

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

155^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du jeudi 31 mars 2011

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE VAUTRIN

1. Débat sur l'application de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (p. 2249)

M. Christian Paul,

M. Jean-Pierre Brard,

M. Jean-Luc Prével,

M. Jean-Marie Rolland,

M. Jean-Marie Le Guen,

M. Gérard Bapt,

M. Claude Bodin,

M. Bernard Lesterlin.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé.

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2260)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE VAUTRIN,

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

APPLICATION DE LA LOI « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES »

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle le débat sur l'application de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires. »

La parole est à M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État chargée de la santé, monsieur le président de la commission des affaires sociales, mesdames et messieurs les députés, la réforme du Parlement nous conduit à regarder de plus près et plus précocement les conditions d'application et l'efficacité des textes de loi. C'est ce qui nous conduit cet après-midi à faire un bilan précis de la mise en œuvre de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Mais il est vrai que faire à ce moment de l'agenda politique de notre pays le bilan de cette loi, c'est en quelque sorte faire aussi le bilan de la présente législature en matière d'offre de soins et plus généralement de politique de santé. Je rappelle en effet à l'Assemblée nationale que la loi HPST était censée constituer une véritable réforme cathédrale, affrontant la plupart des grandes questions de santé.

Le travail d'inventaire a été accompli par vos rapporteurs, avec le concours actif des services de l'Assemblée nationale. Je veux le dire très clairement, comme nous l'avons fait en commission : les deux tiers de la production réglementaire ont été accomplis. Mais vous comprendrez, madame la secrétaire d'État, que mon appréciation ne saurait s'arrêter à ce point-là.

Je renvoie bien sûr à la lecture de ce rapport très détaillé, mais aussi à la contribution que j'ai signée au nom du groupe SRC et qui complète l'inventaire des textes réglementaires. Je voudrais exprimer en quelques minutes l'essentiel du diagnostic que nous portons sur l'application de cette loi.

Le premier échec de la mise en œuvre de la loi HPST concerne les inégalités des Français devant l'accès à une offre de soins de qualité. Cette loi était notoirement insuffisante, nous l'avons dit à l'époque ; sa mise en œuvre est très lente et ses effets, il faut le reconnaître, sont aujourd'hui inexistantes dans les territoires. La répartition très inégale des médecins s'aggrave et la situation dans les territoires, qu'ils soient urbains ou ruraux, n'a pas bougé d'un iota.

Il faut le souligner : le manque de courage initial se double d'un recul, désormais orchestré par la proposition de loi du sénateur Jean-Pierre Fourcade, relayant en la matière les positions les plus conservatrices. Le Parlement « délégifère » en quelque sorte : avant même que l'encre soit sèche et que la loi HPST soit appliquée, on la réécrit et, ce faisant, on l'affaiblit. Nous avons vu hier, en commission des affaires sociales, comment la majorité entendait supprimer les très rares outils de solidarité entre les professionnels de santé. Je veux parler du contrat de santé solidarité, qu'avait souhaité instaurer notre collègue Jean-Marie Rolland et qui va être supprimé par l'Assemblée nationale comme il l'a été par le Sénat.

À un an de l'élection présidentielle, mes chers collègues, ce message est d'une cruelle simplicité et, je dois le dire, d'un grand cynisme. C'est en effet un message en direction d'une fraction du corps médical, celle qui est arc-boutée sur le *statu quo* ; ce n'est en rien un signal en direction des patients et des territoires, qui sont quand même les grands oubliés de la loi HPST.

Ce sont donc cinq ans pour rien ; les déserts médicaux progressent. Tel est le bilan de cette législature en matière de santé. Je sais bien que l'on nous dit que nos jugements sont parfois un peu radicaux, voire excessifs, mais il suffit d'aller dans une très grande majorité des départements français pour savoir qu'il y a aujourd'hui une génération de médecins hospitaliers, généralistes ou spécialistes, qui partent à la retraite sans qu'il n'y ait personne pour les remplacer.

Les états généraux de l'offre de soins auraient pu laisser croire à une volonté de réforme. Il n'en est rien. J'en témoigne en tant que rapporteur pour le compte de l'Assemblée nationale sur l'application de la loi, mais je pourrais aussi le faire en tant qu'élu de la Nièvre et de Bourgogne.

Plus grave encore, la possibilité d'une grande réforme du système de santé, offrant à la fois une stratégie préventive et prédictive, et non plus simplement curative, a été purement et simplement enterrée. Je ne doute pas que Jean-Marie Le Guen aille plus loin sur ces questions et vous renvoie, pour nos propositions – dont je suis prêt à discuter avec vous, madame la secrétaire d'État –, à la contribution présente dans le rapport.

En ce qui concerne l'hôpital, j'irai plus vite car le temps m'est compté. Le rapport le dit également : la loi HPST n'a rien d'un *big bang* : c'est un mauvais cap. Il y avait une volonté de transformation purement managériale, d'ailleurs directement inspirée par le Président de la République, qui s'est énormément exprimé sur ces sujets. Qu'en reste-t-il aujourd'hui ?

Une crise financière aiguë, que l'introduction brutale de la tarification à l'activité est bien sûr venue encore amplifier ; une crise humaine sans précédent, dont témoigne la manifestation prévue samedi à Paris, qui rassemblera des personnels hospitaliers venant de la France entière ; des restructurations sous contrainte budgétaire, ce qui est le contraire d'une politique d'organisation hospitalière ; enfin, une régression de la démocratie sanitaire car on voit bien que ni les élus ni les

associations de malades et d'usagers ne sont les bienvenus aujourd'hui dans les hôpitaux comme dans les agences régionales de santé.

Un mot pour terminer sur les ARS. Nous ne renions pas, bien évidemment, notre intérêt, que nous avons exprimé au moment du débat, pour une rationalisation des circuits de décision en matière sanitaire, mais il est vrai que, pour l'instant, un an et demi après la loi, c'est avant tout un meccano administratif à la française. La mise en place des ARS a été très longue.

Mme la présidente. Merci de conclure, monsieur Paul.

M. Christian Paul. Je termine, madame la présidente.

On célèbre en ce moment leur première année d'existence. C'est donc un interminable faux plat ! Nous attendons de nouveaux outils : les schémas régionaux d'organisation sanitaire ambulatoires, bien sûr, mais aussi les contrats locaux de santé, ainsi qu'une politique de réorganisation hospitalière qui ne soit pas simplement une restructuration de façade. Mais, en la matière, le rapport vient hélas ! un peu tôt.

Voilà donc, pour conclure, une législature qui reste sans effet sur la politique de santé. Est-il temps de se ressaisir ? Je ne le sais pas, même si je le souhaite pour notre pays. Il est aussi temps bien sûr pour l'opposition de proposer des orientations dans ce débat, ce que nous ferons dès la semaine prochaine. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Brard.

M. Jean-Pierre Brard. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, presque deux ans après l'adoption de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, il était temps que la représentation nationale dressât un premier bilan de ce texte qui, au moment de son examen, avait suscité tant d'oppositions et de mécontentement au sein de la communauté hospitalière publique.

Nos collègues du Sénat se sont déjà réunis il y a un an et ont réalisé un premier audit de l'application de cette loi. L'Assemblée nationale ne pouvait pas continuer plus longtemps à faire l'économie d'un débat sur ce texte qui a profondément remis en cause le service public de la santé, tel qu'il avait été défini par le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

J'ai à l'instant parlé d'« audit » et je l'ai fait à dessein, puisque depuis cette loi malheureuse les hôpitaux publics ont été remplacés par des « établissements hospitaliers » ; les patients, usagers du service public, sont devenus, comme à La Poste, chez EDF ou France Télécom, de simples « clients » et désormais, en France, pour se faire soigner correctement, il vaut mieux présenter sa carte bleue que sa carte Vitale !

Je salue donc l'initiative de nos collègues du groupe SRC qui ont souhaité mettre le débat sur ce texte à l'ordre du jour. Je note qu'avant-hier, la commission des affaires sociales a examiné une proposition de loi de M. Jean-Pierre Fourcade, notre collègue du Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi HPST relatives à la médecine de ville, vidant de son contenu une des seules parties de la loi que nous aurions souhaité conserver.

Je m'étonne que nos collègues aient eu à se prononcer en commission sur des propositions visant à modifier la loi HPST, alors même qu'aucun débat n'avait encore eu lieu dans l'hémicycle et que le rapport du comité chargé du suivi de la réforme de la gouvernance des hôpitaux, dont Jean-Pierre Fourcade est président, n'est même pas encore paru, comme le prévoyait pourtant l'article 35 de la loi HPST.

Deux ans après l'adoption de la loi, force est de constater, madame la secrétaire d'État, que les craintes exprimées par mon groupe de la Gauche démocrate et républicaine au moment de l'examen du projet de loi de Mme Bachelot ont été confirmées. En 2009 déjà, le malaise des hôpitaux publics était grand. Deux ans plus tard, la situation est pire encore : l'engorgement des services des urgences s'est accentué, les délais pour obtenir un rendez-vous à l'hôpital se sont allongés, les dépassements d'honoraires ont augmenté, la permanence des soins est de moins en moins assurée et la désertification médicale s'est accélérée.

Au lieu de renforcer notre système de solidarité sociale, vous l'avez fragilisé ; au lieu de garantir à tous l'accès à des soins de qualité, vous avez institué une santé à plusieurs vitesses où les plus riches sont les mieux soignés et où les plus pauvres sont dépossédés de leur droit constitutionnel à la santé.

Enfin, au lieu de promouvoir l'efficacité de notre système de soins, que le monde entier nous enviait, vous avez organisé le démantèlement du service public hospitalier et la privatisation de notre système de santé en contractualisant notre service public de la santé.

Partout, une même logique – celle de votre gouvernement, madame la secrétaire d'État – est à l'œuvre ; une logique dans laquelle l'exigence de rentabilité et la réduction à tout prix des dépenses publiques ont pris le pas sur l'exigence de qualité des soins et les besoins réels de la population.

Jean Rostand, Charles Foix, Armand Trousseau, Louis Pasteur, Claude Bernard, Laennec, Paul Brousse, Nicolas Beaujon, Xavier Bichat, Albert Chenevier ou encore Henri Mondor, tous ces éminents savants, que vous connaissez par cœur, madame la secrétaire d'État, puisque vous êtes vous-même médecin, ont contribué au progrès de la médecine. La nation, reconnaissante et bien inspirée, a logiquement choisi de donner leurs noms illustres à ses plus grands hôpitaux.

Mais la loi HPST et la stricte orthodoxie budgétaire qui l'accompagne font peu de cas de l'histoire de la médecine française et de ses pères fondateurs. Les fusions, les transferts d'activités, les fermetures de lits et la réduction de l'offre de soins qui se sont accélérés ces deux dernières années menacent, désormais, l'existence même de ces centres hospitaliers dont la renommée internationale et la compétence des équipes médicales qui les composent ne sont pourtant plus à établir.

C'est avec cette tradition du service public de la médecine, chère au professeur Robert Debré, que vous avez décidé de rompre, poussant ce faisant son petit-fils sur le pavé de Paris – bien qu'UMP, lui au moins a une âme, une âme républicaine et il défend la santé publique. Vous êtes vous aussi, paraît-il, disciple d'Esculape, madame la secrétaire d'État, mais on voit bien qu'il existe deux catégories : les infidèles au serment d'Hippocrate, comme vous, et les fidèles, comme lui. Je vous invite à renouer avec cette fidélité qui honore tous les médecins, n'est-ce pas, mon cher collègue Rolland ?

Comme le disait fort opportunément notre collègue Jacqueline Fraysse, la loi HPST constitue un « véritable coup de poignard dans le cœur des établissements publics ».

Le cas de l'hôpital Trousseau est révélateur du coup terrible que cette loi porte au service public de la santé et à la recherche médicale. La restructuration en cours à l'AP-HP, conséquence de la loi HPST, prévoit, en effet, le démantèlement de ce pôle hospitalo-universitaire de pointe dont les services de pédiatrie spécialisée vont être démenagés vers les deux autres hôpitaux pédiatriques parisiens sans que ceux-ci ne disposent de la capacité d'accueil correspondante. Comme

nous nous en étions déjà émus avec vingt-huit de nos collègues, de gauche comme de droite, dans une lettre ouverte adressée en septembre 2010 à Benoît Leclercq, alors directeur général de l'AP-HP, ce démantèlement aura pour conséquence de désarticuler des équipes de recherche dont le prestige dépasse largement les frontières de la France et altérera gravement l'enseignement dispensé à la faculté de médecine de l'université Paris VI, seule université française à figurer dans le classement de Shanghai – et c'est précisément à cette université que vous allez porter un coup terrible. L'encadrement de plus de 2 800 étudiants issus des filières médicales et paramédicales ne pourra plus être assuré correctement et de nombreuses unités de recherche disparaîtront. Les praticiens et les chercheurs de l'hôpital ont dénoncé de façon unanime l'hérésie médicale, universitaire et budgétaire de ce projet.

Comme à Juvisy, à Clamecy, chez notre collègue Rolland, à Suresnes ou à Saint-Affrique, vos redéploiements n'ont qu'un but : redessiner une carte hospitalière conforme aux exigences de rentabilité et apte à satisfaire l'appétit des groupes d'hospitalisation privée qui, comme la Générale de santé, peuvent ainsi se repaître de leurs deux milliards d'euros de chiffre d'affaires chaque année.

Dans votre chasse effrénée aux coûts, pas un hôpital public n'est épargné. Les CHU d'Amiens, de Nantes ou de Nancy, ont perdu chacun 500 postes ces deux dernières années. Et quand vous ne supprimez pas de postes, vous multipliez les activités nouvelles – plus de vingt au CHU de Lille – sans créer les emplois correspondants, obligeant les personnels à des redéploiements internes permanents.

Les conséquences de ces redéploiements arbitraires décidés sans consultation de la communauté hospitalière sont, désormais, bien connues. La déstabilisation de ces professionnels, déplacés sans égard pour leurs compétences, et la dégradation générale de leurs conditions de travail ont entraîné une explosion de l'absentéisme et une multiplication du nombre d'arrêts et d'accidents du travail qui renouent avec les chiffres records antérieurs à 2002.

Ces deux dernières années, à l'hôpital André Grégoire de Montreuil, ce sont 30 % des lits qui ont été fermés par manque de personnels, quatre chefs de service qui sont partis et deux unités de médecine qui ont été condamnées alors même que l'hôpital est, en termes d'activité, parmi les premiers d'Île-de-France, le deuxième pour la périnatalité après Cochin, qu'il connaît une progression impressionnante de la cardiologie et que ses services d'urgence ne désemplissent pas – 70 000 patients reçus par an.

À Montreuil comme ailleurs, la malaise, la démoralisation sont grands dans cette communauté médicale et, plus largement, dans cette communauté hospitalière, qui se sent abandonnée et mise à l'index parce qu'elle coûterait trop cher.

M. Christian Paul. Quel scandale !

M. Jean-Pierre Brard. Partout, cette communauté dénonce des mutations extrêmement rapides et brutales. Avec cette loi, madame la ministre, vous avez transformé les directeurs d'hôpitaux en prolongements des agences de santé régionales sans tenir compte des communautés médicales et en écartant les responsables politiques.

M. Christian Paul. C'est du bonapartisme hospitalier !

M. Jean-Pierre Brard. Les médecins sont marginalisés, comme si rendre le service de santé dans les hôpitaux n'était qu'une affaire technique de décompte des petits sous que, dans votre pingrerie, vous acceptez de déléguer aux hôpitaux sans tenir compte du droit constitutionnel à la santé.

Mme la présidente. Il faudrait penser à conclure, monsieur Brard.

M. Jean-Pierre Brard. Bien, madame la présidente, je vais aller vers ma conclusion pour vous être agréable.

Mme la présidente. Non, simplement pour respecter votre temps de parole.

M. Jean-Pierre Brard. Mme Bachelot considérait sa loi comme « une boîte à outils au service de la transformation de notre système de santé ». Mais ce n'est pas une boîte à outils que la ministre a mis en place, c'est une cocotte-minute qui risque de nous exploser à la face. Encore que, du fait de l'augmentation du prix du gaz que nous devons au Gouvernement, les hôpitaux ne pourront peut-être plus faire chauffer de cocotte-minute ou faire fonctionner les autoclaves et désinfecter les instruments. Nous en sommes là ! De ce point de vue, le Gouvernement n'est pas ingrat : il beurre la tartine de groupes privés comme Korian ou Malakoff Médéric. Si nous avons un Président de la République compétent en tout, sa famille l'est également dans beaucoup de domaines. Ainsi Guillaume Sarkozy récupère-t-il directement les petits sous de la politique décidée par son frère. Le sens des affaires n'est pas étranger au népotisme qui mine aujourd'hui notre État.

Mme la présidente. C'est terminé, monsieur Brard.

M. Jean-Pierre Brard. Je sais, madame la présidente. Pourtant, je ne vous cache pas...

Mme la présidente. Que vous aviez d'autres choses à dire ? Je n'en doute pas.

M. Jean-Pierre Brard. ...que j'avais beaucoup de choses à ajouter. Malheureusement, le temps qui nous est modestement compté pour ce débat n'est pas suffisant pour tout dire et clouer au pilori ce gouvernement pour lequel la santé n'a qu'un prix. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Jean-Luc Prével. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, ce débat aujourd'hui sur la loi HPST est certainement intéressant mais quelque peu surréaliste.

Il y a quarante-huit heures, nous avons auditionné le ministre et les deux rapporteurs du rapport sur l'application de la loi HPST, Jean-Marie Rolland et Christian Paul, et donné notre sentiment. Depuis, nous avons en commission discuté 250 amendements pour toilettier la loi dans le cadre de la proposition de loi dite Fourcade.

M. Jean-Pierre Brard. C'est de l'élagage !

M. Jean-Luc Prével. Le débat aujourd'hui, jour d'élection des présidents des conseils généraux, peut paraître superfétatoire, d'autant qu'il ne conduit ni à un vote ni à une modification. Mais pourquoi pas ?

La loi HPST a été votée en juin 2009. Dix-huit mois après, sur les 240 décrets qui étaient prévus, 154 ont été publiés. C'est déjà beaucoup mais il reste encore de la marge.

Cette loi était très attendue. Elle avait pour but, partagé par tous, d'assurer un excellent système de santé, l'égal accès de tous sur l'ensemble du territoire à des soins de qualité. Elle était donc très ambitieuse et comportait de nombreux articles, 135 au final.

Elle doit être revisitée puisque la proposition de loi Fourcade, votée en première lecture au Sénat, revient sur certaines dispositions pourtant votées, notamment le contrat solidarité.

D'emblée, je voudrais rappeler que la loi HPST ne résolvait pas un problème majeur de notre système de santé, celui de l'équilibre financier. Pourtant, en prolongeant sa durée de vie de quatre années, nous venons de confier à la CADES les déficits, dont celui de 2011. Si nous ne voulons pas recréer des déficits et faire payer à nos enfants et petits-enfants nos propres dépenses, il nous faudra donc, pour 2012, voter une loi en équilibre, gagner sans doute en efficacité et, si nous ne voulons pas opérer de transfert vers le reste à charge ou les complémentaires et maintenir le principe de solidarité, prévoir très certainement des recettes supplémentaires.

Il n'est pas possible de revoir en quelques minutes tous les articles, je retiendrai trois points essentiels : la création des ARS ; la définition de la médecine de premier recours avec la répartition des professionnels sur le territoire ; le principe annoncé d'un patron à l'hôpital. Je n'oublie pas cependant le problème important des dépassements d'honoraires. En effet, une chose est d'évoquer l'égal accès de tous à des soins de qualité, encore faut-il qu'ils le soient à tarif opposable, c'est-à-dire remboursables.

La création des ARS tout d'abord. C'est la réforme de la gouvernance de notre système de santé. Les ARS sont effectivement mises en place, les décrets sont sortis. Pour défendre cette idée depuis longtemps, je ne peux que m'en réjouir. Il convenait en effet de revenir sur l'un des défauts majeurs de notre système de santé : la séparation absurde entre la prévention et le soin, la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social. De plus, le niveau régional est certainement le niveau pertinent pour organiser la santé.

Nous avons donc aujourd'hui, et c'est heureux, un responsable unique de la santé au niveau régional, même si la mise en place n'est pas simple, réunissant des structures et des personnels d'origines diverses et donc de statuts différents.

Mais pourquoi continuons-nous à voter un ONDAM avec des sous-objectifs et donc des enveloppes fléchées, perpétuant ainsi la séparation absurde que nous avons voulu corriger avec la création des ARS ? Quand allons-nous voter des objectifs régionaux, des ORDAM, calculés sur des critères objectifs, car il ne s'agit pas d'aggraver des inégalités, prenant en compte par exemple la mortalité, la morbidité, la richesse des régions, donnant ainsi une réelle liberté aux ARS pour arbitrer et financer, par exemple, les réseaux, les filières, et réaliser la fongibilité que nous souhaitons tous, y compris, semble-t-il, les ARS ?

Un deuxième point mériterait d'être clarifié, celui du rôle de la CNAM qui, aujourd'hui, peut être considérée comme une agence atypique. Quelles sont les relations entre la CNAM et les ARS ? La CNAM, responsable depuis toujours de l'ambulance, souhaite intervenir dans la gestion hospitalière, et nous le constatons avec notamment les sanctions financières qu'elle décide. Les ARS ne devraient-elles pas être elles-mêmes responsables de la gestion du risque, du contrôle médical et donc disposer des données de santé et de l'informatique ? Il convient de régler ce problème.

La réforme est, de mon point de vue, je l'ai dénoncé à l'époque, très centralisatrice, jacobine et donc déresponsabilisante. Le comité de pilotage a un rôle important. Une agence nationale n'aurait-elle pas été préférable ? Les conférences régionales de santé ne devraient-elles pas voir leur pouvoir renforcé ? Ne devraient-elles pas se prononcer sur l'offre de soins, l'adéquation entre l'offre et les besoins, et sur les schémas ? Ne devraient-elles pas contrôler l'ARS, l'exécutif régional, et voter les décisions majeures ? Les impliquer dans la gestion ne serait-il pas une façon de responsabiliser les acteurs de santé, de les faire sortir de leur position reven-

dicatrice ? Je souhaite, au nom du groupe Nouveau Centre, renforcer le rôle des conférences régionales et faire en sorte qu'elles s'appuient sur les observatoires régionaux de santé.

Le deuxième point que je souhaite aborder est celui de la médecine de ville. Certes, la loi HPST a défini la médecine de premier recours. Des mesures ont été votées concernant le contrat solidarité et la déclaration de vacances. La proposition de loi Fourcade doit certes toilettier la loi et revenir sur ces dispositions votées mais non appliquées. Toutefois, les problèmes demeurent et sont loin d'être réglés s'agissant notamment de la démographie des professionnels de santé, de leur répartition sur le territoire, de la permanence des soins et des dépassements d'honoraires.

Concernant la démographie, il convient de redonner du temps médical, de diminuer les tâches administratives, de s'engager vers le transfert de tâches avec la création d'infirmières cliniciennes notamment. Que de timidité ! Que de temps perdu ! Il convient d'aller, comme le prévoit la loi, vers un *numerus clausus* régional par spécialité, prenant en compte les besoins dans dix ans. Où en est-on ?

Pour la répartition sur le territoire, il faut développer les mesures incitatives, les faire connaître, mettre en place le guichet unique. Suffiront-elles ? Espérons-le ! Il en est ainsi des maisons de santé, à la condition qu'elles reposent sur un vrai projet médical, bâti par les professionnels. Il faut avoir conscience qu'il n'y en aura pas dans chaque commune.

Je voudrais insister sur le problème difficile des dépassements d'honoraires. Que signifie en effet l'accès de tous aux soins, s'ils ne sont pas à tarif remboursable ? Un accord sur le secteur optionnel est intervenu il y a plus de dix-huit mois. Ce n'est pas la panacée ni l'idéal, mais il prévoit d'encadrer les dépassements, les limitant à 50 % pour 30 % de l'activité, pris en charge par les complémentaires. L'accord a été validé par l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats médicaux mais il n'a été ni appliqué ni validé par le ministre.

Il conviendrait que ce secteur optionnel soit étendu à l'ensemble des spécialistes, notamment aux spécialités cliniques qui sont de loin les plus pénalisées aujourd'hui.

Pensez-vous donc mettre en place le secteur optionnel ? Sinon, comment comptez-vous réguler les dépassements d'honoraires ? Sont-ils d'ailleurs justifiés ? N'est-ce pas à la CCAM clinique de définir leur montant ? Et pourquoi la CCAM technique n'est-elle pas revue régulièrement pour prendre en compte l'évolution des coûts et des charges ? En attendant, dans les établissements, les soins à tarif remboursable ne pourraient-ils faire partie des missions de service public ?

Beaucoup d'autres problèmes mériteraient d'être soulevés, notamment le devis concernant les prothèses dentaires, mais nous y reviendrons dans la proposition de loi Fourcade.

Le troisième volet important de la loi consistait en la mise en place d'un patron à l'hôpital, en supprimant les conseils d'administration et en retirant une part importante du pouvoir aux élus et aux CME. En réalité, le vrai patron de l'hôpital aujourd'hui est l'ARS, qui nomme le directeur, l'évalue, détermine la part variable de sa rémunération et le limoge, le cas échéant.

Il existe un réel malaise chez les professionnels, pas seulement lié à l'intervention de la CNAM et à ses sanctions financières disproportionnées. Il convient de remotiver les professionnels, de redonner un peu de pouvoir aux CME pour qu'elles puissent, par exemple, définir et voter le projet médical, se prononcer sur le budget de l'établissement.

Comptez-vous revoir le statut des praticiens, notamment celui des PU-PH avec leur triple fonction? Allez-vous développer les contrats et faciliter la mise en place de passerelles avec la médecine libérale?

Comment intégrer la sectorisation des hôpitaux psychiatriques dans les territoires de santé? Tandis que la sectorisation a permis d'établir des relations de confiance et des réseaux entre les professionnels, la réforme de l'hospitalisation à la demande d'un tiers exige que l'on conforte cette sectorisation.

La loi HPST est récente, elle se met en place progressivement et tous les décrets ne sont pas encore sortis. Elle n'est pas parfaite et ne résout pas tous les problèmes de santé de notre pays. Elle doit, de notre point de vue, être améliorée. Mais une proposition de loi, dite Fourcade, vient d'être votée au Sénat. Nous l'avons examinée hier en commission, et elle doit, en principe, toiletter la loi HPST.

M. Christian Paul. Ce n'est pas glorieux!

M. Jean-Luc Prével. Mais elle se limite à la médecine de ville et avait pour ambition, à l'origine, de revenir sur deux propositions qui déplaisent fortement aux syndicats médicaux: le contrat solidarité et l'obligation de déclarer ses vacances. Cette seconde proposition a été maintenue par les sénateurs et par notre commission: en effet, comment établir un tableau de garde sans connaître les absences?

M. Christian Paul. Demandez à M. Fourcade, il doit savoir!

M. Jean-Luc Prével. En outre, la proposition définit un nouveau statut pour les maisons de santé, ce qui est une bonne chose. Mais il est nécessaire de revoir d'autres dispositions de la loi HPST, notamment celles qui concernent l'hôpital, afin de remotiver les soignants et de permettre notamment le vote d'ORDAM. Ne laissons pas passer cette possibilité, car nous risquons de ne pas avoir d'autres occasions d'ici à 2012.

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires sociales.* Bravo!

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

M. Jean-Marie Rolland. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, monsieur le président de la commission, mes chers collègues, nous sommes réunis pour dresser un premier bilan de l'application de la loi HPST, qui a occupé en 2009 notre assemblée pendant plus de cent heures de débat et dont j'ai eu l'honneur d'être le rapporteur.

La loi nous proposait une réforme générale de l'organisation de notre système de santé en nous amenant à reconsidérer tout à la fois les problèmes de gouvernance, d'organisation territoriale, d'accès et de qualité des soins, de prévention et d'intervention médico-sociale.

Cette loi partait d'un constat. Notre système de santé garantit à chaque Français un très haut niveau de protection sociale. Ce système, tout à fait original, repose sur un équilibre unique: il privilégie à la fois une prise en charge collective du risque et le libre choix du médecin par le patient. Ce modèle fondé sur la solidarité, nous pouvons collectivement en être fiers: il garantit à la très grande majorité de nos concitoyens l'accès à des soins de qualité mais aussi au progrès médical.

Ce système a fait la preuve de son efficacité. Les résultats sont là: une prise en charge de haut niveau, un nombre de professionnels de santé par habitant parmi les plus importants, un maillage dense du territoire en termes d'établissements hospitaliers, une espérance de vie de 80,3 ans, parmi les plus hautes du monde et qui a progressé de dix ans entre 1960 et 2004.

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires sociales.* C'est exact!

M. Jean-Marie Rolland. Toutefois, notre système de santé connaît des fragilités croissantes: fragilités sanitaires, fragilités sociales et territoriales, fragilités financières. C'est pour cela, qu'une profonde réforme était nécessaire. Elle était attendue par bon nombre de nos concitoyens et par les acteurs de terrain, qu'ils soient professionnels de santé ou simples usagers.

La loi HPST a apporté des réponses fortes à ces inquiétudes et, conformément à l'article 145-7 de notre règlement, j'ai présenté mardi dernier avec notre collègue Christian Paul un rapport devant la commission des affaires sociales dressant le bilan de son application.

Ce document est le fruit de nombreuses auditions d'acteurs de la santé, qui ont pu nous rendre compte des effets, sur le terrain, des dispositions votées. Le rapport n'est pas uniquement un bilan qualitatif de la loi – ce serait en effet largement prématuré, les ARS ayant été mises en place il y a seulement quelques mois et les structures de la nouvelle gouvernance de l'hôpital public venant de se constituer.

Il s'agissait en premier lieu de vérifier que les mesures réglementaires nécessaires pour l'application de la loi votée par le Parlement avaient bel et bien été prises. Je vous rappelle que ce projet de loi comportait 33 articles lorsqu'il a été déposé sur le bureau de notre Assemblée, et que la loi promulguée en compte 135; que pas moins de 2 140 amendements ont été déposés sur ce texte en commission et que notre assemblée en a adopté 523, soit plus du quart, provenant de tous les bancs de notre hémicycle.

Il n'est donc pas surprenant que la mise en application de cette loi ait constitué une entreprise considérable pour les administrations concernées, et ce pour deux raisons: d'une part, du fait du nombre de textes réglementaires auxquels la loi renvoie ou que le Gouvernement a jugé nécessaires à son application; d'autre part, du fait de l'ampleur des restructurations administratives prévues par la loi, notamment avec la création des agences régionales de santé.

En ce qui concerne le bilan statistique, 161 décrets en Conseil d'État étaient attendus, dont 112 ont été publiés; 79 décrets simples étaient nécessaires, dont 42 ont été publiés.

Au final, le jugement, technique sur le travail d'application de la loi est donc partagé: plutôt positif sur les titres I et IV, d'autant que le travail était particulièrement important; beaucoup plus réservé s'agissant du titre III mais surtout du titre II.

Au-delà de ce bilan statistique, je souhaiterais apporter quelques appréciations personnelles sur trois enjeux particuliers de la loi: la mise en place des ARS, la démographie médicale et le statut des établissements de santé.

Mon premier point concerne la contribution de la loi HPST à la réforme de la gouvernance territoriale de notre système de santé, notamment par l'institution des agences régionales de santé. Ces agences ont pu être comparées à un « mécano technocratique », pourtant elles simplifient réellement la gouvernance du système de santé, qui était à bout de souffle à force de cloisonnements et d'enchevêtrement des responsabilités. Les ARS se substituent à une dizaine d'organismes et réunissent les forces de l'État et de l'assurance maladie. En unifiant le pilotage du système de santé, elles le rendent à la fois plus simple et plus efficace.

Tout ce qui a trait à la santé relève de la compétence des ARS : les soins de ville, l'hôpital, le secteur médico-social, la prévention. Pour un pilotage efficace, les ARS sont dotées d'outils nouveaux : elle élaborent un plan d'ensemble de la politique régionale de santé – le projet régional de santé – et peuvent contractualiser avec tous les offreurs de services en santé.

Aucun des acteurs que nous avons auditionnés n'a remis en cause le bien-fondé de ce choix, tant l'enchevêtrement des compétences et des structures dans l'organisation antérieure était critiqué.

L'article 118 a prévu, à l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, que les ARS mettent en place des délégations dans les départements. Ni la loi ni ses textes d'application ne réglant la répartition des tâches entre le siège de l'ARS et ces délégations, les agences ont disposé d'une grande autonomie en la matière, et l'organisation retenue varie d'une région à l'autre. S'il est trop tôt pour procéder à une évaluation de ces différents choix d'organisation, il faut souligner qu'en tout état de cause le schéma retenu doit permettre un équilibre dans la répartition des attributions entre les directeurs généraux des ARS et leurs délégués territoriaux.

Mon deuxième point concerne la lancinante question de la démographie médicale. Ce sujet est devenu crucial : c'est en effet aujourd'hui que nous payons le prix d'une gestion mal avisée du *numerus clausus* dans les années 1980 et 1990. Mais il ne s'agit pas seulement d'un problème d'effectifs : les attentes des médecins ont changé et, quand bien même ils seraient pléthore, ils ne s'installeraient pas seuls, en libéral, au pied de chaque clocher de France et ne travailleraient pas soixante-quinze heures par semaine, plus les gardes.

Faut-il le regretter ? Non. Il faut tenir compte de leurs attentes et leur offrir des conditions d'exercice attractives et répondant aux besoins de la population. C'est ce que fait le texte, qui refonde notre politique d'aménagement de l'offre de soins. Il instaure à cette fin un schéma régional d'organisation des soins ambulatoires – le SROS –, qui ne sera pas opposable mais concentrera les aides et les subventions sur les projets prioritaires. De même, il propose d'aménager l'offre de soins, distinguant entre soins de premier recours et soins spécialisés de second recours, ce qui correspond mieux au parcours des patients que les cloisonnements actuels entre ville et hôpital, généralistes et spécialistes. Il reconnaît aussi la spécificité des généralistes de premier recours, ce qui paraît nécessaire si l'on juge que 40 % des diplômés de médecine générale exercent un autre métier.

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

Je voudrais souligner l'apport des maisons de santé dans la lutte contre les déserts médicaux. La loi HPST a élaboré un cadre juridique favorable au développement de nouveaux cadres d'exercice attractifs pour les professionnels de santé, comme les maisons et les pôles de santé.

Depuis plusieurs années, le développement de maisons de santé pluriprofessionnelles est reconnu comme un des principaux éléments de réponse au manque d'attractivité de certains territoires ruraux ou périurbains pour les professionnels de santé, comme au manque d'attractivité de la médecine générale pour les jeunes praticiens.

M. Christian Paul. C'est vrai !

M. Jean-Marie Rolland. Les auditions menées ont permis de mettre en évidence le fait que, si l'équipement du territoire en maisons et pôles de santé progresse, il pourrait être accéléré si certaines incertitudes relatives au financement et au statut des maisons de santé pouvaient être levées, car le système apparaît comme complexe. Je souhaite donc, madame la secrétaire d'État, que vous nous disiez ce que vous comptez faire sur ce point.

J'en viens enfin au statut des établissements de santé et à la prise en compte de la spécificité des établissements à but non lucratif.

La loi HPST a profondément modifié le statut, la gouvernance et les missions des établissements de santé.

Le projet de loi déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale prévoyait notamment de ne plus distinguer que deux catégories d'établissements de santé, selon qu'ils sont publics ou privés. À l'initiative des députés, la loi a rétabli une catégorie légale spécifique pour les établissements privés participant au service public hospitalier, désormais désignés comme établissements de santé privés d'intérêt collectif, ou ESPIC.

Or, selon les représentants de ces établissements, la spécificité de la catégorie des ESPIC n'a pas toujours été suffisamment prise en compte dans l'élaboration des décrets d'application de la loi, notamment ceux concernant l'organisation financière et l'investissement immobilier des établissements de santé, les possibilités de détachement de praticiens hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire. Je souhaiterais, là encore, madame la secrétaire d'État, que vous nous rassuriez sur ce point. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et NC.*)

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

M. Jean-Marie Le Guen. La loi HPST qui est la grande loi d'organisation de notre système de santé pour le quinquennat...

M. Christian Paul. Elle devrait l'être.

M. Jean-Marie Le Guen. Mais elle l'est : elle est la loi unique et grandiose de l'organisation de notre système de santé du mandat de M. Sarkozy ! Et elle n'est pas un succès. La manière dont en débat aujourd'hui la majorité montre bien qu'il y a un peu de gêne à traiter de ce monstre juridique.

Je le dis d'autant plus volontiers que nous nous attendions à ce que M. Xavier Bertrand soit assis au banc du Gouvernement.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires sociales. Vous ne venez même pas en commission pour l'écouter !

M. Jean-Marie Le Guen. Je fais partie de la commission de la défense, monsieur Méhaignerie ! Vous ne savez même pas lire qui est membre de votre commission, vous rendez-vous compte du point où vous en êtes ?

Mme la présidente. Restez sur le fond du sujet, monsieur Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Voilà un président qui ne sait même pas qui est membre de sa commission, c'est tout de même dommage ! Merci, monsieur Méhaignerie, pour votre intervention, elle est utile, comme d'habitude.

Je sais bien que vous allez sans doute pleurer sur la loi telle qu'elle existe parce que vous n'en vouliez pas mais vous l'avez tout de même, elle est là. « Il faut bien faire avec » : c'est ce que vous allez nous dire.

M. Christian Paul. Et vous l'avez pourtant votée, monsieur Méhaignerie!

M. Jean-Marie Le Guen. Hé bien non! Nous, nous considérons que cette loi est mal faite et nous regrettons l'absence de M. Xavier Bertrand, qui est sans doute le mieux placé pour la critiquer tant il en a dit du mal par ailleurs.

Nous allons tout de même essayer de dresser le bilan de cette loi que nous avons dénoncée en son temps: loi étatiste, centraliste, bureaucratique, imprimée d'une logique comptable et qui crée aujourd'hui la désillusion comme on peut le constater partout sur notre territoire, dans toutes les formes d'exercice de la médecine. Cette loi, qui a obtenu l'appui de cette majorité, a réussi non seulement à réunir contre elle tous les professionnels de santé, ou à peu près, mais surtout à ne rien résoudre des problèmes posés, qu'il s'agisse de la réorganisation hospitalière, du lien entre la ville et l'hôpital ou de la désertification médicale.

Un mot sur l'hôpital. Les membres de cette majorité, vous, Madame la secrétaire d'État, tous ceux qui sont ici pour défendre cette loi assument-ils encore les propos du Président de la République qui voulait qu'enfin, un seul chef dirige l'hôpital public? La mise en œuvre autour d'un pseudo directeur d'hôpital d'une gestion comptable a-t-elle abouti, ici ou ailleurs, à des résultats un tant soit peu positifs?

Vous-mêmes, en tant que parlementaires de la majorité, êtes-vous capables de vous rendre dans le CHU de votre région pour assumer devant les responsables hospitaliers votre choix de philosophie politique? Je ne le crois pas. Vous ne le faites pas. Nombreux sont ceux qui, sans aller jusqu'à manifester dans la rue contre cette loi comme Bernard Debré, pestent contre son application et son existence. Elle ne résout en rien, comme on peut le constater, les problèmes financiers de nos hôpitaux! Il est vrai que c'est aussi le résultat de votre politique, notamment votre politique budgétaire dont le collectif des présidents de comité médical d'établissement des CHU vient de dénoncer l'injustice et l'incroyable austérité.

Mais cette politique n'est pas seulement financière et comptable, elle est surtout très centraliste, très immobilisante pour nos hôpitaux qui devraient plutôt s'adapter aux nouvelles pathologies, aux nouvelles données de la science, aux nouveaux besoins des patients. De tout cela, rien n'est fait, et cette loi hospitalière est sans doute la pire que l'on ait vu alors même, et j'aurais pu le dire si Xavier Bertrand avait été là, que les très intéressantes ordonnances de 2005 avaient créé une dynamique plutôt positive dans le monde hospitalier. La communauté médicale avait pu se rapprocher des communautés gestionnaires, la dimension médico-économique avait pris une place importante dans la réflexion médicale. Il s'était créé des convergences qui allaient dans le bon sens mais vous avez cru utile, par votre volonté systématique de rupture, de les supprimer, avec une philosophie politique bien éloignée de la vie et des valeurs du monde hospitalier.

Avoir mis à ce point l'hôpital dans la souffrance et la désespérance ne sera pas la moindre des « réussites » de votre Gouvernement.

J'en viens à un deuxième point qui touche beaucoup de parlementaires, quels que soient leur sensibilité politique et leur territoire: la désertification médicale. Elle progresse, même si, à entendre certains technocrates du ministère, nous serions les seuls, nous les élus, les parlementaires, à nous émouvoir d'un phénomène qui resterait largement marginal. Et pourtant, nous voyons bien comment, chez

nous, au sein des régions, au sein même des départements, sur des micro-territoires, se créent des zones de désertification médicale très préoccupantes.

Elles sont de deux natures. On observe d'une part une difficulté d'accès aux soins du fait de la généralisation des dépassements d'honoraires. En dix ans, le montant des dépassements d'honoraires s'est multiplié par cinq et nos compatriotes sont de plus en plus nombreux à retarder des soins faute de moyens financiers.

M. Christian Paul. C'est un scandale!

M. Jean-Marie Le Guen. Mais au-delà de ces difficultés financières se pose le problème des difficultés d'accès territorial, physique. La désertification médicale gagne et dans beaucoup de territoires, que la technostructure estime épargnés, la réalité est celle de médecins très largement débordés, incapables d'accueillir de nouveaux patients, se débattant dans des situations personnelles extrêmement difficiles – on parle du *burn-out*, de l'épuisement professionnel des médecins.

Tous ceux qui connaissent la réalité des territoires peuvent en témoigner. Face à cette situation...

M. Guy Malherbe. Que proposez-vous?

M. Jean-Marie Le Guen. J'y viens! Face à cette situation, vous aviez réagi de la manière la plus autoritaire, la plus centraliste qui soit et la plus inefficace. Après avoir pris ou fait semblant de prendre cette direction pour répondre à cette grave réalité, vous vous placez aujourd'hui dans une logique de total démantèlement de mesures qui, certes, étaient inappropriées et ne mettaient rien en place.

Que proposons-nous? Je vous renvoie au rapport de Christian Paul: l'exercice de la médecine doit être complètement refondé. Quoi que vous en pensiez, l'exercice libéral traditionnel n'existera plus dans les prochaines années parce que les jeunes médecins n'en veulent plus: 9 % d'entre eux seulement acceptent de s'inscrire dans le mode d'exercice libéral. Les choses ne sont pas plus faciles à Paris contrairement à ce que l'on pourrait croire. L'on parle souvent des territoires éloignés et ruraux mais au sein même de la capitale, seulement 3 % des inscriptions à l'ordre se font dans le cadre de la médecine libérale! Certes, le coût de l'immobilier et d'autres facteurs peuvent être en cause, mais, quelles qu'en soient les raisons, vous devez vous représenter ce qu'il en est aujourd'hui de l'échec du modèle libéral. Tel qu'il a existé jusqu'à présent, ce modèle ne fonctionne plus, non seulement parce qu'il ne répond pas au problème de la désertification des territoires, non pas parce que nous, les politiques, le disons, mais parce que les médecins n'y adhèrent plus.

M. Guy Malherbe. Vous proposez donc la fin de la médecine libérale?

M. Jean-Marie Le Guen. Vous pourrez, cher collègue, agiter tous les spectres fantasmagiques que vous voudrez, personne ne veut du modèle que vous défendez et qui a aujourd'hui quarante ans.

Les jeunes médecins aspirent aujourd'hui à ce que leur capacité de se regrouper soit reconnue et facilitée, à ce que le lien avec la recherche et l'enseignement soit maintenu tout au long de leur parcours professionnel. Ils souhaitent travailler avec le médico-social, et ne plus crouler sous les tâches administratives qui leur sont aujourd'hui imposées. Ils veulent d'autres modes de rémunération que la seule rémunération à l'acte...

M. Christian Paul. Très bien!

M. Jean-Marie Le Guen. ...afin de pratiquer une autre médecine où ils ne feront plus seulement du soin mais aussi de la prévention. Ils veulent tout simplement en finir avec une certaine politique dans son versant autoritaire, imposé par la loi HPST, ou dans son versant de déréglementation, que tente aujourd'hui de faire prévaloir Xavier Bertrand.

Ils veulent refonder l'exercice de la médecine, en reconnaissant au médecin des capacités d'entrepreneur, oui, monsieur Malherbe, mais sans s'asservir aux modèles du passé.

Nous voulons libérer le temps médical, pour qu'une médecine moderne s'installe enfin dans nos campagnes et non plus simplement une médecine traditionnelle qui ne répond plus ni aux attentes des patients ni à celles des médecins. Voilà la réalité sur laquelle nous voulons travailler.

Si la régionalisation avait eu un impact positif, nous aurions pu évidemment y adhérer – nous soutenons d'ailleurs cette idée depuis 2002 – mais vous en avez fait une institution très bureaucratisée qui n'a même pas les moyens d'organiser une nouvelle offre de soins sur les territoires et de dépasser les barrières entre la ville et l'hôpital, entre le soin et le médico-social.

La médecine de demain, ce sera pourtant bien celle-là, mais il faudra attendre une autre majorité pour qu'elle se mette en place. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Christian Paul. Très bien! On apprend toujours beaucoup avec Jean-Marie Le Guen – surtout l'UMP, car nous, nous savions déjà tout cela...

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

M. Gérard Bapt. Vos prédécesseurs, lorsqu'ils nous ont présenté le texte de la loi HPST, l'ont placé sous l'angle de l'égalité devant la maladie, de l'égalité pour l'accès aux soins. Qu'en est-il aujourd'hui?

Les inégalités devant la santé, la mort, la maladie se sont considérablement aggravées, pour des raisons socio-économiques, mais pas seulement. Il y a aussi des raisons culturelles liées aux difficultés, pour certains milieux culturellement défavorisés, d'accéder à tout ce qui concerne la prévention et notamment de recevoir les messages de prévention. Il y a encore des raisons environnementales qui touchent, par exemple, au logement, à sa qualité, à la qualité de l'air intérieur, à sa localisation par rapport à telle ou telle voie de grande circulation.

Notre système de santé est aujourd'hui classé par l'OMS, nous dit-on, parmi les meilleurs du monde. L'espérance de vie à la naissance est de 78 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes, mais avec des disparités géographiques majeures qui se confondent souvent avec les disparités socio-économiques.

M. Jean-Pierre Brard. Eh oui.

M. Gérard Bapt. Cet écart n'est pas spécifique à la France mais il y est beaucoup plus accentué que dans les autres pays européens.

Qu'en est-il de la démographie? Sur nos 55 300 médecins généralistes, 40 % ont plus de 55 ans. Selon la CNAM, 8 % des généralistes sont déjà conventionnés en secteur II et ne sont donc pas accessibles à la majorité de nos concitoyens ou avec un droit à dépassement. Mais cette proportion varie selon les zones géographiques et participe aux inégalités d'accès aux soins.

Les deux tiers des cantons français ont une densité médicale inférieure à la moyenne française et les plus fortes différences de démographie s'étalent de 1 à 8 en fonction des territoires. Les inégalités ont donc tendance à s'accroître, elles ont des origines très diverses mais ce sont ceux qui sont le plus en difficulté qui accèdent le moins aux soins et bénéficient le moins des actions de promotion de la santé.

À cet égard, je voudrais revenir sur le problème de la démographie et prolonger le débat que nous avons eu en commission avec M. Xavier Bertrand, en insistant sur l'efficacité toute relative des mesures incitatives. L'avenant à la convention qui prévoit une augmentation de 20 % des honoraires en zone sinistrée concerne 1 500 généralistes. Seulement 750 de ces médecins, soit la moitié, répondent aux conditions. Or, exerçant en zone peu dense, ils sont moins sensibles à ces incitations financières puisqu'ils travaillent beaucoup et perçoivent ainsi beaucoup de revenus.

Une cinquantaine d'installations sont peut-être à mettre sur le compte de cette mesure, sous réserve des effets d'aubaine de médecins qui se seraient déplacés, mais c'est tout.

M. Bertrand nous a fait un mauvais procès en nous accusant de vouloir renoncer à la liberté d'installation, à ce pilier de la médecine libérale. Nous considérons simplement que si les médecins, qui ont suivi de longues et difficiles études, ont des droits, ils ont aussi des devoirs car ils exercent dans un cadre largement socialisé dépendant d'un financement socialisé.

Nous ne pouvons pas accepter que, dans les zones déjà sur-dotées, la liberté d'installation permette d'accroître encore les inégalités. C'est pourquoi notre proposition de geler le nombre des médecins installés dans ces zones, en refusant le conventionnement aux médecins qui voudraient s'y installer en plus, n'est pas une atteinte à la liberté d'installation.

M. Christian Paul. Voilà une proposition!

M. Gérard Bapt. Ce n'est pas une mesure contraignante, mais une mesure dissuasive.

En second lieu, l'inégalité devant les soins tient aussi à l'existence de dépassements d'honoraires. Jean-Marie Le Guen les a simplement mentionnés. L'IGAS a estimé le montant de ces dépassements à 2,5 milliards d'euros en 2008. Il ne fait qu'augmenter et est aussi le fait, désormais, de médecins généralistes.

Cette difficulté n'avait pas échappé à votre prédécesseur, madame Bachelot, dont une des antiennes était la difficulté de trouver dans telle ou telle zone un médecin spécialiste exerçant au tarif opposable. Mais aucune conséquence n'en a été tirée.

Sur cette question des dépassements d'honoraires, depuis le 15 octobre 2009, grâce à un amendement parlementaire, un protocole tripartite indiquant la volonté de continuer à discuter a été signé par les caisses et certains syndicats de médecins.

Où en sommes-nous? M. Bertrand a parlé de faire des expérimentations. Donc, même la perspective du secteur optionnel a été abandonnée. Le secteur optionnel n'est pas, si je puis dire, notre tasse de thé. Il n'empêche qu'en limitant les dépassements d'honoraires à 50 % du tarif opposable et en obligeant à un plancher, même bas – 30 % par exemple –, d'actes au tarif opposable, il aurait permis un premier pas dans la lutte contre les dépassements d'honoraires. De cela, il n'est plus question.

On prétend assurer l'égalité d'accès aux soins. Nous constatons, madame la secrétaire d'État, que non seulement vous renoncez à l'assurer, mais vous renoncez même à mettre en application les quelques timides mesures que la majorité actuelle avait semblé vouloir prendre en ce sens. Nous condamnons donc non seulement cette loi dans sa construction même, mais plus encore la façon dont vous opérez aujourd'hui des reculs très graves pour la santé de la majorité de nos concitoyens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Claude Bodin. Mesure-phare de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé ont notamment pour objectif d'améliorer l'accès aux soins et de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire.

Il est certes peut-être prématuré de dresser un bilan qualitatif de l'action des ARS, car elle n'ont été mises en place que depuis un an.

Je tiens néanmoins dès à présent à tirer la sonnette d'alarme sur les préconisations faites par le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France dans un document intitulé « Permanence des soins hospitaliers ».

Outre qu'il est regrettable que les élus n'aient eu connaissance de ce projet que par la presse, les préconisations qu'il contient sont particulièrement inquiétantes. En effet, les propositions formulées dans ce qui est présenté aujourd'hui comme étant un simple document de travail – mais on sait ce qu'il en est – consisteraient, si elles étaient retenues, à diminuer de manière drastique le nombre d'hôpitaux assurant les urgences chirurgicales de nuit en Île-de-France, à l'exception des vingt et un établissements de Paris qui ne seraient pas concernés pour l'instant.

Le nombre d'hôpitaux accessibles 24 heures sur 24 dans les sept départements de la petite et de la grande couronnes parisiennes pour les urgences chirurgicales chuterait ainsi de 54 à 7.

D'après ce rapport, dans le Val d'Oise, ne resterait ouvert entre 18 heures 30 et 8 heures le matin, ainsi que le week-end et les jours fériés, qu'un seul bloc opératoire situé à l'hôpital de Pontoise au lieu de huit actuellement en activité.

Cette proposition n'est pas acceptable.

M. Jean-Pierre Brard. Madame la secrétaire d'État, écoutez donc l'UMP!

M. Claude Bodin. Le Val d'Oise compte 1 200 000 habitants sur un territoire très étendu et avec un réseau de transports insuffisamment développé.

Hospitalier de profession, je reconnais la nécessité d'une rationalisation intelligente de l'offre hospitalière en Île-de-France...

M. Jean-Pierre Brard. C'est dire que celle-là ne l'est pas!

M. Claude Bodin. ...mais cette réorganisation ne doit pas se traduire par une situation inadmissible d'iniquité dans l'accès aux soins.

Il est en effet essentiel de rendre accessibles à tous, et dans les meilleures conditions, l'urgence de proximité et les filières de spécialités y compris en dehors des heures ouvrées.

Ainsi, et ce n'est malheureusement pas le seul exemple, dans ma circonscription, située au cœur de la vallée de Montmorency et qui compte près de 400 000 habitants, il est indispensable de maintenir la permanence des soins chirurgicaux la nuit à l'hôpital Simone Veil d'Eaubonne.

M. Jean-Pierre Brard. Cela va de soi!

M. Claude Bodin. Merci, monsieur Brard.

Chaque année, l'équipe de garde de cet établissement assure les soins nécessaires à huit cents urgences relevant d'actes chirurgicaux nocturnes.

Supprimer cette offre de soins de l'hôpital d'Eaubonne pourrait aboutir à mettre en danger la sécurité des malades et ne répondrait à l'évidence qu'à des considérations financières au détriment de la santé publique.

Le SROS-PRS en son chapitre 3.8 « médecine d'urgence » souligne pourtant clairement la nécessité de « réfléchir à la pertinence du maillage des services d'urgence, en vue de garantir la meilleure accessibilité aux soins en fonction du nombre d'habitants pouvant être pris en charge et du territoire pouvant être couvert. Une attention particulière sera portée aux zones situées à plus de trente minutes d'une structure d'urgence ou d'un SMUR ».

La réorganisation de la permanence des soins de chirurgie la nuit, en Val d'Oise, telle qu'elle apparaît à travers les documents « non-officiels » mais publics de l'ARS, ne répond à ces exigences ni pour la vallée de Montmorency ni pour l'ensemble du département.

A l'évidence, ce dossier doit être ouvert afin de prendre en compte plus largement les remarques et suggestions des élus, locaux, départementaux, régionaux et nationaux, et, dans le cadre d'une réelle concertation, d'entendre également les représentants des médecins hospitaliers et des différents acteurs concernés.

Il est impensable que ce projet injuste, qui sanctionnerait une nouvelle fois les habitants de notre département, puisse voir le jour sans une révision substantielle. Il y va de la crédibilité de l'ARS d'Île de France et, par conséquent, de la réussite de de la loi HPST.

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

M. Bernard Lesterlin. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, chers collègues, je voudrais appeler votre attention sur la situation particulière des hôpitaux publics des villes moyennes qui se trouvent au centre de vastes zones rurales, éloignés des grands centres hospitaliers régionaux et dans des départements où la désertification médicale est une réalité.

Je suis l'élu d'un des sept départements qui continuent, année après année, à perdre des habitants. Dans ce contexte, nous ne pouvons pas assurer la permanence des soins, alors que les postes fondent comme neige au soleil. Je vais donc illustrer les analyses développées par mes collègues du groupe SRC en vous décrivant le cas concret du centre hospitalier de Montluçon.

Dans un tel établissement, l'application de la loi HPST met en évidence un déficit structurel auquel deux facteurs ne sont pas étrangers. D'une part, la systématisation de la tarification à l'activité est inadaptée à ce type d'établissement; d'autre part, sous couvert de complémentarité entre les établissements, la concurrence déloyale avec les cliniques privées « plombe » l'hôpital public du fait des missions spécifiques qui lui incombent.

Par ailleurs, quand l'État décide de reconstruire un hôpital *in situ*, cela engendre des surcoûts... quand ce ne sont pas des erreurs d'évaluation qui nécessitent une recapitalisation de l'établissement. Dans le cas de Montluçon, ce besoin de recapitalisation est évalué à quelque vingt millions d'euros.

En recevant le maire de Montluçon il y a deux semaines, M. Xavier Bertrand lui a indiqué que le Gouvernement avait l'intention de lier l'éventuelle aide de l'État à la définition par le centre hospitalier d'un plan de retour à l'équilibre budgétaire solide. Mais cette aide de l'État, elle est d'abord et avant tout de la responsabilité de l'État : le Gouvernement ne peut invoquer, dans le cas d'espèce, une quelconque responsabilité de la collectivité locale. Si l'État s'est trompé dans ses calculs, c'est à lui et à lui seul de réparer ses erreurs. D'ailleurs, ce plan de retour à l'équilibre qui est brandi comme une menace, il existe. Il est en cours d'exécution, même s'il oblige les personnels hospitaliers à travailler dans des conditions difficiles de sous-effectif et de stress permanent et même souvent à ne pas prendre les congés auxquels ils ont droit.

Vouloir faire payer les besoins en capital d'un établissement par des économies sur son fonctionnement, c'est, dans un contexte concurrentiel, écorner son attractivité, donc son niveau d'activité, donc ses ressources.

Encore faudrait-il de surcroît que les politiques publiques de l'État soient cohérentes entre elles, ainsi que je le rappelais au ministre en charge de l'aménagement du territoire, la semaine dernière, dans le débat sur le bouclier rural et sur la permanence des soins.

J'en prends de nouveau un exemple précis dans l'Allier. Le préfet, en accord avec le directeur général de l'ARS, a pris la décision de notifier à l'une des trois cardiologues du service de cardiologie de l'hôpital de Montluçon une obligation de quitter le territoire français au seul motif qu'elle est camerounaise et qu'elle a obtenu son diplôme de cardiologie à la faculté de médecine de Saint-Petersbourg. N'est-ce pas prendre le risque de tuer un service indispensable, qui avait failli disparaître il y a trois ans après le départ de ses praticiens hospitaliers titulaires ?

Je vous ai demandé par courrier du 28 janvier, madame la secrétaire d'État, d'examiner cette situation et je vous ai suggéré de diligenter une enquête de l'IGAS sur les besoins en soins de cardiologie du bassin de Montluçon. Malgré une lettre de relance du 18 mars, j'attends toujours la réponse.

Quant à la jeune cardiologue en question, je crois savoir qu'elle a pu retrouver un titre de séjour parfaitement légal ainsi que son statut de praticien hospitalier associé... mais dans un grand hôpital de la région parisienne.

Voilà qui illustre bien l'inégalité des territoires devant l'accès aux soins. Or cette loi ne règle manifestement pas le problème, surtout si l'on tient compte de l'absence scandaleuse de coordination des politiques publiques de l'État.

C'est la raison pour laquelle le parti socialiste appelle à une politique hospitalière renouvelée et volontariste qui s'articule autour de trois exigences : réaffirmer les missions de service public de l'hôpital ; recentrer l'hôpital sur ses missions essentielles ; améliorer le dialogue social avec l'ensemble des personnels hospitaliers.

C'est autour de ces axes qu'il faut reconstruire une politique hospitalière, après les dégâts que la loi HSPPT aura faits, notamment dans les établissements de taille moyenne. Il est illusoire de vouloir enrayer la désertification de certains de nos

territoires si l'on n'assure pas la survie des centres hospitaliers qu'y s'y trouvent. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé. Madame la présidente, messieurs les députés, la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 constitue une réforme majeure de notre système de santé.

En modifiant l'organisation territoriale de ce système et en modernisant les établissements de santé, elle permet de favoriser l'accès de tous à des soins de qualité, de s'attaquer aux grands enjeux de santé publique, et de mieux répondre aux besoins de santé des Français.

M. Jean-Pierre Brard. Vous n'avez donc pas écouté M. Bodin ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cette loi est le fruit d'un long processus de concertation et de débats, à la suite de la commission Larcher, des états généraux de l'organisation des soins et des conclusions des rapports Ritter et Flajolet.

M. Christian Paul. On en est au bilan !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. C'est une loi de grande ampleur : elle compte quatre titres et 135 articles. Sur les huit ordonnances nécessaires à son application, les huit ont été prises, et sur les 154 décrets nécessaires, 109 sont déjà publiés. Voilà la réponse à ceux qui m'ont interrogée sur l'état d'avancement des textes d'application. Les services du ministère de la santé ont énormément travaillé sur ces textes ; je tiens à saluer leur professionnalisme.

Je veux d'abord revenir sur les principaux changements que cette loi a apportés.

À la suite des préconisations du rapport Larcher, la loi HPST a profondément modifié l'organisation interne de l'hôpital.

M. Jean-Pierre Brard. On s'en est aperçu !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Il s'inscrit désormais dans une offre de soins territoriale, et il doit prendre sa place dans les filières de soins, en relation avec les autres acteurs de santé.

M. Christian Paul. C'est de la prospective !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Ce qui compte aujourd'hui pour les établissements de santé, c'est de mieux s'adapter à leur environnement, afin de répondre de façon encore plus efficace aux besoins de la population.

M. Jean-Pierre Brard. En supprimant les médecins...

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Désormais, la réforme de la gouvernance des établissements de santé est en place dans tous les établissements.

La création des ARS, dont nous célébrons cette semaine le premier anniversaire, constitue une autre innovation.

M. Jean-Pierre Brard. Toutes nos condoléances ! Entonnons un *Requiem* ! (*Sourires.*)

M. Christian Paul. Le mot « célébrer » semble excessif.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La phase d'installation est achevée : après avoir beaucoup travaillé pendant un an, les ARS sont à présent en ordre de marche.

Elles se sont imposées et elles constituent désormais l'institution administrative régionale unique dépendant des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes

handicapées et de l'assurance maladie. Il s'agit d'une originalité française que je souhaite souligner : l'ARS a réussi à regrouper en une seule entité sept structures administratives, ARH, DRASS, DDASS, URCAM, GRSP, MRS et CRAM.

Les ARS ont donc permis de décloisonner les compétences et les outils en matière d'administration de la santé en région. Ainsi, le parcours de soins du patient devient plus cohérent, plus continu, plus simple, mais aussi beaucoup plus diversifié : il va du public au privé, de l'hôpital à la maison de retraite.

M. Jean-Pierre Brard. Vous oubliez le cimetière !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'ARS permet d'avoir une vision d'ensemble du système de santé. Les cliniques privées, les hôpitaux, les professionnels de santé libéraux, les maisons de retraite travaillent ensemble...

M. Christian Paul. Vous nous parlez d'une France virtuelle !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ...ce qui, aujourd'hui, répond aux besoins et aux demandes des patients.

En proposant de créer avec les médecins, notamment dans les zones sous-denses, des maisons de santé pluridisciplinaires, les ARS vont pouvoir remédier au danger de la désertification médicale dont vous m'avez tous parlé, et à la difficulté d'accès aux soins rencontrés par certains de nos concitoyens.

M. Christian Paul. Nous n'avons pas attendu les ARS pour cela !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. En outre, beaucoup d'efforts ont été déployés pour revaloriser la profession de médecin.

Ainsi, nous avons opté pour une régulation territoriale des flux de formation en mettant en place une répartition quinquennale des postes d'internes par spécialité et par région. Cela répond aux préoccupations dont nous a fait part M. Prével.

Le *numerus clausus* a été revu à la hausse : depuis dix ans, nous avons doublé le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études de médecine. Entre 1999 et 2011, il est passé de 3 700 à 7 400, et les places supplémentaires sont affectées en priorité aux zones sous-dotées, comme l'Ouest, le Nord-Ouest et le Nord-Est.

Nous avons veillé aussi à mieux répartir les étudiants entre les différentes spécialités, avec un objectif de rééquilibrage entre les régions.

Pour les spécialités médicales et chirurgicales, nous proposons des postes d'internes par diplôme d'études spécialisées et non plus par discipline – ce qui représente trente spécialités au lieu de onze disciplines. Au passage, je veux saluer le travail du professeur Yvon Berland : il a beaucoup fait pour faire avancer ce dossier. Cette évolution permettra aux flux d'internes de s'adapter progressivement aux besoins démographiques.

Nous avons ajouté à ces dispositions des mesures incitatives à l'installation.

Le dispositif mis en place dans le cadre de l'avenant 20 à la convention de 2005 a produit des effets significatifs : il a notamment permis d'expérimenter des aides à l'activité dans les zones sous-denses. Dans une certaine mesure, ces aides ont permis la stabilisation, voire l'amélioration de l'offre – même si cet effet reste limité, notamment dans les zones d'habitat rural très dispersé.

Nous avons également mis en place le contrat d'engagement de service public pour les étudiants, à l'issue de la première année ou ultérieurement. Contre une allocation mensuelle de 1 200 euros jusqu'à la fin de leurs études, ils

s'engagent à exercer, une fois leurs études terminées, dans les zones sous-dotées. La durée de leur engagement est égale à celle du versement de l'allocation, et ne peut être inférieure à deux ans. Avec Xavier Bertrand, nous souhaitons simplifier ce dispositif, en donnant une meilleure visibilité aux étudiants : ils pourraient exercer dans la région où ils ont fait leurs études.

Nous avons aussi pris des mesures pour le post-internat qui donne aux jeunes diplômés de plus larges possibilités de carrière et de meilleures perspectives de rémunération. L'État a créé dans les régions prioritaires 400 postes d'assistants de spécialité partagés.

Nous avons revalorisé la médecine générale grâce à une meilleure structuration de la filière universitaire et à la généralisation des stages.

Enfin, nous avons amélioré les conditions d'exercice des professionnels : je pense à l'exercice médical en cabinet secondaire, à la mise en place de structures d'exercice regroupé et coordonné, et aux incitations financières pour les zones déficitaires.

Aujourd'hui, notre objectif est d'aller plus loin avec vous.

Nous voulons mettre en place des mesures de simplification administrative pour redonner du temps au médecin.

Nous créerons un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé, qui sera mis en place par les ARS au plus tard en juillet 2011.

Nous allons aussi inciter les médecins retraités à poursuivre leur activité, en particulier dans les zones qui manquent de professionnels. Nous avons voulu favoriser le cumul entre un emploi et la retraite en faisant du sur-mesure, c'est-à-dire en calculant les cotisations sociales de façon proportionnelle et non plus forfaitaire.

Mais tout cela n'a de sens que si l'information est donnée aux étudiants et aux internes avant leur installation. Or, force est de constater que bon nombre des mesures incitatives que je viens de vous présenter ne sont pas bien connues des principaux intéressés.

J'en viens à la question de l'hôpital.

La notion de communauté hospitalière de territoire est une innovation de la loi HPST. Suite à la publication de la loi, le 21 juillet 2009, des textes réglementaires d'application ont été pris successivement, en avril, puis en octobre 2010, ce qui explique que la mise en œuvre effective d'actions de coopération sous forme de CHT soit récente.

Je tiens cependant à vous faire savoir que, lors du recensement le plus récent des coopérations existantes, c'est-à-dire en janvier 2011, de nombreuses ARS ont annoncé que des projets de CHT étaient en cours de finalisation. C'est le cas, par exemple, dans ma région, en Rhône-Alpes. Au total, une dizaine de CHT seront opérationnelles d'ici à cet été.

Monsieur Jean-Marie Rolland, je souhaite répondre à vos questions relatives au secteur non lucratif au sein des groupements de coopération sanitaire. Le Gouvernement a entendu leurs réclamations : il propose à la représentation nationale, à travers la proposition de loi du sénateur Jean-Pierre Fourcade, de modifier la gouvernance de ces groupements. Cela permettra de mieux intégrer les spécificités des établissements privés au sein de ces structures.

M. Prével s'est interrogé sur le Fonds d'intervention régional dont la mise en place est prévue pour 2012. Le travail est engagé sur le sujet, et le périmètre de ce fonds est en cours de définition. Il pourrait aller au-delà des parts régionales du

FMESPP et du FICQS pour regrouper d'autres marges de manœuvre régionales. Il fera l'objet d'une proposition dans le cadre du projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2012.

Cette perspective nouvelle est rendue possible par l'introduction de l'article 88 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2011.

En effet, cet article permet une régionalisation du FMESPP, qui confie aux ARS l'attribution de financements de certaines actions prévues dans les missions du FMESPP, sachant que la régionalisation du FICQS existe déjà. Par ailleurs, il rend possible une fongibilité entre le FICQS et le FMESPP qui permettra d'affecter des financements du FMESPP régionalisé à des missions du FICQS régional, et inversement.

M. Jean-Pierre Brard. Seul l'UMP a le droit a des réponses !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Pas du tout : il me semble qu'il y a une convergence de l'ensemble des questions posées. Mes réponses sont donc globales.

Vous avez relevé que plusieurs textes d'application n'avaient pas encore été publiés. Vous avez raison. Pour certains d'entre eux, c'est tout simplement qu'ils méritent davantage de concertation ; d'autres se sont révélés inapplicables.

Mme Roselyne Bachelot s'était elle-même engagée à apporter les améliorations nécessaires, et la proposition de loi du sénateur Jean-Pierre Fourcade va nous permettre de corriger certaines de ces dispositions.

Cette proposition de loi comporte notamment des mesures issues de la concertation sur la médecine de proximité que j'ai menée, aux côtés de Xavier Bertrand, le 6 janvier dernier,...

M. Christian Paul. Avec qui ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ...avec les syndicats de médecins libéraux...

M. Christian Paul. Très libéraux !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ...et avec les étudiants et internes en médecine générale.

L'objectif consiste à renforcer l'attractivité de la médecine libérale de premier recours, parce que tous les Français souhaitent avoir un médecin près de chez eux. Plusieurs mesures sont prises en ce sens.

La création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, la SISA, donne un cadre juridique nouveau aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux qui souhaitent travailler ensemble.

Les maisons de santé sont désormais dotées de la personnalité juridique. Elles seront composées de professionnels médicaux, d'auxiliaires médicaux et de pharmaciens.

À l'instar de la proposition de loi de Jean-Pierre Fourcade, nous souhaitons la suppression de la partie coercitive du contrat santé solidarité.

M. Christian Paul. C'est l'amendement Rolland !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Nous ne voulons conserver que la part incitative du contrat. Notre objectif, et celui du Gouvernement, est en effet de redonner confiance aux médecins libéraux. Or la confiance ne passe pas par des mesures coercitives.

M. Christian Paul. Elles étaient pourtant bien peu coercitives.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Nous croyons à l'incitation. C'est le sens des mesures que nous prenons à l'inverse de celles que M. Jean-Marie le Guen appelle de ses vœux. Il souhaite ouvertement...

M. Christian Paul. La régulation et la primauté de l'intérêt général !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ...la fin de la médecine libérale. Je lui suggère de le dire clairement et ouvertement plutôt que d'utiliser des formules ambiguës.

M. Christian Paul. Il a été très clair à la tribune !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Concernant le développement professionnel continu, les textes sont prêts. Ils n'ont pas encore été publiés parce que nous souhaitons une concertation plus approfondie avec les professionnels de santé, libéraux comme hospitaliers. Par ailleurs, nous attendons les propositions qui nous seront faites au mois de juin, à la suite des assises du médicament, sur les conflits d'intérêts.

M. Jean-Pierre Brard. Vous parlez de Guillaume Sarkozy ! (Sourires.)

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Mesdames et messieurs les députés, vous le constatez, l'application de la loi HPST a fait l'objet d'un immense travail. Aujourd'hui, cette loi est mise en œuvre. Elle est appliquée dans les établissements de santé, et les ARS qu'elle a créés sont désormais opérationnelles.

M. Christian Paul. ce n'est pas l'avis des Français !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Bien entendu, des textes sont à reprendre, d'autres sont en cours de publication.

J'aurai l'occasion d'en parler à nouveau avec vous lorsque le sénateur Fourcade me rendra les conclusions de sa mission de suivi de la loi, en juin prochain. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)

M. Bernard Lesterlin. Je suppose que vous répondrez à l'opposition par écrit !

Mme la présidente. Madame la secrétaire d'État, je vous remercie.

Le débat est clos.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, mardi 5 avril à quinze heures :

Questions au Gouvernement ;

Votes solennels sur le projet de loi organique relatif à l'élection des députés et des sénateurs, sur le projet de loi relatif à l'élection de députés par les Français établis hors de France, et sur la proposition de loi relative à la transparence financière de la vie politique ;

Autorisation de publication des comptes rendus des comités secrets de 1870-1871 ;

Projet de loi autorisant la ratification du protocole au traité sur l'Union européenne ;

Projet de loi relatif à l'élection des représentants au Parlement européen ;

Deuxième lecture, du projet de loi relatif à la garde à vue.

La séance est levée.

(La séance est levée à seize heures trente.)

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

CLAUDE AZÉMA



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	181,60
33	Questions 1 an	133,80
83	Table compte rendu 1 an	36,70
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	162,70
35	Questions 1 an	95,40
85	Table compte rendu 1 an	32,50
95	Table questions 1 an	21,40
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	1 223,60
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	1 025,80

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 26 octobre 2010 publié au *Journal officiel* du 28 octobre 2010

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : 01-40-58-75-00 – Accueil commercial : 01-40-15-70-10 – Télécopie abonnement : 01-40-15-72-75

Prix du numéro : 3,10 €
(Fascicules compte rendu et amendements)