intervention des médecins libéraux au sein de l'hôpital public.

Il propose ainsi la création d'un comité de coordination auprès du Premier ministre, parce que les champs de compétence des CHU s'élargissent et s'intriquent. Ce comité devrait, dit-il, associer de manière équilibrée les représentations hospitalières et universitaires.

Il suggère également une clarification sémantique, en invitant à renommer les CHU centres hospitaliers régionaux d'enseignement et d'innovation.

L'académie recommande en outre de préciser statutairement que la triple mission des CHU est confiée à une équipe de spécialités médicales dont chaque membre est préparé à chacune de ses activités dans toutes les spécialités, y compris en médecine générale ou en médecine d'urgence. Elle propose de faire participer le CHU à l'évaluation des besoins régionaux d'enseignement et de formation en contribuant notamment à fixer le *numerus clausus*.

Elle suggère d'organiser la formation des médecins généralistes en s'appuyant sur les maisons médicales et les autres organisations privées, et en encourageant l'implication des CHU dans le développement des structures de formation continue. Enfin, elle recommande d'introduire à l'hôpital des médecins libéraux sur des contrats de droit privé, à l'initiative du responsable du service avec l'aval du responsable de pôle.

Ce rapport avant le rapport de la commission Marescaux bouscule nos débats. Puisque le débat sur l'hôpital reprendra après la reprise de nos travaux, mon vœu, madame la ministre, si des modifications législatives devaient être apportées sur la base du rapport de l'académie de médecine, serait qu'elles le soient devant l'Assemblée. Ces modifications pourraient concerner le titre I, mais aussi le titre II. Il faudrait que l'Assemblée nationale, et pas seulement le Sénat, soit saisie des débats sur le CHU.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

M. Jean-Marie Le Guen. Nous avons de la chance !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il me paraît tout à fait normal, quand je suis interpellée, de répondre. C'est la politesse que je dois à l'Assemblée.

La santé est un sujet qui passionne nos concitoyens, et je suis saisie tous les matins de rapports, de mémoires, d'études, émanant d'organisations toutes plus respectables les unes

que les autres, qui s'expriment sur les textes de loi, sur la prospective de la santé en 2015, en 2020, en 2025...

Le présent texte a fait l'objet d'une très longue concertation. Des états généraux de l'organisation de la santé se sont réunis ; sous la présidence de Gérard Larcher, une mission sur l'hôpital a été conduite, qui a auditionné des centaines de personnalités et d'organisations représentatives ; des rapports parlementaires ont été produits : je pense aux rapports de M. André Flajolet, sur les inégalités territoriales en santé, qui a mené lui-même de nombreuses auditions, à ceux de Marc Bernier, de Philippe Boënnec, de Christian Paul, sur la démographie médicale, de Georges Colombier. Chacune de ces missions a auditionné des organisations représentatives telles que l'académie de médecine.

Ce travail d'écoute a été conduit. Si nous interrompons nos travaux parce que les uns et les autres s'expriment, – et c'est bien leur droit –, nous n'avancerions pas dans ce travail législatif. Je vais évidemment regarder avec le plus grand soin le rapport de M. Loisan et consorts, de la même manière que je regarde les deux ou trois rapports qui arrivent chaque matin sur mon bureau de ministre de la santé.

Reprise de la discussion

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n^{os} 983 rectifié, 1050 et 1205, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 983 rectifié et 1050 sont identiques.

La parole est à M. Roland Muzeau, pour soutenir l'amendement n^o 983 rectifié.

M. Roland Muzeau. Dans certaines spécialités, les hôpitaux doivent faire face à une grave pénurie de médecins et, au lieu de répondre à notre demande de former davantage de médecins et de mettre en œuvre des mesures pour renforcer l'attractivité des hôpitaux, vous semblez préférer l'extension à tous les établissements publics de santé la possibilité, jusque-là réservée aux hôpitaux locaux ne disposant pas de praticiens salariés, d'admettre des médecins libéraux rémunérés à l'acte.

Cette mesure va introduire des disparités de rémunérations très importantes au sein d'un même établissement, et va porter atteinte au travail d'équipe et à l'investissement des praticiens. Nous contestons cette disposition sur le fond. À tout le moins, elle devrait recueillir l'accord de la CME et l'avis du chef du pôle dans lequel ces praticiens exerceront. Tel est l'objet de cet amendement, qui s'inscrit dans la même logique que le précédent.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay, pour défendre l'amendement n^o 1050.

Mme Michèle Delaunay. Madame la ministre, la question de la place de la commission médicale d'établissement, et par conséquent celle des médecins, revient comme un leitmotiv sur tous les bancs. Nous l'avons déjà évoquée bien souvent, mais c'est presque un devoir d'y revenir, tant elle est essentielle au bon fonctionnement de tous les établissements de santé, et, bien sûr, au premier chef, des établissements publics. C'est pourquoi nous présentons, une fois encore, un amendement visant à renforcer la place de la CME.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je ne vais pas revenir sur le débat de cette nuit, au cours duquel j'ai rappelé que le texte visait à plus de souplesse et mettait en avant le rôle du directeur. La commission a donc repoussé les amendements n^{os} 983 rectifié et 1050.

M. Roland Muzeau. C'est bien dommage !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Le recrutement des praticiens sur proposition du président de la CME et après avis du chef de pôle altérerait en effet la marge de manœuvre du directeur.

Certes, dans un établissement qui fonctionne normalement, le directeur devra demander son avis au président de la CME, mais nous ne souhaitons pas que ce soit un avis conforme, pour ne pas introduire les risques de blocage que nous avons évoqués la nuit dernière.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis que la commission. Je m'en suis déjà largement expliquée.

Mme la présidente. La parole est à M. Simon Renucci.

M. Simon Renucci. Le rapporteur a parlé de souplesse, mais je lui rappelle que l'avis de la CME est prévu dans le dispositif actuel. Il s'agit d'un avis consultatif. Il faut le maintenir. Pas plus, pas moins.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Ces amendements devraient nous permettre de revenir sur la polémique, inutile à mon avis, qui a eu lieu sur l'amendement n^o 982. Je pense que personne ici n'est opposé à l'idée que des médecins d'exercice libéral puissent travailler dans l'hôpital public. Mais le problème est de savoir dans quel cadre, avec quelle rémunération, dans quelle proportion et, à travers ces amendements, de savoir aussi qui décide de les employer.

Malgré les questions que j'ai posées à Mme la ministre, nous n'avons toujours aucune précision sur la nature de leurs honoraires : seront-ils privés ou non ? Sur quelle enveloppe seront-ils pris – honoraires de ville ou hospitaliers ? Ces médecins seront-ils payés à la vacation ? N'est-il pas temps, madame la ministre, que vous apportiez quelques précisions sur le montant de leur rémunération, après la question posée par notre collègue Bernard Debré ? De plus, je tiens à vous rappeler que les vacataires n'ont absolument aucune couverture sociale, qu'ils sont révocables *ad nutum*, qu'ils n'ont pas d'indemnités chômage, ni d'indemnités journalières s'ils sont malades.

Madame la ministre, puisque vous faites l'apologie de la présence des médecins libéraux à l'hôpital,...

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

M. Roland Muzeau. Mais si, madame la ministre !

M. Jean-Marie Le Guen. ...pouvez-vous apporter des réponses à toutes ces questions, des réponses qui montrent que la préoccupation du Gouvernement est bien de prendre en compte l'amélioration de l'offre de soins à l'hôpital, mais aussi l'insertion réelle de ces praticiens au sein de l'hôpital ? Comment seront-ils payés et à quels tarifs ? Sur quel crédit de l'ONDAM ces sommes seront-elles prises ? Quel sera leur statut ? Nous attendons des informations sur tout cela.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le texte est assez clair, et je demande à M. Le Guen de s'y référer. Il est ainsi mentionné à l'alinéa 10 de l'article 8 : « Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé. Par exception aux dispositions de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance. » je précise que le tarif de ces honoraires est celui du secteur 1.

M. Jean-Marie Le Guen. Je vous remercie de cette précision, madame la ministre.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré, pour défendre l'amendement n° 1205.

M. Bernard Debré. Il est évident que, en matière de recrutement, il est tout à fait important d'avoir l'accord du chef de pôle concerné, du chef de service et évidemment du président de la commission médicale d'établissement. L'absence d'un tel accord me semblerait d'ailleurs surprenante.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Monsieur Debré, vous faites une excellente observation. Il est évidemment souhaitable que le chef de pôle et le président de la CME donnent leur avis sur les admissions. Une telle disposition est déjà en vigueur dans les hôpitaux locaux, établissements dans lesquels les médecins libéraux sont particulièrement impliqués. Mais elle relève du domaine réglementaire et, bien entendu, je veillerai à ce qu'elle soit étendue aux autres établissements. Compte tenu de cette précision, je serais très heureuse si vous acceptiez de retirer votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur Debré, retirez-vous votre amendement ?

M. Bernard Debré. Oui, madame la présidente.

(L'amendement n° 1205 est retiré.)

M. Roland Muzeau. Vos désirs sont des ordres, madame la ministre ! *(Sourires.)*

(Les amendements identiques n°s 983 rectifié et 1050 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 347 et 1076, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 347.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement vise à autoriser les hôpitaux à recourir à des rémunérations dérogatoires en faveur des professionnels libéraux qui interviennent en hospitalisation à domicile. Visites de coordination ou de réévaluation des malades nécessitent en effet beaucoup de souplesse.

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour défendre l'amendement n° 1076.

Mme Bérengère Poletti. Il s'agit de soutenir l'activité de l'hospitalisation à domicile. Il apparaît nécessaire d'autoriser les établissements publics de santé à déroger à la rémunération à l'acte des professionnels libéraux concernés, notamment dans le cadre du paiement de visites de coordination ou de réévaluation des malades réglées sous forme de forfait.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 1076 ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement défend le même principe que celui de la commission, mais notre rédaction me paraît plus satisfaisante.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis favorable à l'esprit de votre amendement, madame Poletti, mais je trouve que celui de la commission est un peu mieux rédigé. Je vous invite donc à retirer le vôtre, d'autant plus qu'il sera tout à fait satisfait par le vote de l'amendement n° 347.

M. Bernard Debré. Ne serait-ce pas du sexisme, madame la ministre ? (*Sourires.*)

Mme Bérengère Poletti. Je le retire, madame la présidente.

(L'amendement n° 1076 est retiré.)

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

M. Jean-Marie Le Guen. Il ne s'agit pas seulement de l'hospitalisation à domicile, mais aussi de la gestion des problèmes des malades chroniques et des personnes dépendantes. Nous sommes favorables à la prise en compte de ces missions dans la loi car elles constituent sans aucun doute des problématiques d'avenir. Je ne vois pas pourquoi nous ne devrions débattre que de l'hôpital, sans jamais rien dire sur ce qui se passe en matière de conventions médicales pour l'exercice libéral privée. Le maintien à domicile des personnes âgées ne passe pas toujours, heureusement, par la HAD. Il y a bien d'autres formes de prise en charge, de plus en plus innovantes, qui doivent être rémunérées. Il faudrait donc que ce type d'interventions soit pris en charge autrement que par l'hôpital et seulement dans le cadre de la HAD.

Par ailleurs, madame la ministre, je m'interroge sur votre affirmation – que j'enregistre avec satisfaction – selon laquelle les honoraires des médecins libéraux sont exclusivement de

secteur 1 – tarif opposable. Ne pensez-vous pas qu'il serait utile de le préciser dans la loi ? Vous savez que ce n'est pas obligatoire à l'hôpital, où il y a des honoraires qui ne sont pas forcément de secteur 1.

Mme Martine Billard et M. Gérard Bapt. Très bonne question !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Contrairement au rapporteur, j'aurais été plutôt favorable à l'amendement de Mme Poletti, car il précisait bien qu'il s'agit des honoraires des professionnels de santé qui interviennent dans l'établissement public, et les médecins libéraux auxquels font appel les établissements publics pourraient dès lors être rémunérés autrement qu'à l'acte. L'amendement de la commission limite les rémunérations dérogatoires à l'hospitalisation à domicile. Mais, madame la ministre, ces dérogations concernent-elles exclusivement l'hospitalisation à domicile, ou bien l'envisagez-vous aussi pour les médecins libéraux qui interviendraient en établissement public ? Dans ce dernier cas, l'amendement de Mme Poletti aurait été préférable.

(L'amendement n° 347 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 520.

La parole est à M. Claude Leteurtre.

M. Claude Leteurtre. Cet amendement peut surprendre. Néanmoins, en raison de ce que l'on vient de voter à l'alinéa 10, la réciprocité se justifie : les praticiens libéraux – médecins, sages-femmes – étant autorisés à exercer leur art dans les établissements publics de santé, il apparaît normal que les praticiens hospitaliers à temps plein, statutaires, disposant d'une activité libérale, soient admis à exercer une partie de cette activité dans un établissement privé de santé. Mon amendement fixe bien évidemment un cadre : il faudrait que cet établissement privé fasse partie d'un groupement de coopération sanitaire, ou qu'il ait signé avec l'établissement public dont dépend le praticien une convention de permanence et de continuité des soins.

M. Roland Muzeau. L'hôpital public manque déjà de personnel, et il faudrait qu'il aille travailler ailleurs !

M. Claude Leteurtre. Il s'agit de revenir à la logique de la loi : traiter le problème d'accessibilité aux soins, définir un bouclier de service public en tenant compte des contraintes budgétaires. La démographie médicale étant ce qu'elle est, n'est-il pas opportun de réfléchir au moyen de gommer la concurrence entre établissements, concurrence qui peut-être extrêmement pénalisante en termes de coût ? J'ai à l'esprit l'exemple d'une ville moyenne où il y a un CHU de taille moyenne et une grosse clinique, anciennement gérée par la Générale de santé.

Lorsque vous voulez créer une fondation, notamment dans le secteur de la cardiologie afin de résoudre un problème de rythmologie, la tentation des praticiens hospitaliers du CHU est de partir dans le privé. Si l'on créait une convention de groupement de coopération sanitaire, on pourrait permettre à ces praticiens de rester à l'hôpital, tout en valorisant cette activité

extrêmement pointue, dans le cadre d'une activité libérale qui, bien sûr, doit être contrôlée. C'est un moyen de rendre un peu d'attractivité, s'il en est besoin, à l'hôpital public.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement. Elle considère que, si un praticien hospitalier veut travailler dans une clinique privée, il le peut dès à présent : il prend un temps partiel à l'hôpital, et il le complète par un service dans une clinique privée. Un autre mode de fonctionnement est difficile à imaginer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. En effet, l'amendement de M. Leteurre pose des problèmes : il aboutirait à transformer un exercice hospitalier à temps plein en un exercice à temps partiel, et détournerait l'activité libérale de son objet. Les praticiens hospitaliers qui ont une activité libérale doivent l'exercer au sein de l'hôpital public. C'est pourquoi j'invite M. Leteurre à retirer son amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Pardonnez-moi de revenir sur des antécédents familiaux, mais c'est une grande loi qui a institué le temps plein hospitalier, qui a été si important pour l'hôpital.

Mme Catherine Génisson. Ce fut un tournant !

M. Bernard Debré. On a permis aux médecins de rester complètement à l'hôpital. Évidemment, en contrepartie et pour que les médecins soient attirés par l'hôpital, on a créé le secteur privé hospitalier. Mais, si on casse le temps plein en donnant aux médecins l'autorisation d'aller traiter des malades dans des cliniques, je suis d'accord avec le rapporteur : il vaut mieux qu'ils soient à temps partiel.

Mme Catherine Génisson. Des anesthésistes travaillent déjà en clinique le week-end.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est illégal, mais certains urgentistes le font aussi.

M. Bernard Debré. Ce sera alors plus clair : ils exerceront à temps partiel à l'hôpital et le reste du temps en clinique. Sinon, je crains fort que le temps plein perde toute attractivité. C'est pourquoi je suis opposé à cet amendement.

Mme Martine Billard et M. Roland Muzeau. Nous aussi !

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Leteurre.

M. Claude Leteurre. Je savais bien que je ne ferais pas l'unanimité sur un tel sujet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Si, contre vous !

M. Claude Leteurre. Néanmoins, j'entends les arguments de Bernard Debré, petit-fils de Robert Debré qui m'inspire un respect absolu, notamment pour son travail législatif sur l'hôpital et la réorganisation de l'hôpital.

M. Roland Muzeau. Nous, nous ne sommes les petits-fils de personne !

M. Claude Leteurre. Évidemment, je vais retirer cet amendement, mais il faut réfléchir au sujet : sinon, dans le cas concret précité, l'hôpital ne pourra pas garder les médecins ; ils iront exercer dans la clinique d'en face.

(L'amendement n° 520 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1077.

La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement traite d'un sujet déjà abordé tout à l'heure sous divers angles. Le décret de Mme la ministre étant rédigé dans le sens souhaité, je retire cet amendement.

(L'amendement n° 1077 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1030, qui fait l'objet d'un sous-amendement du Gouvernement, n° 1966.

La parole est à M. Jacques Domergue, pour défendre l'amendement n° 1030.

M. Jacques Domergue. Cet amendement vise à répondre aux problèmes d'information sur la disponibilité des lits hospitaliers. Il y a quelques mois, la presse avait fait état d'un accident médical, des difficultés d'affectation d'un patient dans un service de réanimation. Après enquête, on s'était rendu compte que beaucoup de lits étaient disponibles au moment où le système de régulation était à la recherche d'un lit pour ce patient. Mme la ministre s'était engagée à résoudre ce problème. Je ne répéterai pas les propos un peu calomnieux qu'avaient, à l'époque, proférés certains médecins : dans le cadre d'une exploitation regrettable, ils étaient davantage à la recherche des feux de la rampe que de l'obscurité des nuits de garde.

M. Gérard Bapt. Il faut parfois passer par les feux de la rampe pour alerter !

M. Jacques Domergue. Madame la ministre, vous aviez pris un engagement et, en présentant cet amendement, je souhaite que vous puissiez le tenir. Il s'agit de donner les informations les plus claires possibles sur la disponibilité des lits médicaux, quel que soit le moment et notamment en situation d'urgence.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 1030, et présenter le sous-amendement n° 1966.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. M. Domergue a rédigé un excellent amendement. Les événements de cet hiver ont montré à quel point il était important que les systèmes d'information soient renseignés avec des données fiables et mises à jour par tous les acteurs de la chaîne de soins. Pour des disciplines très spécialisées, comme la cardiologie

interventionnelle ou la réanimation, la connaissance de la disponibilité des lits est absolument vitale.

Le sous-amendement propose d'insérer, après l'alinéa 2, les mots : « Sous l'autorité des chefs de pôle, ». Comme je viens de le dire, la connaissance de la réalité de la disponibilité des lits conditionne le bon fonctionnement des établissements de santé.

Il importe que les praticiens saisissent ou fassent saisir cette information en respectant deux principes : la réalité de la disponibilité doit être saisie en toute transparence ; cette saisie doit être faite en temps réel. La mise en œuvre de ces deux principes conditionne évidemment la capacité des établissements à répondre efficacement aux besoins de la population, notamment pour les admissions urgentes.

Cet amendement s'inscrit dans un renforcement global du processus concernant la fiabilité de l'information sur la disponibilité des lits : la saisie doit être assurée par les praticiens – article 8 –, la transmission est effectuée aux ARS par les établissements – article 2 –, et le contrôle de l'information relève des ARS – chapitre 5-section 3 concernant la réalité de la disponibilité en lits.

Ce sous-amendement un peu technique vient parfaire la démarche légitime dont je remercie M. Domergue.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement et le sous-amendement ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission avait accepté l'amendement de notre collègue Domergue, qui met en place une obligation de transmission des données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil. Nous avons bien entendu son argumentaire. En commission, nous n'avons pas examiné le sous-amendement. À titre personnel, je lui donne un avis favorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Cet amendement sous-amendé permet effectivement de faire un pas supplémentaire sur la voie du traitement des problèmes de régulation et d'orientation des patients, hospitalisés en urgence ou semi-urgence vitales, vers tel ou tel lit adapté qui serait disponible.

Nous n'avons pas de raison de critiquer l'amendement de M. Domergue, sous-amendé à bon escient dans cet esprit par Mme la ministre. Cependant, je voudrais faire deux observations.

D'abord, il faut bien passer les feux de la rampe de temps en temps, si on veut alerter. Je me souviens d'avoir discuté avec l'un de mes maîtres, chef de service dans un établissement sanguin, des problèmes du sida et de la contamination. À l'époque, je lui avais dit : « Monsieur, vous saviez venir me voir, en ma qualité de représentant du conseil général au conseil d'administration, quand vous vouliez une subvention pour acquérir tel ou tel appareil de numérotation de globules. En revanche, puisque vous avez eu des doutes en ce qui concerne cette affaire terrible, comment se fait-il que vous ne soyez pas venu m'en parler ? » « J'avais suivi la voie hiérarchique », m'avait-il répondu. Il n'avait pas passé les feux de la

rampe. Le docteur Pelloux peut se montrer parfois impulsif, mais, dans d'autres occasions, il a passé les feux de la rampe à très bon escient.

Ensuite, je ne pense pas que cet amendement réglerait le problème. Au cours de la récente période hivernale et de fêtes, j'ai eu l'occasion de me pencher sur le cas particulier du CHU de Toulouse, ce qui n'a pas passé les feux de la rampe. J'ai consulté les relevés d'occupation des urgences. À ma surprise, j'ai constaté qu'une nouvelle catégorie de suivi structurel de l'activité des urgences avait été créée, au chapitre : «Patients couloir (secteur couché) ». Ces patients sont couchés – c'est-à-dire qu'ils ne relèvent pas de la « bobologie », mais qu'ils sont en attente de soins immédiats ou d'orientation – dans des couloirs parce que les autres lits sont occupés. Les relevés font aussi état de périodes de suroccupation.

Le service d'admission des urgences de l'hôpital Purpan de Toulouse connaît, bien entendu, plus souvent la liberté de transfert des malades dans tel ou tel service. En tant qu'interne ou chef de clinique, j'y ai moi-même circulé longuement la nuit. Mais il faut bien dire que ces problèmes ne sont pas réglés : aux urgences, il subsiste un problème structurel de moyens en aval, et d'organisation en amont.

Néanmoins, l'amendement de M. Domergue, sous-amendé par le Gouvernement, apporte un plus et fournit un instrument supplémentaire.

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

M. Jean-Marie Le Guen. À la suite de cet accident médical, nous avons vu qu'il était possible de tenir la comptabilité des lits – plusieurs rapports les ont fournis.

Cela dit, une telle mesure me paraît assez disproportionnée et extrêmement floue. Quand un lit est déclaré disponible, le problème est de savoir jusqu'à quand, à quelle heure, par quel biais. Je ne suis pas sûr que cet amendement sous-amendé apporte des garanties, même si elles sont inscrites dans la loi, car son application risque de prendre des formes assez exceptionnelles.

De plus, on nous explique toujours qu'il y a trop de tâches administratives dans les hôpitaux et qu'il faut alléger les charges de travail. Pensez-vous que les médecins responsables, dans les services de réanimation, n'ont rien d'autre à faire que de tenir la comptabilité en temps réel des lits disponibles ?

Enfin, le problème est récurrent : il faut que l'hôpital public ait les moyens d'assumer les surcharges de travail. Statistiquement, on aurait pu avoir plus d'incidents. Il faudrait qu'on accepte l'idée qu'un service hospitalier d'urgence et quelques installations d'urgence présentes dans un territoire doivent, en partie, fonctionner à vide, avec 50 % ou 70 % de remplissage moyen, parce qu'il faut pouvoir écrêter les surcharges. Mais la philosophie actuelle de la T2A refuse cette idée. Ce n'est pas en voulant améliorer la transparence de la gestion des flux tendus qu'on pourra gérer les pics d'urgence.

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

Mme Catherine Génisson. Nous avons tous été frappés par les accidents de cet hiver ; cela dit, j'ai été particulièrement étonnée par la malheureuse histoire de ce patient pour lequel on a cherché un lit pendant sept heures. Vous me pardonnerez d'évoquer mon expérience de

médecin régulateur : les SAMU du Nord et du Pas-de-Calais disposent d'un logiciel qui gère en temps réel les capacités d'accueil dans les différents services. Ce système est alimenté, non par les médecins, mais par les cadres infirmiers. Bref, ce sont les SAMU qui alimentent l'ARS plutôt que l'inverse, cette dernière, qui est une structure administrative, n'ayant pas la logistique pour gérer de telles informations. Nous pouvons ainsi, lorsqu'une équipe de SMUR intervient, lui indiquer les possibilités de transfert dans tel service de réanimation cardiaque, polyvalente ou pédiatrique. Je m'étonne donc que l'on propose d'inscrire dans la loi des dispositifs qui existent déjà. On nous reproche souvent des textes trop bavards ; en l'occurrence, la mesure proposée relève davantage du domaine réglementaire.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. J'entends bien, madame Génisson, mais, si nous voulons généraliser ce système à l'ensemble du territoire, il faut l'inscrire dans la loi. Au reste, il existe d'autres types d'organisation ; ainsi, dans ma région, « l'impôt-lit », qui consiste à réserver des lits dans un établissement pour les urgences. Cette solution n'est peut-être pas la meilleure, notamment en termes d'optimisation, mais elle est possible. Faire partir l'information des services, *via* les praticiens, me paraît une excellente formule ; Mme la ministre, j'imagine, serait sans doute très heureuse que vous l'informiez du fonctionnement des logiciels qui existent dans le Nord-Pas-de-Calais.

(Le sous-amendement n° 1966 est adopté.)

(L'amendement n° 1030, sous-amendé, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 348 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement a pour objet d'autoriser les établissements de santé privés à recourir à des auxiliaires médicaux libéraux et à leur permettre de déroger au paiement à l'acte dans le cadre de leur rémunération.

(L'amendement n° 348 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 8, amendé, est adopté.)

Après l'article 8

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 8.

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour défendre l'amendement n° 868.

M. Jean-Luc Préel. Par cet amendement, très simple, je propose de supprimer deux alinéas de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique.

L'AP-HP, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, est soumise, historiquement, à un régime dérogatoire de tutelle qui tend progressivement à se banaliser. La présente mesure permettrait,

selon la dynamique régionale à l'œuvre dans le projet de loi, de parachever le retour à un régime de droit commun de la tutelle de l'AP-HP.

Pour les matières stratégiques et financières – approbation de l'EPRD et ses modifications, fixation des tarifs journaliers de prestations, des forfaits ou des dotations –, un conseil de tutelle exerce actuellement le contrôle de l'État sur l'AP-HP en lieu et place, soit de l'ARHIF, l'Agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France, soit de son directeur. Il est composé des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, ainsi que du directeur de l'ARHIF.

Le processus de déconcentration du contrôle de l'État sur l'AP-HP a débuté en 2005, avec l'attribution d'une voix délibérante au directeur de l'ARH au sein du conseil de tutelle et par le texte d'application qui confie au directeur de l'ARHIF le secrétariat du conseil de tutelle ainsi que la préparation et le suivi des délibérations.

Le présent projet de loi prévoit notamment de confier au directeur général de l'ARS de nouvelles compétences stratégiques afin d'optimiser et de rationaliser l'offre de soins au sein de la région. Il est donc souhaitable que l'AP-HP rentre dans le droit commun.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement en discussion.

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.* J'approuve pleinement l'analyse de M. Prél. Il serait en effet anormal que la régionalisation ne s'applique pas en ce cas et que la tutelle de l'ARS ne puisse s'exercer sur l'AP-HP ; c'est une question de cohérence.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

(L'amendement n° 868 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 350 et 1226.

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 350.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur.* Cet amendement vise à apporter une solution aux difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens des hôpitaux à temps partiel que rencontrent plusieurs établissements publics de santé des départements et des collectivités d'outre-mer.

L'enjeu de cette mesure est de permettre à un praticien des hôpitaux à temps partiel de remplir ses obligations de service à l'hôpital sur une période condensée de six mois et d'exercer une autre activité en dehors de l'hôpital pendant les six mois restants de l'année.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour défendre l'amendement n° 1226.

Mme Catherine Génisson. Défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 350 et 1226, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1188.

La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. L'amendement est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur.* La commission avait accepté cet amendement, mais il est satisfait par l'amendement n° 344 après l'article 7.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Favorable sur le principe, mais l'amendement est en effet satisfait : je vous invite donc, madame Delaunay, à le retirer.

Mme la présidente. Le retirez-vous, madame Delaunay ?

Mme Michèle Delaunay. Oui, madame la présidente.

(L'amendement n° 1188 est retiré.)

Article 9

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 9.

La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. L'article 9 concerne la certification des comptes des établissements de santé.

Je vois M. Bur sortir brusquement de sa contemplation, telle une araignée de mer qu'on plongerait dans l'eau bouillante ; c'est sans doute pour mieux m'écouter ! *(Sourires.)*

On ne peut qu'approuver la certification des comptes, mais il serait illusoire d'en faire la panacée. Dans son discours de Bletterans en septembre 2008, le Président Sarkozy – vous voyez que j'ai de bonnes sources – déclarait : « Pour que l'hôpital s'adapte, son organisation doit gagner en efficacité et en souplesse. » C'est en effet la ligne directrice du projet de loi. « La réforme de l'hôpital », poursuivait-il, « donne de nouveaux outils aux acteurs hospitaliers. À eux de s'en saisir ! Les libertés nouvelles de gestion des hôpitaux auront pour nécessaire contrepartie une plus grande responsabilité. [...] Je veux que les comptes des hôpitaux fassent l'objet d'une certification. Dans 64 % d'assurance maladie, on peut peut-être avoir des comptes certifiés, vérifiés, contrôlés. » Et d'ajouter cette phrase étrange : « Je veux que les situations de déficit ne soient plus tolérées. » Comme si la certification résorbait les déficits ! Elle atteste la rigueur des procédures budgétaires et comptables, la traçabilité des flux financiers, bref, la régularité de la gestion, de sorte qu'on dispose d'éléments de comparaison, mais elle ne fait pas disparaître les déficits ! Les comptes de la sécurité sociale

sont certifiés par la Cour des comptes – à l’exception, l’an dernier, de la branche famille, pour des raisons procédurales –, mais le « trou de la sécu » est toujours là !

Que l’on s’assure, en certifiant les comptes, du respect des procédures et de la gestion rigoureuse de l’argent public, c’est bien le moins ; mais affirmer, comme le Président Sarkozy, que les déficits disparaîtront parce qu’on ne les tolère plus, c’est un peu rapide.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. On ne peut qu’approuver les propos de M. Mallot et le principe de la certification des comptes : comment ne pas demander à l’hôpital ce que l’on demande à une modeste association ?

Je souhaite néanmoins que ces comptes, une fois certifiés, soient présentés aux personnels afin de leur donner une meilleure perception financière de leur activité. Une telle mesure favoriserait la responsabilisation de tous les acteurs hospitaliers dans la marche de leur établissement.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Je souhaite prolonger les propos de mes collègues sur les comptes des établissements de santé.

Exeunt les établissements de santé publique, puisque nous sommes désormais à l’ère des missions de santé publique exercées par des établissements publics ou privés, ou encore par des ESPIC – inventés au cours de notre débat. Dans le même temps se pose le problème de la convergence tarifaire – notamment la convergence intersectorielle basée sur la prise en compte de la T2A – à laquelle, hélas, la majorité est tant attachée.

Afin de mener les analyses comparatives nécessaires à la mise en place de cette convergence tarifaire, nous devons disposer de données comptables complètes. C’est le cas pour les établissements publics ; ce doit l’être aussi pour les établissements privés, qu’il soient ou non à but lucratif. Dans les deux secteurs, en effet, il nous faut une échelle de coûts incontestable, de sorte que la convergence tarifaire, si elle est adoptée, soit la plus juste possible.

Or, les données sur la situation économique et financière des établissements couvrent des périmètres variables d’un secteur à l’autre et ne sont pas collectées à une même cadence. Ainsi, pour les cliniques privées à but lucratif, ces comptes peuvent être étudiés à partir des liasses fiscales qu’elles ont l’obligation de déposer auprès des tribunaux de commerce. Ces liasses peuvent être obtenues *via* la COFACE sous forme d’échantillons, ou de manière exhaustive *via* le système unifié des statistiques d’entreprises de l’INSEE, mais jusqu’à deux ans après la clôture des comptes. L’analyse des comptes des cliniques privées doit donc être considérée avec la plus grande prudence, mais aussi dans la plus grande transparence.

Voilà pourquoi j’insiste sur le cas des établissements privés n’étant pas soumis à l’obligation de dépôt de leurs comptes, contrairement aux hôpitaux publics, et qui seront désormais astreints à la certification – ce qui est une bonne chose. Les conditions de transparence doivent être respectées de manière égale entre le secteur public et le secteur privé. Cela vaut non seulement dans le cadre de la convergence tarifaire, mais servira aussi à évaluer en toute objectivité les alarmes qui proviennent parfois du secteur privé lui-même. Ainsi, je viens de

recevoir une lettre relative à l'augmentation des tarifs de 0,47 %, qui laisse à penser que certains établissements privés seraient en difficulté et même contraints de licencier, compte tenu de l'insuffisance de cette augmentation. C'est ce qui les incite à produire de tels documents, qui méritent d'être analysés de la même manière dans le secteur public et dans le secteur privé. C'est une question d'objectivité ; chacun pourra ensuite faire ses choix en connaissance de cause.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. L'obligation de certification pour les établissements privés est déjà prévue à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique. Votre demande, d'ailleurs légitime, est donc satisfaite. J'ai apprécié, cependant, que les différents intervenants sur cet article rappellent l'utilité de cette procédure de certification.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1033.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Mes collègues, s'exprimant sur l'article 9, ont largement défendu cet amendement ; je serai donc brève. La certification des comptes, appliquée aux établissements publics, doit l'être également aux établissements privés. Nous proposons donc de supprimer l'adjectif « publics » de l'alinéa 2 de l'article.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis défavorable. Les établissements privés sont d'ores et déjà soumis au contrôle des commissaires aux comptes, dont le travail fournit les mêmes garanties que celle de la certification pour les établissements publics.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis. Pour plus de précision, permettez-moi de vous relire l'article L. 6161-3 du code de la santé publique : « Les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation ». Je précise que la codification transformera l'agence régionale de l'hospitalisation en agence régionale de santé. Votre demande est donc déjà satisfaite.

(L'amendement n° 1033 n'est pas adopté.)

M. Roland Muzeau. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Puisque M. Karoutchi s'est joint à nous, permettez-moi de l'interroger sur l'organisation de nos travaux. Il semblerait que le présent texte, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, que nous examinons en urgence,

soit saucissonné – comme d’autres l’ont été dans le passé. Ainsi, à la reprise de nos travaux en mars, plutôt que de poursuivre l’examen de ce texte, nous nous saisissons du projet de loi relatif à l’internet dès le mercredi. Pouvez-vous démentir cette information ? Nous en serions ravis ; dans le cas contraire, nous serions inquiets.

Mme la présidente. La parole est à M. Roger Karoutchi, secrétaire d’État chargé des relations avec le Parlement.

M. Roger Karoutchi, *secrétaire d’État chargé des relations avec le Parlement.* L’Assemblée, comme prévu, poursuivra l’examen du présent texte à la reprise de ses travaux, le lundi 2 mars.

M. Roland Muzeau. Pour aller jusqu’au bout ?

M. Roger Karoutchi, *secrétaire d’État.* Je l’espère bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. En l’état, il est prévu que nous reprenions l’examen de ce texte lundi et mardi pour, dès le mercredi, passer à un autre texte. L’hypothèse est peu crédible, compte tenu de l’état d’avancement du présent projet.

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d’État.

M. Roger Karoutchi, *secrétaire d’État.* Certes, si l’Assemblée procédait plus vite, ce serait merveilleux ! (*Sourires.*) Quoi qu’il en soit, le texte relatif à l’internet est inscrit pour le mercredi, mais ne sera examiné que si le présent projet est achevé. Dans le cas contraire, vous pourrez en poursuivre l’examen mercredi, jeudi et même tous les autres jours de la semaine, s’il le faut, dans la joie et la bonne humeur.

M. Jean Mallot. Le dimanche, avec M. Mallié ?

M. Roger Karoutchi, *secrétaire d’État.* Je me réserve en effet la possibilité de pouvoir ouvrir le samedi, pourquoi pas, de sorte que les uns et les autres participent à l’acclamation générale !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Vous voilà rassurés !

M. Roland Muzeau. Tout à fait !

Reprise de la discussion

Mme la présidente. Je suis saisie d’un amendement rédactionnel de la commission, n° 352.

(L’amendement n° 352, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Nous en venons à l’amendement n° 1034.

La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis.

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

Mme Catherine Génisson. Cet amendement porte sur une exigence en matière de certification des comptes. S'il est refusé, est-ce pour un problème d'ordre pratique quant à son exécution ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Oui, exactement.

Mme Catherine Génisson. Soit. Dans ce cas, nous retirons l'amendement.

(L'amendement n° 1034 est retiré.)

(L'article 9, amendé, est adopté.)

Après l'article 9

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 353, tendant à insérer un article additionnel après l'article 9 et faisant l'objet d'un sous-amendement n° 1993 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur pour défendre l'amendement.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement vise à créer une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé médico-sociaux – l'ANAP. Cette décision a été prise par l'Assemblée lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, mais elle a été censurée par le Conseil constitutionnel qui, considérant qu'elle n'avait qu'un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, a estimé, dès lors, qu'elle n'avait pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

Or, les projets d'investissements ou de réorganisation des établissements de santé sont souvent complexes et font appel à des compétences variées en matière d'architecture, d'organisation ou de systèmes d'information. Dans ces conditions, une aide extérieure à l'établissement et à l'ARH est parfois nécessaire.

Ces expertises sont aujourd'hui dispersées entre la mission pour l'appui à l'investissement hospitalier, la MAINH, la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, ou MEAH, et enfin le GMSIH – groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

Une structure d'expertise et d'appui nationale unique, qui regrouperait et amplifierait les actions des trois missions existantes, pourrait mettre à disposition des établissements ou des ARH – et, demain, des ARS – une expertise à la fois globale et spécialisée.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour donner son avis sur cet amendement et présenter le sous-amendement n° 1993 rectifié.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le Gouvernement est favorable à cet amendement, que je vous propose de compléter par un sous-amendement qui, à n'en pas douter, ravira l'Assemblée. Il est ainsi rédigé : « Le président du conseil d'administration et le directeur général du groupement sont nommés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité. Le président peut être choisi parmi les parlementaires après avis du président de l'assemblée à laquelle il appartient ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission est favorable à ce sous-amendement, qui ne manquera pas de susciter des vocations.

M. Yves Bur. J'y suis très sensible, en effet...

(Le sous-amendement n° 1993 rectifié est adopté.)

(L'amendement n° 353, sous-amendé, est adopté.)

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures vingt-cinq, est reprise à dix-huit heures quarante-cinq.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Article 10

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article.

M. Jean-Luc Prével. L'article 10 concerne les médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat.

Deux problèmes se posent.

Le premier est celui des postes vacants. En effet, 20 % de postes de praticiens à temps plein sont aujourd'hui vacants, souvent dans des spécialités indispensables au fonctionnement hospitalier. Ils sont parfois pourvus par des praticiens dits « mercenaires » – le terme est peut-être impropre – itinérants dont les rémunérations sont importantes et ne sont pas liées à leurs compétences ou à leur engagement, mais à la nécessité pour l'établissement de trouver un praticien disponible.

Cette pratique n'est pas satisfaisante. Je ne suis pas certain que le nouveau statut contractuel proposé permettra de résoudre ce problème lié à un manque cruel de spécialistes disponibles.

La rémunération proposée ne sera sans doute pas alignée sur la rémunération dans les établissements privés ou sur celle des remplaçants itinérants actuels.

Le deuxième problème réside dans l'inadaptation du statut actuel. Certes, pour les praticiens et leurs syndicats, il est reconnu comme protecteur, mais il ne prend pas en compte la pénibilité, la responsabilité et l'engagement du praticien. Le dilettante, mais il n'en existe certainement pas, et celui qui consacre tout son temps au service des patients sont logés à la même enseigne.

Ce contrat est donc intéressant puisqu'il permet de reconnaître et de valoriser les engagements et les missions. Les praticiens actuels pourront y avoir accès, mais dans le cas d'un détachement pour un temps limité.

Il est, de plus, prévu à l'alinéa 8 que l'ARS précisera chaque année le nombre maximal, la nature et les spécialités. Je désapprouve cette timidité. Qu'un nouveau statut contractuel soit créé, c'est très bien ; que les praticiens actuels puissent le choisir volontairement, c'est très bien ; mais pourquoi procéder uniquement par le biais du détachement ? Je souhaiterais que ce nouveau statut soit systématiquement proposé pour les nouveaux praticiens hospitaliers. Les meilleurs le choisiront bien entendu, puisqu'il permettra de valoriser leur engagement.

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Leteurtre.

M. Claude Leteurtre. Cet article 10 est l'article du pragmatisme, mais c'est aussi, en quelque sorte, un constat d'échec. Cela signifie en effet que l'on n'a pas suffisamment valorisé le statut de praticien hospitalier, que l'on n'a pas su, avec des responsabilités que l'on pointe facilement, prévoir la démographie médicale, que l'on n'a pas pris en compte la notion de pénibilité et d'astreinte selon les spécialités médicales. Cela prouve donc que l'on ne s'est pas occupé depuis dix, voire vingt ans ; de santé publique. Il s'avère donc difficile d'attirer dans les hôpitaux des praticiens, notamment dans certaines disciplines. On sait en effet parfaitement qu'il est préférable d'exercer certaines spécialités, particulièrement la radiologie, en établissement privé. On a ainsi, comme pour les médecins dont on manque cruellement, trouvé la solution du contrat. C'est pragmatique, c'est nécessaire et souhaité par les gestionnaires hospitaliers, mais cela posera des problèmes en matière d'organisation même des structures.

Cet article 10 est donc nécessaire, mais il est dommage d'être appelé à le voter.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. L'article 10 prévoit effectivement la création d'un nouveau statut contractuel destiné à renforcer l'attractivité de l'hôpital.

Nous aurions pu comprendre que l'on crée un nouveau statut pour amener des praticiens supplémentaires à exercer certaines spécialités, pour produire un meilleur service ou mieux répondre aux besoins, mais tel n'est pas le cas. Il s'agit de créer ce nouveau statut contractuel pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public, offrir de nouvelles perspectives d'exercice et

de rémunération et amener les praticiens qui le souhaitent à s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital. C'est tout de même un peu étrange : un praticien viendrait dans un hôpital parce qu'il serait attractif !

M. Bernard Debré. Oui !

M. Jean Mallot. Certes, mon cher collègue, parce que vous entendez *a priori* par attractivité le métier qu'il offre et les capacités d'épanouissement personnel du praticien qui travaillera à l'hôpital. Mais ce n'est pas du tout cela. Il s'agit d'une attractivité en termes de rémunérations, de conditions de travail, voire de territoire !

Parler de « praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital » signifierait-il que tous les praticiens ne seraient pas désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital, et qu'il faudrait donc créer ce nouveau statut contractuel ? C'est assez étrange ! Je pensais que l'article 10 avait pour objectif de produire un meilleur service, de mieux répondre aux besoins, mais ce n'est pas le cas.

Cela nous ramène donc au débat sur l'intéressement, puisque cet article traite des nouvelles modalités de rémunération. Nous avons eu ce débat à l'article 8 et avons alors constaté un décalage entre l'article 8 lui-même et l'exposé des motifs du projet de loi. Il est en effet précisé dans l'exposé des motifs que, « dans le cadre de sa délégation de gestion, le chef de pôle peut instituer des modalités d'intéressement financier des personnels. » Or on ne retrouve pas la mise en œuvre concrète de cette annonce dans l'article 8 lui-même. Mme la ministre nous a alors « rassurés », puisqu'elle a résolu ce décalage.

Qu'entend-on par « nouvelles perspectives de rémunération » qui rendraient l'établissement hospitalier attractif aux yeux des contractuels ? L'hôpital, je le rappelle, n'est pas une entreprise. Nous ne pouvons donc pas entrer dans cette logique tendant à rémunérer, sanctifier, consacrer des efforts particuliers.

Voilà pourquoi nous manifestons sur ce point notre opposition et défendrons un certain nombre d'amendements.

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

Mme Catherine Génisson. Je serai très brève parce que nous aurons très largement l'occasion de nous exprimer lors de l'examen des amendements.

L'article 10 me laisse plus que perplexe. Un véritable problème de démographie se pose à l'hôpital public puisque les vacances de postes s'élèvent à quasiment 20 % pour les praticiens hospitaliers à temps plein et à 36 % pour les praticiens à temps partiel. Les déséquilibres sont encore plus importants s'agissant de spécialités telles que la radiologie, l'anesthésie ou la chirurgie. Pourquoi y a-t-il des vacances de postes aussi importantes à l'hôpital public ? C'est la question fondamentale que l'on doit se poser. Les raisons ne sont pas uniquement financières, l'organisation du travail des praticiens hospitaliers influe également. Je ne reprendrai pas toutes les discussions que nous avons eues précédemment, mais reconnaître la responsabilité, l'esprit d'initiative, de gestion, de soins, doit être pris en compte. Je pense très sincèrement, et je ne suis pas la seule, que se pose le problème de statut de praticien hospitalier à temps plein ou à temps partiel. Y réfléchir n'est pas tâche aisée. Toutefois, créer un nouveau statut de praticiens contractuels qui auront la chance de s'appeler « cliniciens

hospitaliers » me semble une très mauvaise solution. Cela entraînera une situation de concurrence déloyale à court terme entre des médecins qui auront un contrat financièrement plus attractif, mais une fonction peu stable parce que leur révocation sera plus facile, et les praticiens hospitaliers nommés et titularisés tardivement, éligibles à une spécialité et qui auront obtenu ce poste après avoir passé un concours qui n'est pas des plus aisés. Les distorsions seront donc importantes au niveau du parcours.

L'article 10 n'est donc pas l'orientation à prendre pour résoudre le sujet ô combien difficile et ô combien complexe qu'est le statut de médecin praticien hospitalier.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Cet article traite de la possibilité pour les directeurs d'hôpitaux publics d'embaucher des praticiens sous un nouveau statut contractuel.

Nous sommes là face à une des dispositions les plus préoccupantes de ce projet de loi, qui prévoit la possibilité pour les hôpitaux publics d'embaucher des praticiens hospitaliers recrutés par contrat pour occuper des postes difficiles à pourvoir.

Vous justifiez cette disposition par les difficultés que rencontrent les hôpitaux à embaucher ou à garder les praticiens hospitaliers. Ces difficultés sont indéniables, surtout concernant certaines spécialités. Pour les surmonter, il faut d'abord s'interroger sur les causes.

Si les hôpitaux rencontrent de réels problèmes pour recruter, c'est tout d'abord parce que, réforme après réforme, vous les avez rendus de moins en moins attractifs. Les conditions de travail y sont difficiles, du fait des restrictions budgétaires et des réductions de personnels. Les heures supplémentaires y sont accumulées sans même être payées, dans un certain nombre de cas, contredisant au passage le slogan présidentiel selon lequel il suffirait de travailler plus pour gagner plus. Et, cerise sur le gâteau, vous envisagez une réforme de l'IRCANTEC – le régime de retraite des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques – qui pourrait entraîner une diminution de près d'un tiers des retraites des praticiens hospitaliers. Et vous vous étonnez de ne plus trouver de praticiens hospitaliers pour travailler dans les hôpitaux !

Face à cela, le secteur privé offre un visage nettement plus attractif, puisque l'on peut y moduler ses heures de travail, multiplier les dépassements d'honoraires et, ce faisant, ses revenus. Ce n'est pas un hasard si les spécialités dans lesquelles les hôpitaux ont le plus de mal à recruter sont celles où sont pratiqués les dépassements d'honoraires les plus élevés, jusqu'à l'indécence, s'agissant en particulier de la radiologie.

Pourtant, beaucoup de médecins restent attachés à l'hôpital public parce qu'ils ont conscience d'œuvrer pour l'intérêt général, parce que le travail à l'hôpital est plus varié, donc plus riche, parce que les hôpitaux participent à la formation des jeunes et à la recherche, parce que les praticiens hospitaliers peuvent à la fois s'inscrire dans un travail d'équipe et s'impliquer dans le fonctionnement quotidien de leur établissement, enfin parce que salariés c'est-à-dire libérés du paiement à l'acte, ils peuvent se consacrer entièrement à leurs patients.

À lire ce projet de loi, on pourrait croire que ces motivations sont de plus en plus étrangères aux dirigeants du pays ou, pire encore, qu'ils cherchent à les minorer. Vous n'avez de cesse de banaliser les missions de service public en les servant morceau par morceau, à la découpe,

aux cliniques privées. Vous n'avez de cesse de réduire les prérogatives de la CME pour renforcer les pouvoirs du seul directeur en écartant les soignants. Vous n'avez de cesse de dévaloriser à l'hôpital, comme à l'université en général, le travail des chercheurs, derrière lesquels, à vous écouter, se cacheraient des tire-au-flanc qu'il conviendrait de remettre au travail. Vous envisagez maintenant de faire travailler côte à côte des médecins aux rémunérations modestes parce qu'ils exercent des missions de service public et d'autres payés très cher sur des contrats opaques à la discrétion des directeurs d'hôpitaux, ce qui ne va pas manquer de démotiver les premiers et de désorganiser les services.

Plutôt que d'introduire des praticiens contractuels à l'hôpital, il serait préférable de revaloriser la carrière des praticiens hospitaliers, en augmentant leurs salaires et leurs retraites et en les faisant participer bien plus que ne le fait ce projet de loi à la vie de leur établissement. Il est également nécessaire d'empêcher les pratiques déloyales du secteur privé en encadrant les dépassements d'honoraires et en veillant à ce qu'il ne puisse pas débaucher les médecins exerçant à l'hôpital. Nous avons déposé deux amendements en ce sens. Le premier, que vous avez rejeté, visait à interdire pendant deux ans aux praticiens hospitaliers démissionnaires d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif où ils puissent entrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires. Le second, à l'article 18, tend à plafonner les dépassements d'honoraires en les limitant au montant des tarifs opposables. J'espère que vous lui réserverez un meilleur accueil.

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

Mme Catherine Lemorton. Madame la ministre, il est curieux de répondre au manque d'attractivité de l'hôpital pour les praticiens par la création d'un statut différent.

La culture de l'hôpital public n'est pas celle des cabinets libéraux ou des cliniques privées. On travaille différemment quand on est payé à l'acte ou quand on est payé au mois, comme sont rémunérés les praticiens hospitaliers.

Quand je lis dans l'exposé des motifs que ce contrat intégrera une modulation des rémunérations sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment d'activité, je me fais du souci. Il me semblait que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens faisaient suite à une décision collégiale de la commission médicale d'établissement ; et là, on a l'impression que ce sont ces praticiens eux-mêmes qui définiront leurs objectifs et leurs engagements, ce qui me gêne un peu.

Nous sommes tout de même dans une situation paradoxale. Deux amendements avaient été présentés par tous les groupes parlementaires sur les clauses de non-concurrence pour les directeurs d'hôpitaux et les praticiens. Nous ne voulions pas, en effet, qu'ils aillent travailler dans le secteur privé après avoir quitté l'hôpital public. Vous avez rejeté ces amendements. Cela veut dire que certains partiront dans le privé avec le fichier des patients, et nous avons exposé hier soir tous les dégâts que cela causera.

Honnêtement, madame la ministre, je ne vois pas quel effet pourra avoir cet article. Je ne vois pas comment des praticiens partis dans un établissement privé, dans je ne sais quel but d'ailleurs, avec les restrictions que je viens d'émettre, reviendraient vers les établissements

publics pour y effectuer des vacations. Il y a quelque chose que je ne comprends pas et je crains fort que cet article 10 ne vous fasse plaisir mais n'ait aucune efficacité.

Autre remarque : on risque de voir nos internes formés par les établissements privés, parce qu'il y aurait des zones blanches dans certaines spécialités chirurgicales qui ne sont assurées que par les établissements privés. On prend toujours l'exemple de la chirurgie de la main mais on pourrait en prendre d'autres. Une fois l'interne formé, diplômé, formaté par une clinique privée, avec sans doute une meilleure rémunération et des conditions de travail plus favorables que dans l'hôpital public, je n'imagine pas bien non plus qu'il fasse marche arrière et vienne assurer des consultations ou des actes à l'hôpital public.

Nous aurons l'occasion de revenir sur toutes ces remarques au cours de l'examen des amendements, mais je crains encore une fois que ce ne soit une usine à gaz.

M. Jean Mallot. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je veux évidemment vous rassurer.

M. Jean Mallot. Ça va être difficile !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La nouvelle procédure contractuelle sera encadrée par l'agence régionale de santé, le suivi des carrières sera assuré par le centre national de gestion et la rémunération ne sera pas assise sur la productivité, ce qui serait d'ailleurs contraire au code de déontologie. Je remarque d'ailleurs que les principales intersyndicales de praticiens hospitaliers, et je pense par exemple à M. Fellingner, que vous avez cité abondamment, ont émis un avis positif sur cette démarche. Ce nouveau régime sera ouvert aux praticiens titulaires, dans le cadre d'un détachement de deux ans.

M. Muzeau m'a interrogée sur l'IRCANTEC. Comme cette question a été soulevée plusieurs fois au cours du débat, je vais m'y arrêter un instant.

Vous connaissez les difficultés du régime. Selon les projections financières faites par le conseil d'orientation des retraites, il y aura d'abord un déficit technique puis une mise en cessation de paiement aux environs de 2025-2030. Il fallait donc prendre des mesures urgentes.

Une première tentative de réforme avait eu lieu en 2006 et n'avait pas abouti. J'ai remis l'affaire sur le métier, avec un double objectif : renouveler la gouvernance du régime pour responsabiliser les différents acteurs, modifier ses paramètres en les rapprochant des paramètres AGIRC-ARCCO afin d'assurer une pérennité à long terme. Ces dispositions font l'objet du décret et de l'arrêté du 23 septembre 2008.

Cependant, constatant que la durée moyenne d'assujettissement d'un agent à l'IRCANTEC est de huit ans alors que les personnels médicaux hospitaliers, les praticiens hospitaliers en particulier, relèvent de ce régime pour la totalité de leur carrière, le Gouvernement a estimé nécessaire de leur proposer un certain nombre de mesures spécifiques, destinées à compenser l'effet de la baisse de rentabilité du régime.

Ces mesures représentent un engagement pérenne de plus de 83 millions d'euros. Elles portent sur l'alignement de la rémunération des praticiens à temps partiel sur celle des praticiens à temps plein, sur les six dixièmes au lieu des six onzièmes, sur l'assujettissement d'un certain nombre d'indemnités aujourd'hui exclues de l'assiette, comme l'indemnité d'engagement de service public exclusif, l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison, l'indemnité multi-établissement ou l'indemnité des chefs de pôle, l'assujettissement des indemnités liées à l'astreinte à domicile, l'élargissement de l'assiette à 70 % pour les praticiens à temps partiel et les praticiens attachés. Il y a des mesures particulières au sein du régime IRCANTEC : prise en compte de l'âge et de la durée de cotisation au moment de la liquidation, instauration de surcotes après soixante ans, après soixante-cinq ans. Enfin, nous nous sommes engagés à ouvrir la réflexion à partir de celle qui est menée pour la fonction publique sur la possibilité de transformer des jours déposés sur un compte épargne temps en avantage retraite.

Un projet de protocole actant ces mesures a été proposé aux quatre intersyndicales représentant les praticiens hospitaliers le 9 octobre 2008. Elles n'ont pas souhaité y donner suite.

Cependant, afin de rétablir l'équité s'agissant de la rémunération servie aux praticiens à temps partiel par rapport aux praticiens hospitaliers à temps plein, il a été décidé, comme cela avait d'ailleurs été annoncé au médiateur de la République, de mettre en œuvre à compter du 1^{er} juillet 2009 la stricte proratisation de leur rémunération, et le ministre chargé du budget a été saisi en ce sens.

Veillez m'excuser d'avoir été un peu longue, mais je souhaitais vous donner les explications les plus complètes.

M. Jean Mallot. C'est important.

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

Mme Catherine Génisson. Je vous remercie, madame la ministre, de nous avoir donné ces explications. Cela dit, il y a deux sujets.

Vous avez surtout mis en valeur la distorsion qui existait entre les droits à retraite des praticiens qui travaillent à temps partiel et ceux des praticiens qui travaillent à temps plein. Les propositions qui ont été faites visent à corriger cette inégalité.

Il y a un autre problème, qui regarde d'ailleurs toutes les personnes éligibles à l'IRCANTEC, c'est la diminution de la reconnaissance de la valorisation du point. Cela ne concerne pas uniquement les praticiens hospitaliers mais, comme vous l'avez très bien souligné, en dehors de la retraite de la sécurité sociale, la totalité de leur retraite. Cela fait donc pour tout le monde une retraite inférieure de 30 % quasiment à ce qu'elle aurait pu être s'il n'y avait pas eu toutes ces modifications, qu'on peut comprendre d'ailleurs. Si le système fait faillite, il n'y aura plus rien du tout.

Au-delà des nécessaires dispositions à prendre pour l'IRCANTEC, il faut peut-être réfléchir à ce que seront les retraites des praticiens hospitaliers. Le mode de reconnaissance des retraites des praticiens hospitaliers est peut-être un sujet à mettre plus globalement sur la table. Le sujet n'est pas anodin, c'est le moins que l'on puisse dire, mais c'est un vrai problème parce

que cela risque encore de créer une distorsion énorme entre le secteur privé et le secteur public.

Quel sera d'ailleurs, madame la ministre, le dispositif de droit à la retraite du nouveau statut qui pourrait être créé par la loi ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je vous apporterai le complément d'information, madame Génisson. Circule le chiffre, que je retrouve dans certaines déclarations d'intersyndicales hospitalières, de 30 %. Ce chiffre n'est pas exact.

Mme Catherine Génisson. Vous me rassurez !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je n'ai pas l'ensemble des documents nécessaires pour vous répondre. Je vous donnerai ultérieurement le chiffre précis. Chante dans ma mémoire le chiffre de 17 %, mais il faut vérifier.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 984.

La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. L'amendement est défendu.

(L'amendement n° 984, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1078.

La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Il s'agit encore une fois des sages-femmes et, cette fois-ci, de leur requête, qui date de plusieurs années, de parvenir au statut de praticien hospitalier.

Vous nous avez expliqué hier, madame la ministre, qu'il fallait évoluer vers la formation LMD pour parvenir à ce statut, mais j'avais déposé un amendement sur l'universitarisation des sages-femmes qui est tombé sous le coup de l'article 40 et je ne voudrais pas que l'on termine l'examen de ce texte sans avoir un engagement quant au processus.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a envisagé des évolutions statutaires mais, considérant que la concertation n'a pas encore abouti, elle a rejeté cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis évidemment très sensible à vos propos, madame Poletti, qui vont totalement dans le sens des réformes que je souhaite mener.

Il y a deux volets dans la réforme du LMD : la formation, la transformation du diplôme dans le cadre du processus de Barcelone, et puis tout un aspect statutaire. Il faut aborder ces chantiers dans l'ordre : d'abord le LMD, puis la réflexion statutaire, qui impose un certain nombre de concertations.

Je souhaite évidemment aborder ces deux sujets et je prends l'engagement devant vous qu'il n'y aura pas uniquement une première phase et que suivra toute la partie statutaire, avec, comme l'a dit le rapporteur, un dialogue social approfondi.

À la lumière de cet engagement, je serais très heureuse si vous pouviez retirer votre amendement.

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

Mme Catherine Génisson. Au-delà de la demande de reconnaissance de ce qui est le statut des sages-femmes depuis l'origine, c'est-à-dire celui de praticien médical, les pistes de travail que vous proposez sont intéressantes. Nous allons devoir travailler sur le transfert de compétences et redonner aux sages-femmes la fonction qui doit être la leur dans un service d'obstétrique, comme nous devons trouver collectivement des solutions sur la démographie médicale et plus globalement pour celle des soignants.

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Plusieurs articles du projet de loi concernent les sages-femmes. Aussi aurons-nous l'occasion de revenir sur la manière dont vous entendez apporter une réponse à l'universitarisation de la formation des sages-femmes.

S'agissant de leurs compétences, nous ferons également des propositions ultérieurement.

Cela dit, je retire l'amendement n° 1078 ainsi que ceux qui concernent le même sujet, c'est-à-dire les amendements n^{os} 1079, 1080 et 1081, car je considère que l'engagement de Mme la ministre est très clair.

Mme la présidente. L'amendement n° 1078 est retiré, de même que les amendements n^{os} 1079, 1080 et 1081.

Je suis saisie d'un amendement n° 521.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à supprimer les mots « sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ».

On le sait, actuellement, les établissements publics ont à faire face à des pénuries importantes de personnels médicaux. On a déjà abordé le cas des mercenaires itinérants qui sont embauchés à des tarifs qui dépassent le statut. En fait, il s'agit de rendre attractifs les postes hospitaliers.

Le statut actuel de praticien hospitalier ne fait pas la différence entre le médecin dilettante – nous en connaissons tous – et le praticien hospitalier passionné qui consacre tout son temps à soigner les patients. Je souhaite donc que l'ensemble des praticiens aient des contrats, et notamment les jeunes, qui prennent en compte leur responsabilité, la pénibilité et l'engagement professionnel. J'ajoute que ces contrats pourraient être modifiés ultérieurement.

Limiter les recrutements de praticiens aux emplois « présentant une difficulté à être pourvus » me paraît trop réducteur. Voilà pourquoi je propose que ces recrutements puissent être généralisés.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a bien compris les intentions de M. Prével, qui visent à ne pas limiter la nomination des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat à des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Toutefois, elle estime qu'il est nécessaire d'encadrer, dans un premier temps, le recours à ces nouveaux contrats. Elle a donc préféré s'en tenir à la rédaction qui avait été proposée par Mme la ministre.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce nouveau mode de recrutement ne doit pas aboutir à une concurrence entre les établissements, notamment publics. Aussi le garde-fou que j'ai instauré dans le texte est-il le bienvenu.

Il est prévu de limiter le champ des nouveaux contrats aux « emplois présentant une difficulté particulière de recrutement ». Cette formulation permettra de prendre en compte des situations différentes liées, par exemple, à la démographie de la spécialité, à la situation du bassin de recrutement, aux caractéristiques de l'établissement. Le directeur général de l'ARS, déterminera *in fine*, au plus près des réalités du terrain, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens négocié avec les établissements, les emplois qui peuvent donner lieu à recrutement dans le cadre de ces nouveaux contrats. Il ne s'agira pas d'un contingentement arbitraire, mais d'une réponse qui tient compte des besoins et qui est parfaitement adaptée au contexte local.

Je crois donc qu'il est utile de conserver cette précision.

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

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, vous avez raison, cette formulation permettra de prendre en compte des situations différentes liées, par exemple, à la démographie de la spécialité ou à la situation du bassin de recrutement.

La mesure proposée pourra-t-elle également s'appliquer quand on ne parvient pas à recruter des médecins dans un service parce que le chef de ce service est irascible ?

M. Jacques Domergue. Des noms !

M. Yves Bur. Rassurez-nous, madame Génisson, cela n'arrive jamais ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Madame la députée, cette procédure ne doit pas être utilisée *ad libitum*, elle doit correspondre à une vraie difficulté. Et c'est au directeur de l'ARS qu'il reviendra d'évaluer cette difficulté. Cela dit, la liste que j'ai dressée n'est pas limitative et le cas que vous évoquez pourra être retenu. Mais je sais bien qu'il est exceptionnel que l'idée même qu'un médecin puisse ne pas s'entendre avec un autre médecin relève de la science-fiction ! (*Rires.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Madame la ministre, si j'ai bien compris, on n'aura pas besoin de recourir à un nouveau texte pour définir les situations dans lesquelles ces contrats pourront être appliqués.

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

M. Jacques Domergue. Il y a donc une certaine souplesse...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Bien sûr !

M. Jacques Domergue. ...et il appartiendra à l'ARS de définir les situations qui donnent lieu à ces contrats.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Mme la ministre a indiqué qu'elle souhaitait que ces contrats soient réservés à des situations particulières. Mais je pense qu'elle a compris que notre état d'esprit est quelque peu différent puisque, pour ma part, je souhaite que ces contrats deviennent la règle. Nous connaissons tous des médecins dilettantes ou encore irascibles, pour reprendre l'expression de Mme Génisson. Je peux vous citer le cas d'un médecin du SAMU-SMUR qui ne s'entendait ni avec les pompiers, ni avec les ambulanciers. L'ARH n'a trouvé comme solution que de le payer à ne rien faire. Et cela dure depuis sept ans !

Je le répète : je souhaite qu'on aille demain vers de vrais contrats prenant en compte la pénibilité, la responsabilité et l'engagement professionnel des praticiens.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Madame la présidente, je souhaiterais apporter une réponse à Mme Génisson à la question qu'elle m'a posée tout à l'heure s'agissant de l'IRCANTEC, car je viens d'obtenir des précisions.

Nous parlons de la retraite complémentaire des praticiens hospitaliers, qui représente 40 % de leur retraite totale. La réforme de l'IRCANTEC permet de sauver ce régime complémentaire de retraite. La baisse du point IRCANTEC, étant donné la structure démographique du régime, s'étale sur huit ans, de 2009 à 2017, et représente une baisse de 25 %. Les mesures compensatoires que j'ai proposées permettent de limiter la baisse de rendement du régime complémentaire à 8 %, ce qui représente une baisse de la retraite de 3 % en 2017.

Je tenais à donner ces chiffres précis que je tiens à votre disposition car des hypothèses alarmistes et extrêmement fantaisistes ont circulé, comme ce chiffre de 30 %, qui n'est pas exact.

(L'amendement n° 521 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 834.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Avec cet amendement, je propose d'élargir l'accès à des emplois qui présentent des difficultés particulières liées au recrutement ou aux restructurations dans les établissements engagés dans un processus d'adhésion à une communauté hospitalière de territoire. Il s'agit donc d'apporter un peu de souplesse dans les possibilités de recrutement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a estimé que l'engagement dans des restructurations ou l'adhésion à une communauté hospitalière de territoire ne met pas forcément en difficulté les établissements. Voilà pourquoi elle a repoussé l'amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les garde-fous qui ont été mis dans le recrutement et le fait que le rôle du directeur général de l'ARS soit rappelé font que votre amendement est satisfait. Aussi, je souhaiterais que vous le retiriez.

Mme la présidente. Monsieur Bur, retirez-vous l'amendement n° 834 ?

M. Yves Bur. Oui, madame la présidente.

(L'amendement n° 834 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1989.

La parole est à Mme la ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement vise à dénommer « cliniciens hospitaliers » les praticiens hospitaliers détachés sur le nouveau contrat de recrutement créé par le projet de loi.

Cette proposition donne une identité aux praticiens hospitaliers ainsi recrutés et accompagne la création du nouveau cadre d'emploi des médecins. Le recrutement de médecins sur un contrat de droit public à durée indéterminée est un outil de rénovation de la gestion des ressources humaines à l'hôpital. Pour mieux définir le cadre de ce contrat, je vous annonce que j'ai confié à M. Élie Aboud une mission qui débutera dans les tout prochains jours. Une fois connues ses conclusions, un décret – il s'agit en effet d'un travail à portée réglementaire – précisera les conditions dans lesquelles les médecins seront recrutés.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement mais j'y suis favorable à titre personnel.

(L'amendement n° 1989 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 487.

La parole est à M. Claude Leteurtre.

M. Claude Leteurtre. Je tiens tout d'abord à donner lecture de l'alinéa 7, afin que chacun puisse comprendre la raison pour laquelle cet amendement vise à préciser certaines règles : « La rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. » L'amendement propose dès lors de compléter cet alinéa par les mots : « conformes à la déontologie de leur profession ».

En effet, comme la rémunération contractuelle de ces praticiens comprend une part variable, les médecins hospitaliers et leurs organisations sont inquiets de la notion d'objectifs de rentabilité, ces objectifs pouvant leur être assignés dans des conditions contraires à la déontologie. La référence à la déontologie, éloignée de tout corporatisme visant à protéger les médecins, me paraît nécessaire dans l'intérêt des patients.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Favorable.

Il peut être bon de rappeler une évidence.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement est excellent. Le Gouvernement émet un avis favorable.

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

Mme Catherine Lemorton. Madame la ministre, ne nous répète-t-on pas à longueur de débats qu'il ne faut pas rendre les lois bavardes par l'ajout de précisions inutiles ? Or nul n'ignore qu'un médecin est soumis, par définition, à un code de déontologie – et il en est de même des autres professions de santé.

M. Jacques Domergue. C'est vrai.

Mme Catherine Lemorton. Pourquoi ne pas rappeler dans la loi d'autres évidences ? Une telle précision serait tout aussi justifiée à l'égard des pharmaciens ou des chirurgiens-dentistes.

M. Yves Bur. Cela va mieux en le disant, c'est tout !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Accordez vos violons !

Mme Catherine Lemorton. Depuis l'ouverture de nos débats, vous avez refusé plusieurs de nos amendements qui visaient à préciser certains points, sous prétexte que leur adoption aurait rendu la loi bavarde !

M. Jean Mallot. C'est surtout le rapporteur qui nous a fait ce reproche !

Mme Catherine Lemorton. Ne venez plus, dans ces conditions, nous faire un tel reproche !

On pourrait tout aussi bien inscrire dans le projet de loi que le médecin peut, éventuellement, effectuer des examens cliniques !

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

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

Mme Catherine Génisson. Après avoir entendu l'excellente argumentation de Catherine Lemorton, et tout en étant défavorable au statut de « clinicien hospitalier », je tiens toutefois à souligner que l'adoption de cet amendement risquerait de jeter la suspicion sur ce nouveau statut, en laissant supposer que les cliniciens hospitaliers, contrairement aux autres praticiens, pourraient ne pas respecter le code de déontologie.

Cet amendement est donc contre productif.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Dans ces conditions, madame la présidente, et en vue de laisser toute sa liberté au débat, je modifie, avec votre autorisation, l'avis du Gouvernement qui, sur cet amendement, s'en remet désormais à la sagesse de l'Assemblée.

(L'amendement n° 487 n'est pas adopté.)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je voulais simplement faire plaisir à M. Leteurre.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 489.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 8, qui prévoit de fixer dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de cliniciens hospitaliers recrutés par contrat.

Je reste logique avec moi-même : il n'y a, à mes yeux, aucune raison pour que les contrats, qui doivent prendre en considération la pénibilité, la responsabilité, l'engagement ou la qualité, soient limités par l'agence régionale de santé, qui en définirait chaque année le nombre et la nature. Le nouveau statut contractuel devrait être au contraire proposé à tous les nouveaux praticiens. J'ai du reste la faiblesse de croire que les meilleurs le choisiront.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Défavorable.

Aux yeux de la commission, en effet, la suppression de l'alinéa 8 s'impose d'autant moins qu'il lui paraît nécessaire que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fixe les règles encadrant le recours à ce nouveau régime d'emplois.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je me suis déjà longuement exprimée sur ce sujet à l'occasion d'autres amendements.

C'est la raison pour laquelle, monsieur Préel, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, le Gouvernement émettrait un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Madame la ministre, comment l'ARS pourra-t-elle fixer le nombre de ces contrats, puisqu'ils seront accordés en fonction de besoins que nul ne connaît encore aujourd'hui ? C'est la raison pour laquelle je suis dubitatif sur la possibilité qu'aura l'ARS de définir un tel périmètre.

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

Mme Catherine Génisson. Le groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche est totalement opposé à la suppression de l'alinéa 8.

S'il est vrai, comme l'a souligné Jacques Domergue, que l'ARS aura des difficultés à fixer le périmètre de ces contrats, il est tout aussi vrai, chacun le sait, que des avenants peuvent être ajoutés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, dont la signature repose sur un constat établi pour quatre ans. Telle est la pratique ordinaire.

C'est la raison pour laquelle il convient de fixer un cadre au recrutement des cliniciens hospitaliers.

(L'amendement n° 489 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie, par la commission, d'un amendement n° 354, tendant à corriger une erreur matérielle.

(L'amendement n° 354, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 1035 et 355, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n° 1035.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement repose sur la même démarche que celle qui a présidé à la validation des acquis de l'expérience.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 355.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Cet amendement a été adopté par la commission en dépit des réserves que j'avais formulées.

Il me semblait en effet qu'en validant, au profit de médecins et de pharmaciens étrangers souhaitant exercer en France, le diplôme inter universitaire de spécialisation accordé dans le cadre d'accords de coopération, on encouragerait la fuite des cerveaux tout en créant une forme d'inégalité devant l'accès à la médecine.

Seules 150 à 200 personnes étant concernées, il m'a paru que la mesure d'équilibre consisterait à leur demander simplement de passer un examen. La commission a souhaité au contraire, par cet amendement, que les personnes ayant obtenu un diplôme inter universitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonction au-delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi, soient « réputées avoir satisfait à ces épreuves ».

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

Ces amendements visent à exempter des épreuves de vérification des connaissances les médecins et pharmaciens titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation qui sont candidats à l'exercice de la médecine ou de la pharmacie dans notre pays, du fait qu'il peut paraître inutile de vérifier les connaissances de praticiens étrangers déjà titulaires d'un diplôme français de spécialisation. Toutefois, ces diplômes ont été délivrés dans le cadre de coopérations bilatérales en matière de formation médicale : ils ne peuvent, de ce fait, être substitués aux épreuves de vérification des connaissances.

Le dispositif actuel d'autorisation d'exercice est le fruit d'une concertation qui a été menée tout au long de l'année 2006 avec l'ensemble des acteurs concernés. Sa pierre angulaire est la vérification des connaissances théoriques et pratiques, laquelle est garante de la qualité des soins dispensés. Tout médecin étranger non titulaire d'un diplôme de médecine français ou d'un pays membre de l'Union européenne doit se soumettre à ces épreuves pour être autorisé à exercer.

J'ajoute que les praticiens installés en France depuis longtemps peuvent ainsi passer un simple examen au lieu d'un concours, les titulaires de DIS étant nombreux parmi les lauréats de ces épreuves.

Enfin, dans le cadre du présent projet de loi, j'ai proposé de porter à trois le nombre de tentatives dont cet examen peut faire l'objet, afin d'augmenter les chances de réussite des candidats, ce qui bénéficiera aux titulaires de DIS.

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

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, vos arguments sont imparables, en dehors du fait, toutefois, qu'ils ignorent l'hypocrisie de la situation à laquelle sont confrontés ces médecins, qui exercent leurs fonctions depuis déjà des mois et des mois lorsque, subitement, on leur demande de passer un examen pour qu'ils puissent continuer de le faire.

Vous auriez raison, madame la ministre, si on leur demandait de passer cet examen avant de les embaucher : mais c'est le contraire qui se produit parce que, sinon, l'hôpital public ne pourrait pas assurer la permanence des soins dans certains de ses services.

M. Yves Bur. C'est vrai.

Mme Catherine Génisson. Ces deux amendements reposent sur ce constat.

Il s'agit, pour les médecins concernés, d'une situation très difficile à vivre.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Madame Génisson, nul n'ignore que le personnel médical concerné comprend des praticiens de niveaux différents.

Mme Catherine Génisson. Je l'ai dit.

M. Jacques Domergue. Il est donc indispensable qu'on puisse s'assurer de leur niveau de qualification et de compétences. Vous savez comme moi qu'un diplôme inter universitaire ne vaut pas qualification et qu'un grand nombre de praticiens passent des diplômes inter universitaires à foison pour compenser leur manque de qualification dans leur propre spécialité.

De plus, c'est la multiplication des plateaux techniques et des postes de permanence des soins qui a provoqué l'apparition de ces situations. Il faut espérer que la réorganisation, prévue à l'article 12, du paysage hospitalier français dans le cadre, notamment, des communautés hospitalières de territoire, permettra de mieux organiser l'offre de soins et d'en assurer la qualité.

(L'amendement n° 1035 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 355 n'est pas adopté.)

(L'article 10, amendé, est adopté.)

Article 11

Mme la présidente. Sur l'article 11, je suis saisie d'un amendement n° 1154.

La parole est à M. Yves Bur.

Yves Bur. Pour des raisons de place, de nombreux établissements éprouvent des difficultés à conserver les dossiers médicaux sur support papier dans leurs locaux. L'hébergement de ces données auprès d'un tiers agréé se présente comme la meilleure solution. Le Gouvernement y est d'autant plus favorable que, d'ores et déjà, de nombreux établissements sont contraints à externaliser leurs dossiers.

Au cours de l'examen par le Sénat de la loi sur les archives, en mai dernier, un amendement visant à étendre aux archives médicales papier le droit d'hébergement chez un tiers agréé a été

retiré au motif que, la loi n'interdisant pas expressément l'externalisation de ces données, elle l'autorisait et que la modification de l'instruction susmentionnée suffisait.

Or le Conseil d'État a précisé que la référence à la CNIL et l'utilisation du terme « hébergeur » à l'article précité attestent la volonté du législateur de limiter ce droit aux seules données informatisées. Il fallait dès lors recourir à la voie législative pour affirmer ce droit.

Cet amendement vise donc à rendre possible l'externalisation des dossiers médicaux papier.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement a été accepté par la commission.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Favorable.

(L'amendement n° 1154 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 998.

La parole est à M. Jacques Domergue.

Jacques Domergue. Il s'agit de modifier deux articles de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui prévoient que la gestion et la présidence des commissions administratives paritaires départementales sont confiées à l'autorité administrative de l'État, en l'espèce, par délégation du préfet de département, aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement a été accepté par la commission.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Favorable.

(L'amendement n° 998 est adopté.)

(L'article 11, amendé, est adopté.)

Après l'article 11

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 356 et 1189, portant article additionnel après l'article 11.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. L'amendement n° 356 a été adopté par la commission et reprend à son compte des préconisations du rapport Larcher proposant que les établissements publics de santé les plus importants, ainsi que ceux qui se sont engagés dans une démarche de regroupement, puissent bénéficier de dispositions plus souples dans le cadre de leur politique d'achat.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour défendre l'amendement n° 1189.

Mme Catherine Génisson. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Le Gouvernement partage votre volonté d'apporter une certaine souplesse à la législation en vigueur et vous avez été nombreux à souligner à quel point les établissements publics faisaient parfois, en matière de passation des marchés publics, la course avec des boulets aux pieds. Des décrets publiés fin 2008 ont d'ores et déjà apporté des simplifications majeures dont la plus symbolique est sans doute la suppression de la commission d'appel d'offres, qui représentait pour les hôpitaux une charge de travail très importante.

D'autres mesures apporteront de la souplesse pour les établissements, comme la possibilité de procéder à des achats sans publicité ni mise en concurrence jusqu'à 20 000 euros au lieu de 4 000 euros actuellement – seuil décidément bas. Cette disposition ne figure pas dans l'ordonnance de 2005 puisque la mise en concurrence doit s'effectuer dès le premier euro.

Le seuil des procédures formalisées des marchés de travaux, porté à 5,27 millions d'euros, qui figure désormais dans l'ordonnance, est le même que celui prévu par le code des marchés publics. En outre, vous venez d'adopter l'article 11 qui supprime le contrôle de légalité sur les marchés supérieurs.

De nouvelles procédures se mettent par conséquent en place depuis le 1^{er} janvier et les acheteurs devraient constater sans tarder tous les assouplissements ainsi apportés par les décrets de décembre.

Enfin, le code des marchés publics prévoit des mesures protectrices pour les entreprises et en particulier les PME dont le cas n'est pas prévu par l'ordonnance, comme l'obligation de procéder à l'allotissement du marché, qui leur est très favorable, ou encore le versement d'avances et d'acomptes et l'obligation de respecter un délai global de paiement fixé par le code des marchés publics à cinquante jours pour les établissements publics de santé, alors que l'ordonnance les soumettrait au délai commun de trente jours ou à un délai à fixer contractuellement, donc objet de négociations entre l'acheteur et l'établissement.

Dans ces conditions, compte tenu de l'allègement sensible des contraintes liées au code des marchés publics, et étant donné l'effet contre productif que pourraient avoir ces amendements identiques, je vous propose de les retirer.

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

Mme Catherine Génisson. Vous vous êtes montrée si convaincante, madame la ministre, si claire, que nous répondons à votre sollicitation. Et si notre amendement est motivé par les conclusions du rapport Larcher soulignant la nécessité de simplifier les procédures, nous le retirons.

(L'amendement n° 1189 est retiré.)

Mme la présidente. Retirez-vous également l'amendement n° 356, monsieur le rapporteur ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Oui, madame la présidente.

(L'amendement n° 356 est retiré.)

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante, est reprise à vingt heures.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Article 12

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 12.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'article 12 concerne les communautés hospitalières de territoire et constitue l'une des mesures majeures de la partie du texte relative à l'hôpital. Les communautés hospitalières peuvent revêtir deux formes : les communautés fédératives et les communautés intégrées, qui correspondent à des quasi-fusions d'établissements.

La communauté hospitalière a été proposée par la commission présidée par Gérard Larcher, en vue d'améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande de soins sur un territoire, en assurant une offre graduée.

En effet, chaque établissement ne peut pas proposer l'intégralité des soins. Cela s'explique, d'abord, par les problèmes liés à la démographie des professionnels de santé. Cela s'explique, ensuite, par les facteurs mêmes dont dépend la qualité des soins : il est prouvé que plus une équipe pratique un certain type de soins, meilleure est la qualité. Cela s'explique, enfin, par le coût du plateau technique.

L'idée d'une communauté hospitalière de territoire est intéressante, voire nécessaire, même si j'aurais, personnellement, préféré un fonctionnement en réseau, fondé sur le volontariat et les contrats passés entre les équipes médicales, et selon la spécialité : réseau entre les hôpitaux de proximité et l'hôpital référent ; réseau entre l'hôpital référent et le CHU.

En effet, la communauté hospitalière conduit à l'adhésion de l'ensemble de l'établissement à la communauté. De plus, le texte prévoit l'adhésion à une seule communauté hospitalière de

territoire. Or il peut arriver que soient justifiées à la fois la création d'une telle communauté entre un hôpital et les hôpitaux de proximité, et, dans le même temps, l'adhésion de cet hôpital à une communauté le reliant à un grand hôpital général ou un CHU. Il me paraîtrait donc souhaitable d'autoriser l'adhésion à deux communautés fédératives.

Enfin, un point me paraît devoir être modifié. Dans l'état actuel du texte, l'adhésion à une communauté pourrait devenir effective après accord entre l'ARS et le directeur, en court-circuitant le conseil de surveillance. J'ai cru comprendre que ce dernier se prononçait sur la stratégie. Or il me semble que l'adhésion à une communauté hospitalière de territoire engage l'avenir de l'établissement – surtout lorsqu'il s'agit d'une communauté intégrée – et correspond donc à une décision stratégique. L'avis et le vote du conseil de surveillance me semblent donc indispensables.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Cet article met en place des communautés hospitalières de territoire, une des mesures « phares » du rapport Larcher d'avril 2008.

Si, dans un objectif de coopération et de complémentarité entre établissements publics, l'idée est pertinente, la façon dont le texte met en place ces communautés hospitalières a tout lieu de nous inquiéter.

Je rappelle tout d'abord que des coopérations inter-hospitalières sont déjà en place.

C'est le cas, par exemple, entre l'hôpital Max-Fourestier de Nanterre et l'hôpital Louis-Mourier de Colombes – celui-ci appartenant pourtant à l'AP-HP – qui, dans le cadre d'un syndicat inter hospitalier, mettent en commun plusieurs activités, y compris les gardes des urgences.

Fondées sur la volonté de répondre le mieux possible aux besoins en évitant les activités redondantes, ces coopérations, construites avec les équipes des deux hôpitaux, sont fructueuses à bien des égards.

Mais une fois de plus, la réussite se fonde d'abord sur l'adhésion de tous au projet, et donc sur un choix partagé. C'est tout le contraire de la démarche que vous nous proposez.

Ainsi, que trouve-t-on dans le texte concernant les conditions de création des CHT ? Après nous avoir pourtant assuré que l'adhésion à de tels regroupements serait fondée sur le volontariat, et non sur une obligation, vous donnez la possibilité au directeur général de l'ARS de décider la création d'une CHT de sa propre initiative, dans l'hypothèse où un ou plusieurs établissements publics de santé – c'est-à-dire un ou plusieurs directeurs, car le conseil de surveillance ne sera même pas consulté sur ce point – bloqueraient une dynamique de coopération à laquelle ils sont pourtant indispensables. C'est une fois de plus l'autoritarisme qui l'emporte.

Et faute d'échange pour convaincre dans un cadre collectif d'intérêt général bien pensé, vous utiliserez l'arme que vous maniez déjà si bien, celle de l'asphyxie financière pour les éventuels récalcitrants. C'est ainsi que vous proposez d'attribuer prioritairement les crédits du plan de modernisation Hôpital 2012 aux établissements volontaires. Quant aux autres, ceux

qui ne sont pas immédiatement volontaires, ils auront la liberté de « choisir » d'être financièrement asphyxiés.

Concernant les compétences attribuées aux CHT, et plus particulièrement aux établissements sièges, vous leur demandez, non pas d'organiser des coopérations, mais d'absorber des structures de proximité, au prétexte que « chaque établissement ne peut pas assumer l'intégralité des missions d'un établissement de santé ». Vous introduisez ainsi une concurrence en lieu et place d'une coopération pourtant annoncée et souhaitée.

Votre texte prévoit en effet délégation et transfert entre établissements, dont tout laisse à penser que les établissements sièges concentreront compétences et plateaux techniques, au détriment des autres, qui, comme je viens de le dire, n'auront même pas le choix de cette coopération.

Votre texte prévoit aussi, dans son alinéa 24, la suppression « de compétences et d'autorisations d'activités de soin et d'équipement matériel lourd entre les établissements membres de la communauté hospitalière », et ce, de surcroît, sur décision unilatérale du directeur de l'établissement siège.

Ces dispositions conduiront évidemment à la poursuite des fermetures de services ou de petits hôpitaux – ce qui préoccupe particulièrement les citoyens vivant dans les zones rurales –, ou encore à leur transformation en établissement d'accueil pour personnes âgées ou pour personnes handicapées.

Si de telles structures sont nécessaires, elle ne sauraient se développer au détriment d'hôpitaux publics de proximité, de qualité, et accessibles à tous.

La mise en place de communautés hospitalières de territoire, si elle s'inscrit dans un souci de coopération pour une meilleure réponse aux besoins, ne peut se concevoir que dans le cadre d'une véritable démocratie sanitaire, à laquelle ce texte tourne le dos de la première à la dernière ligne.

Pour toutes ces raisons, nous nous opposerons à l'article 12.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. L'article 12 vise à créer des communautés hospitalières de territoire, qui peuvent être soit fédératives, soit intégrées.

La démarche proposée par le rapport Larcher était fondée sur le volontariat. Ce mot revenait d'ailleurs sans cesse dans le titre des articles que M. Larcher publiait sur son rapport. Mais tous les amendements que nous avons déposés afin de préciser dans le texte cette notion de volontariat ont été rejetés.

Lors de ses vœux aux personnels de santé, le Président de la République déclare placer « de grands espoirs dans les communautés hospitalières de territoire », qui permettront « d'éviter les redondances, dont nous ne pouvons plus supporter le coût ».

À l'inverse, madame la ministre, vous avez déclaré que votre réforme visait à « préserver les centres hospitaliers de proximité en les intégrant dans une communauté hospitalière de

territoire conçue comme un instrument au service de la gradation des soins. » Vous déclariez par ailleurs : « Les restructurations permettront de développer la proximité des soins ».

Certes. Mais lors de la discussion de l'article 1^{er}, chers collègues de la majorité, vous avez rejeté un amendement de MM. Prével, Jardé, Leteurtre et Benoit proposant d'y insérer une disposition selon laquelle « sur chaque territoire de santé, les missions de service public mentionnées aux 1°, 6°, 7°, 8° et 9° sont dispensées à un niveau de proximité. »

M. Jean-Luc Prével. C'était un excellent amendement !

M. Jean Mallot. Cet amendement était intéressant, en effet. Je crois d'ailleurs l'avoir voté. En tout état de cause, il va falloir clarifier cette affaire. Les communautés hospitalières de territoire sont-elles un instrument destiné à préserver la proximité des soins, ou sont-elles une machine de guerre qui, progressivement, redessinera la carte hospitalière en la concentrant, de fait, autour de certains établissements au détriment de certains autres, tout en réduisant l'offre de soins dans une partie du territoire de la République ?

Je suis d'autant plus inquiet que, alors même que nous avons adopté un amendement prévoyant que le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement, vous avez adopté, chers collègues de la majorité, l'amendement du Gouvernement prévoyant que, pour l'adhésion à une CHT, ce même conseil de surveillance ne donne qu'un avis au directeur, lequel décide seul.

Cette ambiguïté perdure. L'adhésion à une CHT – tout comme la décision de se retirer d'une CHT – ne ferait pas l'objet d'une délibération du conseil de surveillance, ne serait donc pas soumise à un débat démocratique. La machine de guerre que je soupçonnais à l'instant est donc effectivement mise en place. On aboutirait ainsi à la dérive que nous contestons, tout en partant de bons sentiments : éviter les doublons – mais y en a-t-il tant que cela ? –, établir des synergies. La communauté hospitalière, de fédérative, deviendrait progressivement intégrée. Il est à craindre que le pouvoir se concentrerait ainsi en un point central, au sens territorial comme en termes de compétences. Notre système de santé s'en trouverait appauvri, et la couverture de notre territoire réduite.

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

Mme Catherine Génisson. Les communautés hospitalières de territoire, cela peut être le meilleur comme le pire. Cette proposition était très séduisante dans le rapport Larcher, où elle était largement développée. Elle se fondait sur l'optimisation qualitative des plateaux techniques, sur la mutualisation des équipes. L'optimisation qualitative de l'offre de soins, d'une part, et le volontariat, d'autre part, en étaient les deux maîtres mots.

Mais quand nous lisons l'article 12, nous ne retrouvons pas la même conception. Je regardais avec inquiétude notre collègue Domergue, qui, lorsque M. Mallot décrivait ce qu'il appelait la machine de guerre, opinait du chef en ayant l'air de penser que cet article s'inscrivait beaucoup plus dans une logique de fusion ou de fédération d'établissements, dans un souci d'« économie de gestion des moyens » – j'emploie ces mots pour être gentille –, en fonction des besoins.

M. Jacques Domergue. Non : la logique, c'est l'optimisation des moyens.

Mme Catherine Génisson. Je ne veux pas être trop longue, parce que l'hypoglycémie se fait sentir chez certains et la fatigue chez d'autres. Je soulignerai simplement qu'à partir d'une idée très intéressante en soi, ce qui nous est proposé dans cet article 12 est sensiblement différent des propositions du rapport Larcher, lesquelles étaient beaucoup plus satisfaisantes du point de vue des exigences qualitatives dans l'organisation du système de santé.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je tiens à vous dire que la démarche des communautés hospitalières de territoire se situe résolument dans une optique de qualité des soins et de maintien du tissu hospitalier de proximité.

Nous savons bien que nous allons être confrontés à une raréfaction de la ressource médicale. Car même si nous sommes encore, avec les difficultés que nous connaissons, l'un des pays les mieux dotés – sinon le mieux doté – de l'OCDE en nombre de médecins,...

Mme Catherine Génisson. Avec tout de même des inégalités de répartition !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...nous sommes au sommet de la courbe. Nous ne retrouverons le nombre actuel de médecins qu'entre 2025 et 2030. Les difficultés que nous rencontrons d'ores et déjà vont donc aller croissant.

Nous assistons également à un mouvement de spécialisation. Nous voyons bien que le chirurgien pluridisciplinaire qui faisait toutes les opérations, cela n'existe plus. Les équipes sont de plus en plus techniques, de plus en plus spécialisées. Des études ont montré que, pour un certain type d'intervention, la qualité des soins était directement liée au nombre d'opérations effectuées. Dans le cas de la prostatectomie, on a pu établir une corrélation absolue entre le nombre de décès et le faible volume des interventions effectuées.

Ces évolutions lourdes, contre lesquelles on ne peut rien, du moins dans l'immédiat, étant donné l'inertie du système, pourraient amener bon nombre de personnes à se détourner de certains hôpitaux, et aboutir ainsi à une véritable inégalité. Ceux qui sauraient, et qui auraient les moyens, pourraient aller vers les établissements les plus performants.

Les communautés hospitalières de territoire sont donc véritablement conçues comme un outil de qualité des soins. Elles s'inscrivent dans un continuum d'outils à la disposition des établissements pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, en donnant à chaque citoyen la possibilité d'avoir accès à des soins de qualité, quel que soit le lieu où il réside.

Quel est le modèle type de communauté hospitalière de territoire ? Je crois qu'il ne faut pas faire des complexes hospitaliers ingérables, ni faire manger les petits par les gros.

M. Jean Mallot. Voilà !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La CHT doit permettre de mieux répondre aux besoins de la population. Elle se construit donc autour d'un projet médical.

Pour sauvegarder leur caractère public, il faut donner aux établissements publics – je répète que les coopérations public-privé n'interviennent pas dans ce cadre mais dans celui des GCS – la possibilité de développer et de mettre en place une stratégie territoriale commune avec les autres établissements, afin d'éviter une dispersion des moyens et les redondances – ce n'est pas un gros mot, monsieur Mallot – qui peuvent exister et nuire à une prise en charge de qualité.

M. Jean Mallot. La précision est d'importance.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Certains établissements ont eu tendance à se mettre en concurrence ; je veux les inviter à entrer dans une stratégie de complémentarité en étant tournés, non pas vers eux-mêmes mais vers la population qu'ils doivent prendre en charge. C'est tout le sens du projet médical que je leur demande de construire.

J'ai bien un modèle type, qui n'est pas inscrit dans le marbre et qui peut évoluer au fur et à mesure des propositions innovantes qui viendront des territoires. J'imagine un groupement d'établissements avec une certaine taille critique, gérant au mieux les autorisations d'activité de soins tout en gardant la capacité de travailler ensemble efficacement, une coopération étroite entre deux ou trois centres hospitaliers disposant au total de 400 à 600 lits, autour d'un plateau technique, et auxquels peuvent s'adjoindre un hôpital local ou un établissement de soins de suite et de réadaptation ou de long séjour d'un territoire de santé. Je vous donne ce modèle, mais il n'est pas unique.

Les établissements pourront choisir leur degré d'intégration dans la communauté hospitalière. Certaines compétences font partie du bloc commun : les investissements lourds, les systèmes d'information, la gestion du personnel et, bien entendu, le projet médical puisque la CHT se construit autour. Le budget sera consolidé au niveau de la communauté hospitalière de territoire, toutes les autres coopérations sont optionnelles. C'est un schéma que les élus locaux connaissent bien dans le cadre des coopérations intercommunales. Ce sont les acteurs de terrain qui décideront des coopérations à développer. Évidemment, si celles-ci ne comprennent pas les investissements lourds, on ne voit pas très bien la justification d'une CHT.

La forme fédérative de la communauté hospitalière de territoire laisse à chaque établissement son autonomie de gestion dans le cadre du projet décidé en commun, dans une logique de responsabilité. La CHT intégrée repose sur une structure juridique unique. Il y a donc fusion administrative des établissements, chacun gardant cependant un comité technique d'établissement propre. Monsieur Muzeau, la possibilité d'ordonner une fusion existe déjà pour l'ARH, ce n'est pas une nouveauté. La base de la démarche est donc volontaire mais n'interdit pas à l'administration sanitaire, dans des cas très précis, d'avoir recours à la fusion.

J'ai conscience que le texte mérite d'être complété par des dispositions incitatives. J'ai largement ouvert les débats, monsieur le rapporteur, monsieur le président, à l'initiative et à la sagesse du Parlement dès lors qu'il s'agit de redéploiements. Voilà, mesdames, messieurs les députés, les réponses que je pouvais apporter aux différentes interventions.

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

3 - Ordre du jour de la prochaine séance

Mme la présidente. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion du projet portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures vingt.)

*Le Directeur du service du compte rendu de la séance
de l'Assemblée nationale,*

Claude Azéma