

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

162^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du mardi 12 avril 2011

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MARC LAFFINEUR

1. Modification de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital (n° 3293) (p. 2471)

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Mme Valérie Boyer, rapporteure de la commission des affaires sociales.

MOTION DE REJET PRÉALABLE (p. 2474)

M. Christian Paul.

M. le ministre.

M. Olivier Jardé, M. Rémi Delatte, M. Michel Issindou, Mme Jacqueline Fraysse.

MOTION DE RENVOI EN COMMISSION (p. 2480)

Mme Jacqueline Fraysse.

M. le ministre.

M. Gérard Bapt, M. le ministre, Mme Anny Poursinoff.

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 2484)

M. Olivier Jardé,

M. Rémi Delatte,

Mme Anny Poursinoff,

M. Jean-Marie Rolland,

M. Jean Mallot,

M. Jean Leonetti,

Mme Catherine Lemorton,

M. Yves Bur,

M. Dominique Tian,

Mme Dominique Orliac,

Mme Isabelle Vasseur,

M. Gérard Bapt,

M. Élie Aboud,

Mme Frédérique Massat,

M. Pierre Morel-A-l'Huissier,

M. Marc Bernier.

M. le ministre.

Rappel au règlement (p. 2501)

M. Jean Mallot.

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2501)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. MARC LAFFINEUR,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

MODIFICATION DE LA LOI PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL

Discussion d'une proposition de loi adoptée par le Sénat

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (n^{os} 3238, 3293).

La parole est à M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Monsieur le président, monsieur le président de la commission des affaires sociales, madame la rapporteure, mesdames et messieurs les députés, la proposition de loi du sénateur Jean-Pierre Fourcade est un texte important pour que nous puissions mettre en œuvre la réforme de notre système de santé,...

M. Jean Mallot. Elle l'ampute, plutôt!

M. Xavier Bertrand, ministre. ...parce qu'elle apporte des améliorations et des compléments nécessaires à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST, tout en préservant son équilibre.

Cette loi, comme vous le savez, a profondément modernisé notre système de santé.

M. Christian Paul. C'est vous qui le dites!

M. Jean Mallot. Il n'en pense pas un mot!

M. Xavier Bertrand, ministre. Je pourrais évoquer la réforme de la gouvernance de l'hôpital public, la mise en place des agences régionales de santé, l'amélioration du système de permanence des soins, la réforme du pilotage national de notre système de santé, ainsi que les questions relatives à la démographie des professionnels de santé et à la revalorisation de la médecine générale, à laquelle je sais que vous êtes, comme moi, attachés.

Mais certaines de ses dispositions se sont révélées difficiles à appliquer.

M. Jean Mallot. Sans blague?

M. Christian Paul. Il faut dire que vous n'avez pas beaucoup essayé!

M. Xavier Bertrand, ministre. Vous pouvez parler en même temps que moi, ce n'est pas pour autant que je m'arrêterai! J'ai d'ailleurs tendance à penser que, quand on est sûr de ses arguments et de ses convictions, on n'a pas besoin de chercher à interrompre les orateurs, et cela quels qu'ils soient. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Philippe Boënnec. Monsieur Mallot, ne faites pas le ballot!

M. Xavier Bertrand, ministre. Voilà pourquoi, disais-je, il fallait remédier à ces difficultés, comme Roselyne Bachelot s'y était d'ailleurs engagée.

Par ailleurs, cette proposition de loi introduit des dispositions nouvelles pour améliorer encore l'organisation de notre système de santé.

Je tiens à saluer le travail de grande qualité de votre commission des affaires sociales, de son président et de votre rapporteure. Permettez-moi de revenir rapidement sur les principaux points de cette proposition de loi. Je sais pouvoir compter sur l'apport des deux corapporteurs du travail qui a été fait sur la mise en application de la loi HPST. Ils ne siègent pas du même côté de l'hémicycle, mais je tiens à saluer aussi celui qui est dans l'opposition.

Tout d'abord, le texte permet de renforcer l'attractivité de la médecine libérale de premier recours.

M. Jean Mallot. Pas tellement!

M. Xavier Bertrand, ministre. Vous le savez, les professionnels de santé souhaitent des mesures simples, pragmatiques et efficaces pour faciliter l'exercice médical et paramédical de proximité.

M. Philippe Boënnec. Très bien!

M. Xavier Bertrand, ministre. Le texte va dans ce sens, grâce notamment à la création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, la SISA. Votre commission a sensiblement enrichi le texte en clarifiant notamment certaines questions juridiques.

Nous voulons faire simple et clair parce que nous voulons de l'efficacité pour les professionnels de santé. En pratique, la SISA est une société civile de moyens, mais nous ne pouvions pas appliquer en tant que tel ce statut car un certain nombre de questions juridiques et surtout fiscales se posaient. L'objet de la SISA a donc été élargi pour lui permettre de facturer des actes relatifs à la coordination, à l'éducation thérapeutique et, demain, à la coordination entre professionnels de santé.

Il s'agira donc d'une structure souple qui ne modifiera pas les habitudes de travail des praticiens des structures pluriprofessionnelles. L'exercice de la consultation, en particulier, demeurera bel et bien individuel. Cela engagera la seule responsabilité du professionnel et donnera lieu à une relation personnelle avec l'assurance maladie.

Je sais que les questions fiscales préoccupent les acteurs de terrain ; c'est légitime. Avec François Baroin, nous avons écrit au président de l'Union nationale des professionnels de santé afin d'apporter toutes les garanties aux professionnels qui souhaitent s'engager dans la SISA.

Les maisons de santé, quant à elles, sont désormais dotées de la personnalité juridique et composées de professionnels médicaux, d'auxiliaires médicaux, sans oublier les pharmaciens, qui souhaitaient aussi en faire partie. À cet égard, j'avais pris un engagement, non seulement devant de nombreux parlementaires, mais aussi devant les pharmaciens, notamment lors de leur salon.

En ce qui concerne le contrat santé-solidarité, la proposition de loi retire la partie coercitive du dispositif pour ne conserver que la partie incitative.

S'agissant des déclarations d'absence, je soutiendrai l'amendement défendu par votre rapporteur, parce que je ne crois pas que l'obligation soit une solution, surtout quand on sait que les conseils de l'ordre ne pourront pas la mettre en œuvre.

M. Philippe Boënnec. Bravo !

M. Xavier Bertrand, ministre. Je crois au contraire qu'il faut aller jusqu'au bout de la logique incitative. Il sera très intéressant d'étudier les positions des uns et des autres sur ce sujet.

M. Christian Paul. Vous ne serez pas déçu !

M. Xavier Bertrand, ministre. Le texte rétablit la base juridique des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique. Il s'agit principalement de pouvoir continuer à rémunérer sur une base satisfaisante les professionnels qui ont souscrit de tels engagements.

M. Jean Mallot. Vous préparez les élections !

M. Xavier Bertrand, ministre. Je voudrais enfin revenir sur l'ordonnance sur la biologie médicale. Comme je l'avais dit lors de l'examen au Sénat de cette proposition de loi, j'ai veillé à ce que l'on rétablisse cette ordonnance lors de la discussion sur le projet de loi relatif à la bioéthique.

J'avais indiqué, en revanche, que certains ajustements étaient nécessaires sur des points spécifiques. Je le dis très clairement : les prélèvements pourront bien être effectués par les infirmières en cabinet libéral.

Mme Valérie Boyer, rapporteure de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. Xavier Bertrand, ministre. Je l'avais affirmé en réponse à une question d'actualité et je le répète. Il n'est pas question de ne pas prendre en compte l'exercice par les infirmières.

Nombre d'inquiétudes ont vu le jour à cet égard. Je sais même qu'un mouvement social aura lieu dans les jours qui viennent. Même si tout mouvement de ce type est légitime, le message que je veux faire entendre est le suivant : il y aura bien la possibilité pour les infirmières de pratiquer ces examens à leur cabinet médical. Sur ce point, comme sur l'accréditation, le Gouvernement soutiendra les amendements de votre rapporteure.

Nous soutiendrons aussi l'amendement porté par Jean Leonetti et Yves Bur sur les ajustements tarifaires. Je tenais à le préciser dès maintenant.

Cette proposition de loi va ainsi nous permettre de mettre en œuvre les objectifs de la loi HPST : instaurer une offre de soins gradués de qualité et accessibles à tous pour répondre aux besoins des patients comme des professionnels de santé.

M. Michel Issindou. Il suffit d'y croire !

M. Xavier Bertrand, ministre. Je pense que ce débat nous permettra d'y voir clair sur les orientations des uns et des autres.

M. Christian Paul. Ça, nous vous le promettons !

M. Xavier Bertrand, ministre. L'alternative est la suivante : soit respecter le fondement libéral de notre système de santé, avec un choix accordé aux patients,...

M. Michel Issindou. Soit accepter les déserts médicaux !

M. Xavier Bertrand, ministre. ...soit adopter des positions dogmatiques qui ne sont certainement pas dans l'intérêt du système de santé.

M. Christian Paul. En tout cas, une chose est sûre : avec vous, jamais de caricature !

M. Jean Mallot. C'est toujours blanc ou noir, le jour ou la nuit !

M. Xavier Bertrand, ministre. Les Français, tout comme les parlementaires, choisiront leur voie. (*Applaudissements sur certains bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, rapporteure de la commission des affaires sociales.

Mme Valérie Boyer, rapporteure de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, notre assemblée est aujourd'hui réunie pour examiner la proposition de loi, présentée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade et adoptée par le Sénat, qui modifie certaines dispositions de la loi dite HPST, dont nous avons très longuement débattu ici il y a maintenant deux ans.

Je voudrais exprimer ma conviction profonde que la loi HPST restera dans notre histoire politique comme l'une des grandes lois sanitaires : elle a profondément modernisé notre système de santé, avec la création des ARS, la réforme de la gouvernance de l'hôpital public et la valorisation de la médecine générale de premier recours. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

Je profite de cette occasion pour saluer tous mes collègues, en particulier notre rapporteur de l'époque, Jean-Marie Rolland, qui a fourni un travail considérable et a très significativement enrichi le texte initial. Je voudrais également féliciter l'ensemble de mes collègues de la commission des affaires sociales, qui se sont très largement investis dans l'examen de ce texte, sous la présidence avisée de Pierre Méhaignerie.

La loi HPST, qui compte au final 135 articles, a nécessité un très long travail réglementaire au cours duquel sont apparus, M. le ministre vient de le souligner, certaines difficultés de mise en œuvre, inévitables compte tenu de l'ampleur des réformes. Il est ainsi apparu que certains dispositifs prévus par la loi n'étaient pas applicables en l'état.

C'est pourquoi nous devons absolument avancer. L'objectif de cette proposition de loi, sur laquelle j'ai travaillé en étroite collaboration avec mon collègue Rémi Delatte, orateur de notre groupe, est donc tout simplement de corriger certaines dispositions dont l'application est apparue trop complexe, ou certains dispositifs qui ont été mal perçus par les professionnels de santé, sans lesquels aucune grande réforme ne peut être menée.

À l'heure où certains, dans cet hémicycle, souhaitent revenir sur des principes fondamentaux de l'exercice de la médecine dans notre pays – la liberté d'installation dans un premier temps, puis, pourquoi pas, la liberté de prescription –,...

M. Christian Paul. Pourquoi caricaturer l'opposition ?

Mme Valérie Boyer, rapporteure. ...nous considérons au contraire qu'il est indispensable de respecter ces principes fondateurs et d'associer pleinement les professionnels à la politique de santé. Il s'agit d'être à la fois fidèles à nos principes et pragmatiques.

M. Christian Paul. Et solidaires des échecs !

M. Jean Mallot. Vous devriez vous en tenir à votre rôle : le rapporteur se contente de rapporter le texte !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Revenons au texte, que la commission a, je crois, substantiellement enrichi, en prenant successivement les quatre titres de la loi HPST.

La proposition de loi ne modifie que marginalement le titre I^{er} de la loi HPST, relatif à la modernisation des établissements de santé, à l'exception notable des mesures relatives aux fondations hospitalières et au partage des données à caractère personnel des patients.

M. Dominique Tian. Très bien !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Il reviendra en effet au comité présidé par le sénateur Fourcade, par ailleurs auteur de la présente proposition de loi, de proposer en juillet, et je parle ici sous le contrôle de notre collègue M. Jean-Pierre Door, membre du comité, les ajustements nécessaires à la gouvernance de l'hôpital.

M. Christian Paul. Il y aura donc encore une loi ?

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Les principales mesures de la présente proposition de loi portent sur le titre II de la loi HPST, relatif à l'accès aux soins de la population.

Le phénomène des déserts médicaux est un sujet de forte inquiétude pour tous et mérite les efforts de la puissance publique. Mais, contrairement à tous ceux qui proposent des mesures purement coercitives, et comme cela vient d'être souligné par M. le ministre, nous estimons que seules l'amélioration des conditions d'exercice de la profession et des mesures incitatives permettront de répondre à ce qu'on peut nommer une véritable crise de la médecine libérale.

M. Christian Paul. Ça, c'est vrai !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Le texte propose donc des mesures destinées à rétablir la confiance avec les professionnels : suppression du volet coercitif du contrat de santé-solidarité, rappel de la liberté d'installation des médecins,...

M. Dominique Tian. Très bien !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. ...incitation à l'exercice en commun avec la création d'un nouveau type de société, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, qui intègre tous les professionnels de santé. Reste une question sur la fiscalité applicable à ce dispositif mais je crois, monsieur le ministre, que vous nous apporterez des réponses sur ce point.

La proposition de loi souhaite également garantir une meilleure information et un meilleur accès aux soins des patients, en particulier en assurant une plus grande transparence sur l'origine et la fabrication des prothèses. Nous en avons longuement débattu. Je souhaite vivement que nous trouvions un compromis respectueux à la fois du travail des chirurgiens-dentistes et des professionnels de santé et du droit à l'information des patients. Il ne s'agit pas de dire qu'il y a des bons d'un côté et des méchants de l'autre, mais de trouver un compromis qui permette de valoriser l'acte dentaire et d'informer les patients que la prothèse ne représente que 10 à 15 % du coût de l'acte. Il faut tout dire et valoriser le travail de nos chirurgiens-dentistes. Il n'a jamais été dans nos intentions de réduire l'acte prothétique à l'achat de prothèses, loin s'en faut.

M. Marc Bernier. Ah ? Très bien !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Il faut de la transparence, et que nos concitoyens se rendent compte que nos professionnels de santé, les chirurgiens-dentistes, sont, en France, particulièrement bien formés et soumis à de nombreuses contraintes. J'espère que nous aurons un débat respectueux des uns et des autres.

Par ailleurs, la proposition de loi initiale comportait un article 4 qui supprimait une disposition que beaucoup jugent inapplicable, à savoir l'obligation pour les médecins libéraux de déclarer leurs absences programmées. Le Sénat étant revenu sur cette suppression, j'ai proposé en commission le rétablissement de cette disposition.

M. Philippe Boënnec. Très bien !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Je vous proposerai à nouveau un amendement en ce sens car j'estime sincèrement que cette disposition est inapplicable.

Je comprends les difficultés de nos concitoyens, mais soyons réalistes : déclarer ses congés n'a aucune utilité et n'aura aucune influence sur l'inégale répartition de l'offre de soins ou sur la lutte contre les déserts médicaux. Les médecins sont déjà tenus par leur code de déontologie à une obligation de continuité des soins. À quoi bon leur imposer cette paperasserie et rentrer dans un système coercitif alors que nous sommes dans des zones où il y a pénurie de médecins ?

Je voudrais évoquer également la responsabilité civile des professionnels de santé. Il s'agit d'un sujet bien connu qui a fait l'objet de nombreuses expertises, la dernière étant le rapport Johannet qui vous a été remis, monsieur le ministre, en février dernier.

Des solutions existent à ce problème qui suscite de fortes inquiétudes chez les professionnels de santé et a un impact négatif considérable sur l'offre de soins dans certaines spécialités. Là aussi, je souhaite que nous ayons un débat constructif et que nous arrivions à trouver une solution pour ces professionnels de santé. Je rappelle que cette initiative est unanimement encouragée par les professionnels.

Toujours concernant l'accès aux soins, la commission des affaires sociales a adopté, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, un article 22 autorisant les mutuelles à moduler leurs

tarifs lorsqu'un assuré a recours à un réseau de soins avec lequel elles ont contracté. Cette disposition suscitant un certain nombre d'interrogations, la commission a adopté cet après-midi un amendement confiant à un décret le soin d'encadrer ces pratiques afin de garantir la liberté de choix du patient et la qualité des prestations délivrées.

Enfin, toujours sur le titre II, nous aurons à débattre de la réforme de la biologie médicale. Beaucoup de choses viennent d'être dites par M. le ministre sur ce sujet mais je voudrais insister sur quelques points.

La commission n'avait pas traité ce sujet, préférant poursuivre la concertation avec le secteur avant de proposer des amendements. Nous avons beaucoup travaillé ces dix derniers jours en rencontrant les professionnels. Je crois qu'il est temps de stabiliser le dispositif juridique en ratifiant définitivement l'ordonnance.

Certains aménagements pourront être apportés, par exemple concernant les délais d'accréditation ou encore les prélèvements par les infirmiers, sous réserve qu'ils ne remettent pas en cause les principes qui ont guidé la rédaction de l'ordonnance : médicalisation, indépendance, qualité des soins et services de proximité.

Je vous proposerai également un amendement visant à lutter contre la spéculation sur l'achat et la vente des laboratoires, en imposant que les sociétés de participations financières de la profession de biologiste médical ne puissent être composées que de membres exerçant leur profession au sein de la société d'exercice libéral.

M. Michel Vergnier. Intéressant !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. En matière de prévention et de santé publique, objet du titre III de la loi HPST, le texte présente des avancées importantes avec notamment la publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins, la mise en œuvre de certaines recommandations de la MECSS sur la politique du médicament, ou encore la reconnaissance des compétences des sages-femmes en matière de contraception. Je vous proposerai par ailleurs un amendement relatif à l'utilisation du titre de nutritionniste, afin de protéger la population d'un certain charlatanisme.

Concernant le titre IV relatif à l'organisation territoriale de notre système de santé, celui-ci n'est que très peu modifié par la proposition de loi. Il ne s'agit pas de remettre en cause les ARS ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie alors que celles-ci viennent à peine de fêter leur premier anniversaire, à Marseille qui plus est, en présence de trois ministres.

M. Dominique Tian. Très bien !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Votre commission a néanmoins voulu simplifier la procédure d'adoption des projets régionaux de santé, en particulier la phase de consultation des collectivités locales.

Enfin, diverses mesures viennent simplifier et affiner les règles relatives au secteur médico-social.

Sans revenir sur l'économie de la loi, ces dispositions précisent les conditions de transformation des établissements sociaux et médico-sociaux, adaptent le processus de financement des projets par la CNSA et sécurisent le statut des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Par ailleurs, votre commission a complété le dispositif en adoptant deux dispositions : l'une vise à lever une ambiguïté juridique concernant la prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce ; l'autre tend à ramener le régime d'autorisation dans les établissements médico-sociaux d'addictologie dans le droit commun.

Telles sont, mes chers collègues, les principales dispositions de cette proposition de loi. Je ne doute pas que nos débats seront riches et passionnés. Je ne doute pas non plus qu'ils feront clairement apparaître nos conceptions respectives du système de santé. Pour ma part, je privilégierai la liberté, l'incitation et la négociation, non la contrainte et l'autorité. Pour que le système fonctionne, il faut que les professionnels et les Français y adhèrent, et que le malade soit au centre du dispositif.

M. Jean Mallot. Il faut surtout éviter la caricature.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. C'est le sens de la tâche passionnante qui nous incombe aujourd'hui. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

MOTION DE REJET PRÉALABLE

M. le président. J'ai reçu de M. Jean-Marc Ayrault et des membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche une motion de rejet préalable déposée en application de l'article 91, alinéa 5, du règlement.

La parole est à M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, monsieur le président de la commission, mesdames et messieurs les députés, nous exprimons à l'égard de ce texte, et nous l'avons dit très précisément en commission, de profondes réserves et une extrême méfiance qui tiennent au cheminement de cette proposition de loi et, plus généralement, à son inspiration. Nous avons souhaité présenter cette motion de procédure parce que, à la faveur de cette proposition de loi, c'est bien la situation de notre système de santé qui va être passée au crible, et en particulier cette partie du système qui concerne tous les jours les Français, les soins de premier recours.

À l'exception de quelques dispositions qui peuvent permettre des progrès utiles, nous avons plusieurs reproches principaux à adresser à ce texte.

Cette proposition de loi symbolise à nos yeux l'échec d'une politique de santé à un moment où les inégalités en matière de santé s'aggravent sans limite. Cette politique conjugue une attention manifeste à des intérêts particuliers, des restructurations brutales et, au total, une absence de résultats.

M. Jean Mallot. Tout à fait !

M. Christian Paul. Si nous sommes conduits aujourd'hui à dresser un réquisitoire sans concessions, c'est d'abord, monsieur le ministre, parce que ce texte intervient alors que la loi Hôpital, patients, santé et territoires entre avec peine en application.

Nous avons dénoncé, ici dans cet hémicycle, le manque de courage initial, face à l'ampleur du risque de voir des pans entiers du territoire français sombrer dans le désert médical. Avec le rapporteur de la loi, Jean-Marie Rolland, nous avons dressé, très récemment, un bilan de cette loi. Nous sommes lucides et inquiets.

L'impuissance qui entoure aujourd'hui la politique de santé se double d'un recul, désormais savamment orchestré par la proposition de loi de Jean-Pierre Fourcade, qui relaye les positions les plus conservatrices.

Ainsi, le Parlement « délégitifère » : c'est une formule heureuse que le Président de la République, Nicolas Sarkozy, avait introduite, je crois, dans le débat public – vous me corrigerez, monsieur le ministre, si je me trompe et si vous arrivez à échapper à la lecture de votre tablette informatique –, après les élections régionales. Avant même que l'encre de la loi Bachelot ne soit sèche et que la loi ne soit appliquée, on la réécrit et on l'affaiblit. C'est un dérèglement démocratique, comme l'est la lecture ostensible d'une tablette électronique – je vous le dis, monsieur le ministre, parce que je sens que je vais quitter la tribune.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Chiche!

M. Christian Paul. Si cela vous fait plaisir, je vais donc continuer. Mais nous ferons un rappel au règlement tout à l'heure, parce qu'il y a quand même des limites, monsieur le ministre! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Valérie Boyer, rapporteure. C'est incroyable!

M. Jean Mallot. Le ministre est d'une insolence inadmissible!

M. Christian Paul. À un an de l'élection présidentielle, le message est très clair, simple, et d'un grand cynisme.

La politique de santé que vous menez est une cible mouvante que vous n'atteignez jamais.

Mme Bachelot présentait la loi HPST en excluant les centres hospitaliers universitaires. On attendait à ce moment-là le rapport Marescaux. Vous défendez aujourd'hui, mes chers collègues, la loi Fourcade et le ministre annonce, lui, pour juillet, une autre loi qui viendra un jour, ou bien peut-être une nuit comme celle-ci, après la remise d'un rapport signé de qui? Du même Jean-Pierre Fourcade.

M. Michel Issindou. Encore une loi?

M. Christian Paul. Le confirmez-vous, monsieur le ministre : aujourd'hui la proposition de loi Fourcade, demain encore une loi Fourcade?

M. Michel Vergnier. Une loi pour corriger la loi?

M. Christian Paul. *Quid* par ailleurs de la loi de santé publique promise dès 2009, et soigneusement oubliée depuis, censée venir compléter également la loi HPST?

Au total, cinq ans pour rien, avec une production de textes incroyable – textes de loi promis ou à venir, textes réglementaires, les 140 décrets dont nous avons fait le bilan avec Jean-Marie Rolland il y a quelques semaines – et des déserts médicaux qui progressent. Voilà le bilan de cette législature en matière de santé.

Les états généraux de l'offre de soins auraient pu laisser croire à une volonté de réforme. Il n'en est rien, nous en témoignons tous, y compris vous, mes chers collègues de la majorité, en observant dans nos départements respectifs la réalité du désert médical.

Plus grave encore, la possibilité d'une grande réforme du système de santé, offrant la possibilité d'une stratégie à la fois préventive et prédictive, et non plus simplement curative, a été purement et simplement enterrée.

Et pourtant, combien de missions et de commissions, de colloques et de rapports, depuis quatre ans? Ils étaient souvent porteurs de propositions pertinentes, nous nous en souvenons avec Marc Bernier puisque nous avions conduit ensemble ce travail sur l'inégalité de l'offre de soins sur le territoire.

Sommes-nous les seuls à diagnostiquer cet échec? Je peux citer les propos du M. Santé de l'UMP – mais peut-être en existe-t-il plusieurs –, Jean-Pierre Door, qui évoquait récemment une loi « mal digérée, mal comprise ». Pourquoi fallait-il réécrire cette loi avant même de l'avoir expliquée?

Car le premier échec de la mise en œuvre d'HPST, c'est l'aggravation des inégalités des Français devant l'accès à une offre de soins de qualité.

La loi était notoirement insuffisante, sa mise en œuvre est très lente et ses effets sont inexistantes.

La répartition très inégale des médecins s'aggrave, et la situation dans les territoires, fortement liée à l'âge des médecins, devient catastrophique. Les inégalités sociales, culturelles et géographiques devant la santé et l'accès aux soins se sont donc creusées. Elles se cumulent généralement au détriment des mêmes familles. Des millions de Français – je vous renvoie aux études menées année après année par des associations caritatives comme le Secours populaire – diffèrent l'accès aux soins, au mépris parfois de leur vie et de celle de leurs enfants : 40 % des Français ont reculé, une fois au moins, pour des raisons de coût, l'accès aux soins.

La fin de la médecine de proximité signifie la fin de la qualité, de la prévention, du diagnostic et de l'accompagnement.

L'approche territoriale des politiques de santé est conçue depuis longtemps, et particulièrement depuis la loi Evin de 1991 qui créa les schémas régionaux d'organisation sanitaire, à partir d'une analyse des besoins. Et la première question à résoudre est bien celle de l'égalité d'accès aux soins. C'est une question de principe, c'est une affaire de démocratie.

Face aux déserts médicaux, tout n'a pas été essayé. Je distinguerai, comme vous nous y invitiez tout à l'heure, parmi les mesures possibles, ce qui ne marche pas, ce qui est nécessaire mais pas suffisant, et ce que vous n'avez pas le courage d'entreprendre.

D'abord, ce qui ne marche pas : de l'avis de tous – majorité comme opposition –, les aides financières à l'installation. Car nous ne sommes pas face à un problème essentiellement financier. On n'empêchera jamais certains syndicats médicaux de demander des abondements de rémunération, mais l'on ne réglera pas la question des déserts médicaux simplement à coup d'incitations financières. Ne marche pas non plus l'avenant 20, « véritable échec », de l'aveu même du président de l'ordre des médecins.

Ce qui est nécessaire ensuite, mais pas suffisant : le desserrement du *numerus clausus*. Il est entrepris depuis des années, et c'est heureux. Sans doute faudrait-il davantage le régionaliser, car ce n'est pas le nombre de médecins qui est en cause mais, tout le monde s'accorde à le dire, leur répartition sur le territoire.

M. Michel Vergnier. Exactement!

M. Christian Paul. La réforme universitaire est engagée, j'en donne acte et j'ai souvent dit que la mise en place, au début des années 2000, de la filière générale, revalorisée grâce à de vrais enseignants, était une bonne mesure.

Les stages qui permettent de découvrir la médecine de premier recours, à la ville comme à la campagne, exigent un effort régional, même si des progrès ont été accomplis sous la pression des circonstances.

Il est également nécessaire d'améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale et des soins de premiers recours, en proposant un modèle professionnel attractif, reposant sur la coopération entre les professionnels de la santé, les délégations de compétences – qui tardent à se mettre en place – et, en matière d'organisation sanitaire, la proximité des services d'urgence, permettant de relâcher la pression que subissent les médecins généralistes.

Sont enfin nécessaires mais pas suffisantes les maisons de santé pluridisciplinaires. Tous les pionniers de ces projets méritent notre admiration car, avant beaucoup d'autres, ils furent visionnaires pour l'amélioration des conditions d'exercice de la médecine générale.

Les initiatives locales doivent être vigoureusement soutenues, par des aides budgétaires mais également par la mise en œuvre de véritables projets de santé pour ces maisons de santé.

J'observe, et j'en donne acte là encore, que la création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires ou le renforcement du statut des maisons de santé qui figurent dans cette proposition de loi vont dans le bon sens. Reconnaître les avancées quand il y en a nous donne quelque légitimité dans la critique quand elle est nécessaire.

J'en viens maintenant, monsieur le ministre, à ce que vous n'avez pas le courage d'entreprendre, à moins qu'il ne s'agisse de conviction ou d'idéologie – la suite de nos débats nous l'apprendra.

De grâce, cessez de confondre la régulation nécessaire et ce que vous appelez faussement la coercition ! Nos propositions ont vocation à être débattues avec les professionnels mais aussi avec tous les Français.

M. Michel Issindou. Ça les concerne tous !

M. Christian Paul. D'ailleurs, quiconque a le courage de prendre à bras-le-corps ces problèmes, qu'il appartienne à la majorité ou à l'opposition, s'oriente vers les mêmes solutions, comme nous l'avons fait avec Marc Bernier et tous ceux qui ont participé à cette mission sur l'offre de soins.

M. Jean Mallot. Oui, le rapport Bernier était très bien !

M. Christian Paul. D'ailleurs, peut-être ignorez-vous, monsieur le ministre, que la commission des affaires sociales a accepté à l'unanimité le plafonnement des installations dans les zones denses. Ce n'est pas une lubie de quelques-uns ni une invention idéologique des socialistes, ainsi que vous aimez à le répéter depuis des semaines, mais bel et bien une position commune de la commission des affaires sociales et de son président, qui considère que plafonner les installations dans les zones denses n'est ni une idée absurde ni une idée scélérate.

La seconde proposition appelée à nourrir le débat est l'exercice en zone déficitaire pendant quelques années, en début de carrière. Que ce soit sur le mode libéral ou sur le mode salarié, dans des maisons ou des centres de santé, l'espace est ouvert pour la discussion.

M. Michel Issindou. Bien sûr !

M. Christian Paul. Nous proposons aussi le développement des centres de santé puisqu'une partie de ceux qui exercent la médecine de premier recours sont prêts aujourd'hui à entrer dans un système de médecine salariée. Il ne s'agit pas, là non

plus, de la lubie idéologique de quelques socialistes qui voudraient bureaucratiser la médecine mais du souhait d'une partie de la profession, que vous devriez entendre.

Enfin, parmi ce que vous n'avez pas le courage d'entreprendre figure l'évolution des modes de rémunération, qu'il s'agisse de plafonner ou d'éradiquer les dépassements d'honoraires ou de permettre, grâce à un système de rémunération forfaitaire, d'orienter davantage la politique de santé.

Ce qui est grave, dans cette proposition de loi, c'est qu'elle vide la loi HPST de son modeste contenu. En la votant, vous faites le choix du laisser-faire.

M. Michel Issindou. Exactement !

M. Christian Paul. On aurait rêvé d'un pilotage régional bien outillé, mais vous supprimez l'amendement Rolland. Je rappelle qu'il s'agit du contrat santé-solidarité et de la possibilité pour des médecins exerçant dans des zones bien dotées en matière de professionnels de santé d'aller faire des remplacements dans des zones déficitaires.

Avant même d'expérimenter ce dispositif, vous le supprimez, et vous en rajoutez une couche en introduisant dans le texte un amendement qui vide de son contenu le SROSS ambulatoire, le transformant en une coquille vide, un rempart de papier contre les déserts médicaux.

Cet amendement, qui va d'ailleurs dans le sens des préconisations du sénateur Fourcade, propose que les ARS mises en place pour piloter la politique de santé et organiser l'offre de soins de premier recours disposent de la faculté de réaliser des SROSS ambulatoires mais qui ne seront pas opposables et n'auront qu'un rôle indicatif.

M. Michel Vergnier. Ça ne sert à rien !

M. Christian Paul. En défendant avec certains collègues l'idée d'un bouclier rural, nous sommes à 180° des orientations que vous prenez, comme lorsque nous défendons l'idée d'un bouclier territorial en matière de santé : c'est projet contre projet.

M. Jean Mallot. Projet contre absence de projet, plutôt !

M. Christian Paul. Nous avons fait le choix d'orientations différentes, monsieur le ministre, et elles seront soumises à l'ensemble des Français.

Ce texte nous conduit à engager un débat sur la liberté d'installation et sur sa portée, ce que souhaitait au fond Valérie Boyer tout à l'heure. Mais je corrigerai, madame la rapporteure, la direction que vous souhaitez donner à ce débat. Il ne s'agit pas d'un débat sur la fin de la médecine libérale ou sur la fin de la liberté d'installation, mais sur la manière de faire prévaloir un intérêt supérieur, un droit de force constitutionnelle, le droit à la santé.

Nous pouvons avoir des désaccords sur le chemin à prendre et sur les moyens à réunir ; plus d'incitation ou plus de régulation, ce sont de vrais choix de société. Mais je veux clairement dénoncer les procédés caricaturaux qui ont précédé ce débat. Ainsi, Jean-Pierre Door déclarait : « Avec le parti socialiste, c'est simple : la médecine libérale est morte, ce sera une médecine de fonctionnaires, avec des praticiens là où l'État le décide », propos que le ministre ne renierait pas.

M. Michel Vergnier. N'importe quoi !

M. Christian Paul. Voilà en quels termes certains députés de l'UMP ont choisi d'aborder cette question d'intérêt général ! Mais, monsieur Door, dormez tranquille : le désert médical a un bel avenir. Cette proposition de loi est la dernière halte avant d'y pénétrer.

M. Jean Leonetti. C'est intelligent !

M. Christian Paul. Le ministre aime à dire que nous tenons deux langages, l'un à Paris, dans cet hémicycle, l'autre dans nos circonscriptions. Monsieur le ministre, je vous invite dans une de nos circonscriptions ; je vous assure que la plupart des médecins y partagent la conviction que le *statu quo* n'est plus possible.

La médecine libérale n'est pas en cause dans ses principes, qu'il s'agisse de la liberté d'installation, de la liberté de choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription ou de la pluralité des modes de rémunération. Mais les évolutions récentes la mettent en question, ainsi qu'en témoignent les trajectoires des nouveaux médecins, souvent marquées par dix années de remplacements, la migration vers d'autres modes d'exercice, la médecine salariée, et bien d'autres scénarios. Cela montre que la médecine, dans sa forme libérale traditionnelle où la liberté d'installation était érigée en dogme, n'est plus guère en vogue. Et je crois pouvoir dire sans outrance, monsieur le ministre, que vous vous acharnez à défendre un modèle très concurrentiel et qui, à défaut d'être obsolète, n'est plus la référence principale.

M. Jean Mallot. Vous êtes un ministre du passé !

M. Christian Paul. Cela devrait vous conduire à accepter de profondes mutations, car votre aveuglement pourrait mettre en danger l'exercice libéral de la médecine.

Oui, l'intérêt général doit l'emporter. L'intérêt général, c'est le droit à la santé. Vous savez parfaitement que c'est un principe de valeur constitutionnelle depuis le Préambule de la Constitution de 1946 et son alinéa 11. C'est donc un devoir de l'État. Vous savez aussi que c'est un droit universel et fondamental depuis 1948.

Notre Constitution ne s'oppose pas à ce que des limites proportionnées soient apportées à la liberté d'entreprendre ou à la liberté d'établissement. Et vous refuseriez pour la santé, droit sacré, ce que la loi accepte pour n'importe quelle activité commerciale ! La liberté d'entreprendre est encadrée, mais la liberté d'installation en matière médicale ne souffre à vos yeux aucune limite.

M. Jean Mallot. Le ministre prépare les élections !

M. Christian Paul. Nous avons fait, depuis deux ans au moins, le choix, dans nos travaux parlementaires, de considérer que des restrictions à la liberté d'installation pourraient être nécessaires, tant la situation et le laisser-faire actuels paraissent absurdes.

La liberté d'installation ne peut plus être un tabou absolu.

Est-ce une idée singulière, une exception française, voire une exception socialiste ? Eh bien non. Avec des fortunes diverses et des systèmes de santé différents, c'est vrai, l'Allemagne, l'Autriche, la Grande-Bretagne mais aussi la Suisse ou le Québec ont choisi de limiter la liberté d'installation.

En Allemagne, une commission paritaire délivre des autorisations d'installation avec des quotas par territoires de santé. Il en est de même en Autriche.

Au Québec, les installations doivent être conformes au plan de l'agence régionale de santé.

En Angleterre où, je le reconnais, le système est différent, la plupart des généralistes concluent un contrat avec le Service national de santé, après évaluation de l'offre locale de soins ainsi que des besoins actuels et futurs.

La Suisse plafonne ou gèle les installations de généralistes ou de spécialistes pour chaque canton.

Sans doute, aucun de ces dispositifs ne règle tous les problèmes à lui seul. Il est évident qu'il n'y a pas de martingale magique dans cette affaire, monsieur Leonetti, mais une panoplie d'actions très complète et complexe que nous vous proposons de mettre en place.

Deux principes essentiels doivent être posés à ce stade : agir par la loi ou par la convention.

Nous répondons qu'il faut agir par la loi mais aussi par la convention.

La question mérite d'être posée au moment où s'engage une négociation conventionnelle importante. Si la convention est nécessaire, elle n'aura jamais réponse à tout et le problème de la démographie médicale comporte trop d'enjeux pour être abandonné à la seule négociation conventionnelle.

M. Michel Vergnier. Très bien !

M. Christian Paul. Nous déplorons par ailleurs que les jeunes médecins ne soient pas acceptés autour de la table de négociation alors qu'il est urgent d'engager le débat avec eux. Nous pouvons avoir des désaccords mais nous les respectons.

Oui, nous devons enfin proposer un deal global avec les professionnels de santé. C'est impératif. La médecine générale, de premier recours, ne sera attractive qu'au prix de changements profonds et d'un effort grandissant de la collectivité nationale. La loi HPST avait le mérite de donner une vraie définition des soins de premiers recours, mais ce fut sans conséquence jusqu'ici.

Pour toutes ces raisons, le *statu quo* n'est pas possible. Avec et malgré la loi HPST, vous avez fait perdre aux Français cinq précieuses années durant lesquelles ces problèmes auraient pu être réglés. Ce fut une législature pour rien, dans un domaine qui inquiète légitimement tous les Français.

Vous comprendrez alors que nous souhaitons que les cinq prochaines années soient mises à profit pour des actions à effet immédiat ou des réformes plus fondamentales qui produiront des effets à moyen terme.

Qu'en est-il des autres sujets traités par la proposition de loi après son examen par notre commission ?

Nous avons compris qu'il ne s'agissait pas, du moins officiellement, de refaire la loi HPST.

M. Michel Vergnier. Il y a quand même des choses à dire.

M. Christian Paul. Encore qu'à y regarder de près on pourrait considérer que vous lui refusez ses rares articles courageux pour lui greffer des dispositions hasardeuses.

Le débat nous permettra de traiter les autres aspects du texte.

S'agissant de l'hôpital, HPST n'avait rien du big bang attendu ou annoncé, mais c'est un mauvais cap et la proposition de loi ne rectifie pas le tir.

Concernant les dépassements d'honoraires, nous avons déposé des amendements qui sont pour nous et pour vous une heure de vérité.

Quant à la question du médicament, elle sonnera, là encore, l'heure de vérité pour le ministre. Catherine Lemorton a fait dans son rapport de 2008 sur la pharmacovigilance et la politique du médicament d'excellentes propositions qu'il faut relire à la lumière des événements les plus récents. Elle les défendra avec Jean-Pierre Bapt.

M. Michel Issindou. Excellent rapport.

M. Jean Mallot. Adopté à l'unanimité !

M. Christian Paul. Pour ce qui est des conflits d'intérêts, nous avons dès la loi HPST insisté sur la nécessité de les pénaliser. Nous tenons à ce qu'ils soient purement et simplement interdits et à ce que les sanctions soient dissuasives. Les progrès de la transparence ne sont pas sans importance.

Vous êtes attendus, et pas seulement par les députés socialistes, au tournant de l'article 9 bis.

Pour conclure (« *Ah* » sur les bancs du groupe UMP), je veux, au nom de notre groupe, vous faire part de notre profonde déception...

M. Jean Mallot. C'est peu dire!

M. Christian Paul. ...devant cette proposition de loi tellement éloignée de la politique de santé dont nos concitoyens ont besoin.

Vous vouliez faire de la loi HPST la grande réforme du système de santé depuis 1958.

M. Michel Vergnier. C'est raté!

M. Christian Paul. Je vous le confirme, il n'en est rien. Elle ne résout en rien les problèmes réels que vous avez justement soulevés,...

M. Michel Vergnier. Pire que cela!

M. Christian Paul. ...qu'il s'agisse de l'hôpital, de l'accès au système de soins ou des nécessaires politiques de prévention.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. C'est nuancé!

M. Christian Paul. Quand l'hymne de l'intérêt général est recouvert par les bruits, le fracas des intérêts particuliers, il y a un malaise dans la République.

Voilà pourquoi ce texte, qui n'aurait pas dû parvenir jusqu'ici, ne doit pas être adopté par notre assemblée, et je vous invite fermement à voter cette motion de rejet préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC et sur les bancs du groupe GDR.*)

M. Michel Vergnier. Excellente démonstration!

M. le président. La parole est à M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Mesdames et messieurs les députés, je vous invite fermement à rejeter cette motion de rejet.

Monsieur Christian Paul, ce n'est pas parce que vous avez eu une phrase avec des mots doux pour les médecins que votre charge n'était pas violente à l'encontre de la médecine libérale.

M. Jean Mallot. Quelle caricature! Cela vous arrange bien de dire cela!

M. Xavier Bertrand, ministre. Je comprends bien qu'en définitive il s'agisse, pour les uns et les autres, de se positionner. Pas par rapport aux médecins, pas par rapport aux patients, mais par rapport à votre formation politique: celui qui cognera le plus fort aura le plus de légitimité pour aborder ensuite les questions de santé au sein du parti socialiste. Malheureusement, votre démonstration n'en sort pas grandie.

Permettez-moi de lire quelques notes, car les tablettes électroniques permettent d'en prendre. Je sais bien que vous le savez, mais vous avez essayé tout à l'heure de faire à ce sujet un peu de provocation, ce qui est dommage.

M. Jean Mallot. En la matière, vous être imbattable!

M. Xavier Bertrand, ministre. Au final, ces dix années dans l'opposition ne vous auront servi à rien car vous êtes toujours aussi éloignés de la réalité de notre système de santé. Certes, vous avez le droit d'avoir vos convictions.

M. Jean Mallot. Merci! Nous au moins, nous en avons!

M. Xavier Bertrand, ministre. Mais vous n'êtes pas pour autant obligés, comme vous l'avez fait à différentes reprises, de sombrer dans la caricature, car cela affaiblit toujours la démonstration, que je ne partage pas.

Vous avez dit quelque chose de très intéressant: « il faut des limites à la liberté d'installation ». J'espère que chacun, même en dehors de l'hémicycle, entendra bien ces propos et en mesurera toute la portée. Essayez de jouer aux apprentis sorciers et de toucher au pilier de la médecine libérale mais ne soyez pas étonnés des conséquences dans quelques années.

Vous avez parlé du Québec et de l'Allemagne: la France n'est ni le Québec ni l'Allemagne.

M. Christian Paul. Bonne excuse!

M. Xavier Bertrand, ministre. La France a aussi une histoire, un système de santé qui repose sur un équilibre entre la médecine de ville et la médecine en établissement, entre les établissements publics et les autres établissements de santé. Nier cette réalité, c'est vouloir enfermer la médecine dans un carcan qui n'est pas son histoire, ni son avenir.

Quant à notre soi-disant « heure de vérité » sur le médicament, permettez-moi, monsieur Paul de vous rappeler que, si certains de vos collègues pourraient en parler avec davantage de crédit, nous n'avons pas besoin de polémiquer sur cette question. Nous avons un rendez-vous clairement établi en la matière, celui des assises du médicament, mais également celui du compte rendu des missions parlementaires sur ce sujet.

M. Jean Mallot. Extraordinaire!

M. Xavier Bertrand, ministre. Il ne sert à rien de vouloir faire croire que les uns voudraient aller plus loin que les autres alors qu'ils sont vraiment en phase. Si nous nous abstenions, ne serait-ce qu'un quart de seconde, de polémiquer à ce propos, la confiance dans nos débats en sortirait renforcée.

Cela étant, je laisse la polémique aux professionnels.

M. Michel Vergnier. Vous êtes un spécialiste!

M. Xavier Bertrand, ministre. Certains sont ici, mais cela ne nous empêchera pas de vous dire que, si nos convictions sont certainement très éloignées, le plus important reste que les médecins et les patients puissent juger.

Nous demandons par conséquent le rejet de cette motion, d'autant plus que, je le crois, les médecins et les patients désapprouvent votre approche de la médecine libérale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Christian Paul. Je ne le crois pas.

M. le président. Dans les explications de vote sur la motion de rejet préalable, la parole est à M. Olivier Jardé.

M. Olivier Jardé. La loi HPST est avant tout une loi organisationnelle qui vise à ce que tous les Français soient traités de la même manière sur l'ensemble de notre territoire, sous l'autorité d'un responsable. Ce point est important compte tenu du contexte difficile et des nombreuses questions liées à la démographie médicale, à la permanence des soins ou aux honoraires.

Je ne trouve pas choquant du tout qu'au bout d'un an il apparaisse nécessaire d'évaluer une loi. La proposition de loi Fourcade s'inscrit dans cet état d'esprit et j'en salue l'initiative.

Il est important d'étudier l'organisation des premiers soins, de mieux définir les pourtours du rôle des directeurs généraux des ARS, sans parler du médico-social.

Personnellement, je n'étais pas du tout satisfait de l'ancien système qui organisait la médecine de ville de manière verticale – la prévention, l'hospitalisation, les soins à domicile – alors que la médecine actuelle fonctionne horizontalement, passant de la prévention à l'éducation et aux soins. Les soins et la chirurgie ambulatoires ont de surcroît complètement transformé le dispositif.

M. le président. Vous devez conclure.

M. Olivier Jardé. Enfin, la création des ARS est une bonne chose, tout comme la remise en cause de l'ordonnance de biologie.

Pour toutes ces raisons, je voterai contre cette motion de rejet. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Rémi Delatte.

M. Rémi Delatte. Lorsque M. Paul parle d'échec de la politique de santé...

M. Jean Mallot. Il a raison.

M. Christian Paul. Je pense à la Bourgogne et à la Côte d'Or!

M. Rémi Delatte. ...il oublie que la loi HPST est un texte fondamental qui a le mérite d'organiser et de moderniser notre système de santé. Il n'en demeure pas moins que certaines dispositions ont besoin d'être revisitées pour devenir plus opérationnelles. Tel est l'exercice auquel nous nous livrons. Il n'est pas question de remettre en cause la loi HPST mais simplement de l'ajuster, n'en déplaise aux esprits chagrins. Chaque chose en son temps, il y aura d'autres étapes, notamment à la faveur du rapport du comité d'évaluation de juillet 2011.

À vous entendre, monsieur Paul, il n'est jamais temps de répondre aux enjeux qui se présentent. Vous nous dites que nous aurions dû mener des concertations mais vous nous reprochez un travail de quatre années! Vous avez cité des colloques, des réunions successives...Il faudrait réformer mais vous refusez de relever les défis qui se présentent.

Rappelons les objectifs : repositionner les soins de premier secours, organiser une meilleure permanence des soins, rééquilibrer sur le territoire l'offre de santé.

M. Michel Vergnier. Ce sont des mots!

M. Rémi Delatte. Plutôt que d'adopter une posture d'opposition systématique, voire dogmatique, regardez la réalité en face et vous reconnaîtrez que ce texte est l'occasion pour les professionnels de simplifier et d'assouplir le fonctionnement. Il est également, sur le plan financier, cohérent avec les aspirations des jeunes, qui privilégient la rémunération forfaitaire.

Non, monsieur Paul, nous ne sommes pas dans le laissez-faire mais, en revanche, laissez-nous faire! Ce texte, vous le verrez, est une étape utile en matière d'efficacité, d'aménagement du territoire, de respect des exigences budgétaires.

M. Jean Mallot. C'est à voir.

M. Rémi Delatte. Pour ces raisons, le groupe UMP rejettera la motion de rejet préalable.

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

M. Michel Issindou. Monsieur le ministre, vous êtes extraordinaire. Alors que chacun, jusque sur les bancs de votre majorité, s'accorde à reconnaître que les déserts médicaux sont un vrai problème, vous persistez à nier la réalité et à vouloir continuer comme si de rien n'était.

M. Christian Paul. C'est exactement cela!

M. Michel Issindou. Or les résultats sont là, et ils ne sont pas bons.

M. Christian Paul. Ils sont même catastrophiques!

M. Michel Issindou. Vous avez essayé l'incitation, on vous propose la « désincitation » qui n'est quand même pas très compliquée à mettre en place grâce aux contrats solidarité santé, mais vous prétendez que ce dispositif serait trop contraignant et vous nous caricaturez en nous reprochant de revenir au fonctionariat ou au salariat. Ce n'est pas cela que nous voulons. Les médecins libéraux travaillent aussi avec de l'argent public : leurs études ont été payées avec l'argent des impôts et ils fonctionnent avec celui de la sécurité sociale qui, sans être l'argent des impôts, peut tout de même être considéré comme l'argent collectif des salariés et des employeurs.

M. Jean Mallot. Des cotisations sociales.

M. Michel Issindou. Et vous dites que votre loi va régler le problème.

Elle n'a rien réglé en 2009 et elle ne réglera encore rien. Nous espérons qu'avec cette proposition de loi vous feriez preuve d'un peu de courage. Mais vous êtes encore passés à côté.

On peut citer les échecs de la loi HPST. Je pense aux dépassements d'honoraires, qui deviennent vraiment insupportables.

M. Jean Mallot. Eh oui!

M. Michel Issindou. On se croirait sur un marché complètement privé où les prix se font en fonction de l'offre et de la demande. On est loin du tact et de la mesure initialement estimés.

Je pense aussi aux difficultés rencontrées pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. Les gens nous disent qu'il faut six mois pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste.

M. Christian Paul. C'est même plus que cela!

M. Michel Issindou. Il y a donc un problème de santé publique dans notre pays.

Et je ne parlerai pas des remboursements, qui continuent, ni de la situation peu brillante des hôpitaux, que nous rappelons en permanence.

Contrairement à ce que vous nous dites souvent, nous ne sommes pas toujours dans la critique et la caricature. À cet égard, je citerai les points positifs de ce texte, comme les SISA et les maisons de santé. Et j'espère que vous ne casserez pas la mécanique proposée par Catherine Lemorton s'agissant des conflits d'intérêts.

Je le répète, ce texte ne règle rien et n'apporte aucune solution. Au contraire il complexifie encore un peu plus les choses. Voilà pourquoi il faut voter la motion de rejet préalable défendue par M. Christian Paul. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Le ministre vient de nous expliquer que Christian Paul avait défendu cette motion de rejet pour se placer au sein de son parti comme un défenseur ou un spécialiste des questions de santé.

M. Jean Leonetti. Ça va être difficile !

Mme Jacqueline Fraysse. J'espère que l'intervention qu'il vient de faire lui permettra d'avoir un poste de choix au sein de son parti,...

M. Jean Leonetti. C'est le *mercato* !

Mme Jacqueline Fraysse. ...parce que je considère que l'argumentaire qu'il a développé est particulièrement pertinent, et nous le partageons.

C'est la raison pour laquelle le groupe GDR votera la motion de rejet préalable. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et SRC.*)

(*La motion de rejet préalable, mise aux voix, n'est pas adoptée.*)

MOTION DE RENVOI EN COMMISSION

M. le président. J'ai reçu de M. Yves Cochet et des membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine une motion de renvoi en commission déposée en application de l'article 91, alinéa 6, du règlement.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

M. Jean-Marie Rolland. Où est M. Gremetz ?

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la présente proposition de loi vise à modifier certaines dispositions de la loi Hôpital, patients, santé et territoires adoptée en juillet 2009.

Il est pour le moins surprenant que ce texte vienne en débat sans attendre le résultat des travaux du comité chargé du suivi de la réforme de la gouvernance des hôpitaux instauré par l'article 35 de la loi HSPT, dont M. Fourcade est le président et qui doit rendre ses conclusions très prochainement, avant le 21 juillet.

Il est tout aussi surprenant de constater que ce texte très limité, censé s'intéresser aux soins de premier recours et au développement des structures du secteur médico-social, ne contient en réalité aucune innovation marquante et surtout aucune disposition de nature à améliorer l'accès aux soins, dont nous savons tous à quel point il s'est dégradé et se dégrade chaque jour davantage.

Face à l'accentuation des déserts médicaux par exemple, non seulement vous ne proposez rien, mais vous revenez sur certaines mesures, pourtant déjà bien timides, dans ce domaine.

Au point que si l'on ajoute les considérations de calendrier et le contenu de ce texte, nous sommes fondés à nous demander s'il n'a pas essentiellement pour objet de délivrer un message électoraliste aux médecins pour tenter de leur remonter le moral avant l'échéance de 2012.

Dans ce contexte, on peut comprendre que le problème des dépassements d'honoraires ne soit pas abordé dans cette proposition de loi et que notre amendement visant à les limiter ait été repoussé par votre majorité en commission.

En fait, il s'agit moins de s'occuper de la santé de nos concitoyens que de celle de l'UMP, et particulièrement du président candidat à la prochaine présidentielle.

M. Jean Mallot. C'est clair !

Mme Jacqueline Fraysse. S'il est vrai qu'il n'est pas en très bonne forme, ce n'est pas suffisant à nos yeux pour en perdre le sens de l'intérêt général.

Pourtant il serait nécessaire de prendre des mesures importantes et utiles. Je pense par exemple aux centres de santé, notamment municipaux, mais également mutualistes et associatifs, qui facilitent l'accès aux soins de premier recours en regroupant dans des structures de proximité des activités médicales, paramédicales, sociales et de soins infirmiers, en pratiquant les tarifs conventionnés et le tiers payant, mais qui sont asphyxiés financièrement. Rien dans ce texte ne les concerne.

La création des SISA, les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, censées favoriser l'implantation de praticiens dans les zones sous-dotées ne nous convainc pas. Pourquoi ? Parce que cette société civile de moyens, qui améliore les revenus des médecins en leur permettant d'accéder aux nouveaux modes de rémunération financés par l'assurance maladie, est une véritable entreprise exigeant une gestion lourde. Or nous savons tous que la jeune génération de médecins rechigne à exercer en libéral, à supporter les contraintes de gestion économique et financière, et préfère de plus en plus le salariat pour se consacrer au cœur de la profession qu'est l'exercice de la médecine.

Personnellement, je pense que c'est plutôt positif car lorsque l'on choisit d'entreprendre des études de médecine longues et difficiles, ce n'est pas pour gérer une entreprise mais pour se consacrer aux patients.

Si la médecine libérale a eu sa pertinence et la conserve partiellement, il faut mesurer qu'avec l'évolution de la société, des connaissances, des investigations nouvelles et des plateaux techniques, ce mode d'exercice tend à être très insuffisant, voire dépassé.

C'est pourquoi nous pensons que le développement de structures publiques de proximité ou mixtes avec l'exercice privé est une réponse complémentaire indispensable à la médecine libérale et, bien évidemment, davantage encore dans les territoires sous-dotés.

Il est nécessaire et urgent d'anticiper cette évolution pour enrayer la désertification médicale de certains territoires et être en mesure de répondre aux besoins d'accès aux soins de premier recours ainsi qu'à la permanence des soins dans tout le pays, quels que soient les secteurs géographiques.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires se déclinait en quatre parties intitulées respectivement : modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, prévention et santé publique, organisation territoriale du système de santé.

Un travail sérieux et une vraie volonté d'avancer auraient dû conduire à l'examen de chacun de ces chapitres, chiffres et réalités concrètes en main, afin de modifier tout ce qui le méritait pour améliorer la situation actuelle, qui se dégrade à vive allure. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit.

Ce que vous appliquez sous le vocable « modernisation des établissements de santé » serait mieux nommé « démantèlement des hôpitaux publics au bénéfice des établissements privés de santé ». Et ce que vous intitulez « organisation territoriale » serait mieux nommé « fermeture d'établissements publics de santé de proximité ».

Quant aux ARS, qui auraient pu être utiles dans un double souci de cohérence et d'harmonisation des réponses en fonction des besoins de santé recensés, il se confirme

qu'elles ne sont, comme nous l'avions, hélas ! dénoncé à juste titre, que des instruments autoritaires de fermeture de services et de structures de soins.

D'ailleurs, notre collègue Jean-Pierre Door a été très explicite sur ce point en déclarant, lors d'une rencontre organisée par Décision Santé appelée Les Asclépiades, ainsi que l'a publié un journal médical : « Nous prenons beaucoup de retard dans les restructurations, il y a trop d'hôpitaux en France, trop de CHU ». Et il ajoute : « Le Président de la République a voulu un patron qui décide, maintenant il faut que ça fonctionne. » Ainsi sont clairement annoncés à la fois les objectifs fixés et la méthode managériale autoritaire pour les atteindre.

Le corps médical, les personnels soignants et tous les salariés des hôpitaux n'ont plus qu'à appliquer les décisions du patron, entendez le directeur de l'hôpital, qui, bien sûr, n'a pas la responsabilité de traiter les patients. Mais c'est un aspect tout à fait secondaire.

Je vous rassure, ce n'est pas un scoop car nous savons depuis longtemps que le mot « regroupement » signifie concrètement, dans la bouche d'une ARS, suppression de services ou de lits.

On peut prendre les exemples un par un, c'est le cas partout. Ainsi en est-il du fameux plan de restructuration de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris qui, au lieu de moderniser ses structures en s'appuyant sur les acquis de ses équipes, qu'il s'agisse de la chirurgie cardiaque à l'hôpital Henri-Mondor de Créteil ou Foch de Suresnes, de la pédiatrie à Trousseau, véritable pôle universitaire de pointe au rayonnement international, ou tout simplement des services d'urgence Saint-Louis-Lariboisière, Beaujon-Bichat, Tenon-Saint-Antoine, la stratégie est toujours la même : réduire l'accueil public, réduire, malgré l'augmentation constante du nombre de passages dans ces services, le nombre de personnels soignants jusqu'à la rupture, comme ce fut le cas en octobre 2010 à Tenon où, n'en pouvant plus de la dégradation de leurs conditions de travail et du manque d'effectifs, cinq infirmières avaient fait valoir leur droit de retrait. Il avait donc fallu fermer le service pendant quelques jours, faute de personnel. Je rappelle que cinquante-huit postes d'infirmières seraient vacants dans cet hôpital.

Mais la vague de fermetures de services de santé et d'hôpitaux publics pilotée par l'ARS ne se limite pas à l'AP-HP. Elle sévit dans tous les départements de notre région, et quels que soient les besoins recensés.

Ainsi, au centre hospitalier intercommunal André-Grégoire de Montreuil, 30 % des lits ont été fermés par manque de personnels, quatre chefs de service sont partis et deux unités de médecine ont été condamnées, alors même que l'hôpital est, en termes d'activité, parmi les quatre premiers d'Île-de-France.

À l'hôpital de gériatrie Charles-Foix d'Ivry, plus de 250 lits vont être supprimés alors que le vieillissement de la population, dont pourtant vous ne cessez de parler, nécessiterait un accroissement de l'offre en gérontologie. C'est aussi le cas de l'hôpital Georges-Clemenceau à Champcueil.

Rien, décidément, à part les considérations d'économies financières, ne justifie ces décisions. Au contraire, l'ARS note dans son rapport 2010 sur les indicateurs de santé : « Certains indicateurs de santé placent la région Ile-de-France dans une situation préoccupante au regard des moyennes nationales. C'est le cas notamment de la mortalité infantile, de la mortalité féminine par cancers et de la prévalence des pathologies infectieuses. Surtout, l'analyse de l'état

de santé de la population francilienne révèle que les atouts importants dont la région est dotée ne bénéficient pas à la population dans son ensemble et que l'état de santé des populations est marqué par de très fortes inégalités sociales et territoriales, au point de tirer la moyenne régionale sous la moyenne nationale pour certains enjeux de santé ».

En ce qui concerne la santé des enfants, les problèmes d'obésité et les problèmes bucco-dentaires y sont plus nombreux qu'ailleurs. De même, le risque de saturnisme infantile lié à l'habitat insalubre en Île-de-France représente 53 % des notifications au niveau national.

Non, rien, décidément, ne justifie les mesures que vous prenez.

Un récent rapport de l'IGAS chiffre à 11 % en 2009 et à 23 % en 2010 le nombre de patients qui ont renoncé à des soins médicaux faute de moyens ou de médecins disponibles puisque, dans certains endroits, on ne trouve plus de médecins. Ces chiffres sont bien plus élevés encore dans certains départements.

Vous savez pourtant que seuls les services publics peuvent prendre en charge certains patients. Vous savez que de nombreux praticiens refusent les patients couverts par la CMU. Au lieu de renforcer notre système de solidarité sociale, vous l'avez fragilisé en organisant le démantèlement du service public hospitalier et la privatisation de notre système de santé. (*Murmures sur les bancs du groupe UMP.*)

Alors que vous êtes chargés de l'organisation de la santé, d'adapter au mieux les formes de médecine à chaque situation, depuis le dépistage et le diagnostic jusqu'aux soins, vous ne raisonnez qu'en marchands, uniquement guidés par la rentabilité financière.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Que de clichés !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est ce qui explique la diminution constante du nombre de centres de PMI, si précieux pour les jeunes mères quel que soit leur milieu social, mais plus encore si elles sont en difficulté.

C'est ce qui explique l'état de la médecine scolaire, qui compte aujourd'hui, en moyenne, un médecin pour 10 000 élèves alors que son rôle est essentiel pour le dépistage et l'éducation thérapeutique, particulièrement face à l'obésité liée aux troubles de l'alimentation. Il en faudrait un pour 4 500 voire 3 000 élèves selon les professionnels concernés.

La même pénurie touche la médecine du travail. Après avoir voulu la mettre la sous la tutelle du patronat, vous assistez sans broncher à la diminution préoccupante du nombre de praticiens spécialisés. Alors que, pour plusieurs dizaines de millions de salariés, plus de la moitié des 6 500 médecins du travail ont plus de cinquante ans, alors qu'on évaluait à plus de 1 700 le nombre de médecins du travail devant partir à la retraite entre 2007 et 2012, 370 nouveaux médecins seulement ont été qualifiés durant la même période.

Mme Isabelle Vasseur. On se perd dans les chiffres !

Mme Jacqueline Fraysse. Pour l'exercice 2011-2012, il n'y aura que 47 médecins formés à cette spécialité.

Mme Isabelle Vasseur. Qui a baissé de moitié le *numerus clausus* entre 1981 et 1993 ?

Mme Jacqueline Fraysse. À ce rythme là, en 2030, il n'y aura plus que 2 300 médecins du travail, soit une baisse de 60 % des effectifs par rapport à la situation actuelle. J'entends parler, sur ma droite, du *numerus clausus* : nous exigeons sur tous les tons depuis des années son augmentation significative.

(*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Je vous en prie, n'en rajoutez pas : nous manquons de médecins dans toutes les spécialités, et particulièrement dans certaines d'entre elles !

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Grâce à vous !

Mme Jacqueline Fraysse. La médecine d'aujourd'hui n'a rien à voir avec celle qui se pratiquait il y a des années (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*),...

M. Jean Mallot. Ce que dit Mme Fraysse est très juste !

M. le président. Seule Mme Fraysse a la parole !

Mme Jacqueline Fraysse. ...quand le médecin isolé se promenait de maison en maison avec son stéthoscope, son tensiomètre et son ordonnancier.

M. Céleste Lett. Bla bla bla !

Mme Jacqueline Fraysse. Cette pratique de la médecine est finie. Aujourd'hui, il faut travailler collectivement, avec des spécialistes, des laboratoires, des appareils de radiologie, des IRM, des équipes qui décident.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. C'est le collectivisme médical !

Mme Jacqueline Fraysse. Cela, vous ne l'avez pas compris, vous refusez de l'envisager et vous continuez de défendre une médecine qui n'est pas une médecine moderne.

M. Jean Mallot. Et voilà !

Mme Jacqueline Fraysse. Évidemment, pour faire face à toutes ces nouvelles techniques, à tous ces gestes extraordinaires dont nous sommes capables, il faut beaucoup plus de médecins hautement formés.

M. Céleste Lett. C'est au côté gauche de l'hémicycle qu'il faut vous adresser !

M. Arnaud Robinet. La responsabilité de la baisse du *numerus clausus*, ce sont vos amis qui la portent !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est votre politique également qui explique la fermeture massive de maternités. Entre 1975 et 2008, près de 800 maternités ont été fermées.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Notamment pour des raisons de sécurité !

Mme Jacqueline Fraysse. J'entends bien qu'il s'agit dans certains cas de fermetures liées à la modernisation mais ces chiffres correspondent à une baisse de 60 % du nombre de maternités, alors que la population française a augmenté de 18 % dans le même temps.

M. François Pupponi. Vous avez raison !

Mme Jacqueline Fraysse. Il y a donc à l'évidence une inadéquation entre l'offre et les besoins. D'ailleurs, huit départements ne comptent plus qu'une seule maternité publique et quinze autres n'en comptent que deux. Même la très réputée maternité des Bluets, dans la région parisienne, est menacée.

Il en va de même pour les établissements de proximité. À force de restructurations, le service public de la santé n'est plus du tout présent dans certains territoires. Depuis 1997, près de 200 hôpitaux ou services de proximité ont été fermés dans le secteur public, dont 75 services de chirurgie et 56 maternités. Aujourd'hui encore, plus de 90 services hospitaliers de proximité sont menacés de fermeture.

C'est aussi cette politique, uniquement guidée par les économies de moyens, qui explique la situation des centres hospitalo-universitaires, lieux d'excellence regroupant les soins, l'enseignement et la recherche, si essentiels pour aujourd'hui et pour demain.

M. Jean Mallot. C'est vrai !

Mme Jacqueline Fraysse. Ainsi, les CHU d'Amiens, de Nantes, de Lille ou de Nancy ont perdu 500 postes ces deux dernières années. C'est sans doute, monsieur Door, pour préparer la suppression de plusieurs d'entre eux, puisque vous considérez qu'il y en a trop.

M. Jean Mallot. Où est-il, M. Door ? Tout le monde le cite ! C'est l'Arlésienne !

Mme Jacqueline Fraysse. J'ignore où l'on formera les médecins dont nous avons terriblement besoin quand le nombre de CHU aura diminué de moitié.

En 2009, 9 500 emplois ont disparu dans les hôpitaux publics, dont 5 000 de soignants, et, en dix ans, plus de 100 000 lits ont été supprimés dans les hôpitaux publics sur l'ensemble du territoire. Ces établissements fonctionnaient pourtant à plein régime et bénéficiaient de la confiance et du soutien des usagers et des professionnels, ainsi que des élus qui s'attachaient à suivre leur fonctionnement.

Ces suppressions d'emplois sont décidées alors que le volume d'activité des hôpitaux s'accroît – de 13 % en 2010 –, ce qui conduit à des situations intenable pour le personnel. Du fait de cette pénurie, 14 % du personnel soignant a déjà des amplitudes horaires de travail qui dépassent douze heures d'affilée.

Pendant ce temps, le chiffre d'affaires des établissements de santé privés est en constante augmentation car la loi Bachelot a renforcé leur place.

Mme Isabelle Vasseur. Cela vous dérange !

Mme Jacqueline Fraysse. Les grands groupes devraient largement profiter de la saignée de l'hôpital public pour gagner encore des parts de marché. Or la France détient déjà le record d'Europe pour la part du privé lucratif dans l'activité hospitalière : 34 % contre 25 % en Allemagne et en Italie. Notons qu'en Belgique et aux Pays-Bas le privé lucratif en matière de santé est même interdit.

Selon la Fédération hospitalière de France, on comptait, en 2008, 1 298 hôpitaux publics, 1 430 établissements de santé privés à but non lucratif et 1 370 cliniques privées commerciales. Pourtant, vous le savez, les établissements privés lucratifs ont pour vocation première, comme leur nom l'indique, de gagner de l'argent en exerçant leurs activités de soins.

Ce n'est évidemment pas la vocation de l'hôpital public, chargé, lui, d'accueillir tous les patients et de les prendre en charge quelles que soient leur pathologie et leur situation sociale, pendant que les cliniques se réservent le droit de ne pratiquer que les actes les plus lucratifs auprès de patients solvables de préférence.

La Fédération hospitalière de France souligne que les 50 groupes de maladies les plus lourdes et donc les moins rémunératrices, comme les transplantations d'organes ou les leucémies aiguës, sont pris en charge à 70 % par le secteur public. Quant aux 50 groupes de maladies les moins lourdes et donc les plus rentables, c'est exactement l'inverse : plus de 70 % sont prises en charge par les cliniques commerciales. C'est également le cas des interventions facilement programmables comme la chirurgie orthopédique.

C'est encore à l'hôpital public que sont pris en charge la plupart des longs séjours et des polyopathologies. De plus, les hôpitaux financent les services sociaux sur leur propre budget.

On peut ainsi soutenir que vous demandez aux hôpitaux de remplir une mission de service public irréprochable avec des budgets en constante diminution,...

M. Michel Issindou. Exactement!

Mme Jacqueline Fraysse. ...cependant que vous laissez le champ libre aux cliniques privées pour maximiser leurs profits (*Protestations sur les bancs du groupe UMP*)...

M. Jean-Marie Rolland. Oh!

M. Philippe Vigier. Ce que vous dites est un scandale!

Mme Jacqueline Fraysse. Ne vous énervez pas, gardez votre sang-froid! (*Mêmes mouvements*.)

M. le président. Seule Mme Fraysse a la parole.

M. Céleste Lett. Vous dites n'importe quoi!

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne dis pas n'importe quoi et je vais vous en donner la démonstration chiffrée.

M. Céleste Lett. Caricature!

Mme Jacqueline Fraysse. Vous laissez les cliniques privées maximiser leurs profits et ceci de plus en plus souvent avec des aides de l'État, notamment par le biais du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Ainsi le groupe Korian a réalisé en 2010 un bénéfice net de 24,7 millions d'euros...

M. Jean Mallot. Eh bien!

Mme Jacqueline Fraysse. ...et Médica de plus de 23 millions d'euros. Quant à la Générale de santé, elle a distribué 69,3 millions d'euros de dividendes à ses actionnaires pour l'exercice 2010.

M. Jean Mallot. Nos cotisations paient des dividendes!

M. Jean-Marie Rolland. On dirait du Gremetz!

Mme Jacqueline Fraysse. Nous assistons à une concentration d'établissements de soins privés par quelques grands groupes, comme la Générale de santé, qui possède plus de 175 cliniques en France, et dont le seul but est évidemment la rentabilité financière.

Le groupe Vitalia, qui a acquis 46 cliniques ces trois dernières années, appartient au fonds de pensions américain Blackstone. (« *Oh!* » sur *plusieurs bancs du groupe UMP*.) Il a réalisé plus de 650 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2009.

M. Arnaud Robinet. Rendez-nous Gremetz!

Mme Jacqueline Fraysse. Quant au groupe Capio, qui compte, lui, 26 établissements et qui est également détenu par des fonds américains, il a réalisé 450 millions d'euros de chiffre d'affaires durant la même année.

M. Jean Mallot. Et voilà!

M. Arnaud Robinet. Maxime, reviens!

Mme Jacqueline Fraysse. On peut avancer que nous avons assisté, ces deux dernières années, à une véritable accélération du nombre de fusions, regroupements, ventes et rachats divers dans ce qui est devenu un marché à part entière et extrêmement juteux, mais un marché qu'un nombre croissant de nos concitoyens ne peuvent s'offrir.

M. Arnaud Robinet. À vous entendre, il faudrait tout nationaliser!

Mme Jacqueline Fraysse. Telle est, monsieur le ministre, mes chers collègues, la réalité.

M. Jean-Marie Rolland. Une réalité dont vous faites la caricature!

Mme Jacqueline Fraysse. Disons-le clairement, le bilan...

M. Jean Mallot. Le dépôt de bilan, plutôt!

Mme Jacqueline Fraysse. ...de l'application de vos choix politiques en matière de santé est lourd, très lourd, et la loi HPST n'a fait que l'accroître dans tous les domaines.

Mme Isabelle Vasseur. C'est faux!

M. Jean Mallot. Mme Fraysse a raison!

Mme Jacqueline Fraysse. Je vais vous expliquer ce que j'entends par là. (« *Ah non!* » sur *plusieurs bancs du groupe UMP*.)

M. Jean Mallot. Ils ne comprennent rien, de toute façon!

Mme Jacqueline Fraysse. L'engorgement des services d'urgence n'a cessé de s'aggraver; les délais de rendez-vous 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. Ces affirmations ne sont que des constats que personne ne peut nier.

Face à cette situation, j'espère, monsieur le ministre, madame la rapporteure, que vous mesurez le caractère rétrograde et parfaitement dérisoire du texte que vous nous présentez. Il mérite donc impérativement d'être renvoyé en commission afin que tous les domaines d'application de la loi HPST que vous prétendez réformer, ou plutôt ajuster, puissent être étudiés sérieusement et modifiés en conséquence. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et SRC.*)

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Il est intéressant de noter que si les deux motions de procédure défendues ce soir étaient semblables quant au fond, le ton n'était pas le même. Madame Fraysse, vous n'avez pas demandé que l'on réexamine le texte. Vous l'avez rejeté en bloc. Ce n'est pas votre conception du système de santé. Et nous ne partageons pas non plus la vôtre. Je pense donc qu'il n'y a pas lieu de renvoyer ce texte en commission.

M. le président. Nous en venons aux explications de vote sur la motion de renvoi en commission.

La parole est à M. Gérard Bapt, pour le groupe SRC.

M. Gérard Bapt. Le groupe socialiste pense qu'il y aurait intérêt, sur cette importante question qu'est la loi HPST, à revenir en commission. Dans le bref temps de parole qui m'est imparti, je me bornerai à avancer deux raisons.

La première, c'est que la commission a examiné tout à l'heure, lors de la réunion qu'elle a tenue en application de l'article 88 de notre règlement, une centaine d'amendements en vingt minutes. J'ai fait le calcul: elle a consacré en moyenne douze secondes à chaque amendement.

Mme Catherine Lemorton. Ce n'est pas raisonnable!

M. Gérard Bapt. Ce n'est pas raisonnable, en effet. Et les trois quarts de ces amendements venaient de la majorité, ce qui prouve que de nombreuses questions de fond restent à discuter.

La seconde raison, c'est la situation difficile des établissements publics, qui est à rapprocher des dividendes distribués par le secteur privé. En commission, M. le ministre nous a assuré que les dotations des MIGAC, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, étaient désormais garanties en début d'exercice pour les hôpitaux. Il se trouve que je consulte de temps en temps le site d'information hospitalière hospimedia.fr. Rien que cette semaine, j'y ai trouvé deux informations – et d'autres suivront.

Un article concerne, monsieur Jardé, le CHU d'Amiens. Il est intitulé : « Un exercice budgétaire 2010 lourdement impacté par le gel des crédits MIGAC ». Alors que le CHU d'Amiens espérait finir son exercice budgétaire 2010 à l'équilibre, il a terminé son exercice avec un déficit de 3,6 millions d'euros en raison du gel national des MIGAC. Le gel des aides à la contractualisation, en particulier, a représenté globalement un manque à gagner de 7 millions d'euros. Cet article date du 4 avril.

M. le président. Il faut conclure, mon cher collègue.

M. Gérard Bapt. Et le 7 avril paraissait sur ce même site un article consacré au CHU de Dijon intitulé « Un déficit creusé en 2010 par défaut de dotations ». Là encore, les crédits attendus pour les MIGAC n'ont pas été alloués. En l'occurrence, ce sont 6,2 millions d'euros qui manquent à l'appel.

Voilà pourquoi le groupe socialiste votera cette motion de renvoi en commission. C'est nécessaire, d'une part, pour l'information du Parlement, et, d'autre part, pour que puisse être mené le travail législatif sur les intéressants amendements déposés par la majorité elle-même. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Je voudrais répondre à M. Bapt, pour la clarté du débat. Au CHU d'Amiens, on est passé d'un déficit qui était de 13 millions par an à 3 millions. Et comment ? Notamment parce que l'établissement a été aidé par des MIGAC pendant des années. Je le sais en raison de mes fonctions précédentes, et aussi parce que je connais, en Picardie, cet établissement, qui n'est pas le mien.

Heureusement qu'il y a les MIGAC, grâce auxquelles le déficit est passé de 13 à 3 millions. C'est une autre façon de présenter l'histoire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Anny Poursinoff, pour le groupe GDR.

Mme Anny Poursinoff. Je veux dire toute l'admiration que j'éprouve devant la démonstration faite par Jacqueline Fraysse. Elle a dit beaucoup de vérités que M. le ministre avait l'air d'avoir du mal à entendre, mais que nous avons, nous, parfaitement entendues. J'appelle donc à voter cette motion de renvoi en commission, qui a très bien été argumentée par notre collègue.

M. le président. Je vais mettre aux voix la motion de renvoi en commission.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Et nous, alors ? Nous ne pouvons pas expliquer notre vote ?

M. le président. Je rappelle que les demandes d'explication de vote doivent être adressées à la présidence. Je n'en ai pas reçu de la part du groupe UMP, ni du groupe Nouveau Centre.

(*La motion de renvoi en commission, mise aux voix, n'est pas adoptée.*)

DISCUSSION GÉNÉRALE

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Olivier Jardé.

M. Olivier Jardé. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, qu'est-ce que la loi HPST ? C'est une loi organisationnelle, qui vise à ce que, sur l'ensemble du territoire national, on puisse assurer la prise en charge des patients de façon équivalente, et avec un responsable, ce qui est très important et tout à fait novateur.

La médecine, en France, a des problèmes : un problème démographique – nous sommes au creux de la vague – ; un problème de répartition ; un problème de permanence de soins. Et puis, il ne faut pas se le cacher, il y a aussi un problème de blocage des honoraires des médecins libéraux.

Très honnêtement, réévaluer une loi votée il y a un an ne me choque pas du tout. Des réaménagements sont nécessaires. C'est pourquoi je suis heureux que cette proposition de loi soit soumise à l'examen de notre assemblée.

Il y a trois problèmes : celui de l'organisation des premiers soins ; celui de la définition des missions des directeurs d'ARS ; celui, enfin, du médico-social.

La loi HPST a réalisé une grande avancée avec la création des agences régionales de santé. Antérieurement, le système n'était pas du tout adapté à la réalité. C'était un système vertical de prise en charge des malades. On avait trois grandes colonnes : celle de la prévention et de l'éducation ; celle de l'hospitalisation ; celle de la médecine libérale. Or, aujourd'hui, la médecine ne se pratique pas de cette manière. Elle est complètement transversale. On fait à la fois de l'éducation et du soin, de l'ambulatoire et de la médecine de ville. L'avancée qu'a constituée la création des ARS est donc très nette. Ce système est réaliste.

Néanmoins, je regrette que les enveloppes de l'ONDAM ne soient pas fongibles et que l'on ne s'oriente pas vers des objectifs régionaux de dépenses.

D'autre part, la question de la jonction entre les ARS et la CNAM se pose. Il faudrait l'envisager, afin de compléter le dispositif.

À titre personnel, je regrette toujours que, dans la loi HPST, le projet médical ne soit pas porté par la CME, mais essentiellement par le directeur des hôpitaux, même si le président de la CME et le doyen siègent au directoire.

S'agissant du contrat santé-solidarité, je conçois tout à fait qu'il ait été nécessaire d'assouplir un système rigide. Néanmoins, étant donné le problème de la répartition des médecins, ainsi que celui de la démographie médicale, la délégation de tâches est une voie qui me semble devoir être approfondie. Les infirmières cliniciennes pourraient offrir un parfait complément, car elles peuvent réaliser des actes qui sont actuellement effectués par des médecins alors que ce ne sont pas forcément des actes médicaux.

Pour ce qui est des maisons de santé, je pense qu'elles doivent être portées par un projet médical, et non par une volonté politique ou géographique.

J'en viens à une question qui fâche, celle des déclarations d'absence. Il y a actuellement des services d'urgence où 70 % des patients n'ont pas de pathologie urgente. La moyenne est aujourd'hui d'environ six heures d'attente. Est-ce acceptable? Les services d'urgence sont ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre et délivrent des soins de qualité. Néanmoins, cela ne me choque pas du tout d'avoir à déclarer mes absences et d'indiquer les jours où je ne serai pas présent. Il me paraît difficile d'organiser un service sans savoir qui, tel jour, sera présent ou pas. Il existe certes une permanence des soins, et les choses fonctionnent relativement bien dans beaucoup d'endroits. Mais sur le principe, je ne vois pas ce qui peut s'opposer à la déclaration d'absence. Je ne comprends pas cette opposition systématique à une mesure qui est d'ordre organisationnel, et qui n'est pas du tout coercitive. C'est un point important, car de lui dépend toute l'organisation de la gestion des services d'urgences.

Vous savez que j'ai porté le fer contre l'ordonnance de biologie médicale. Mon ami Philippe Vigier et moi-même avons clairement dit que les prélèvements doivent pouvoir être effectués dans les cabinets d'infirmières. Il n'est pas acceptable de s'opposer à une telle mesure, surtout quand on sait que, en milieu rural, 70 % des prélèvements sont effectués par des cabinets d'infirmières. Je sais que ce point sera corrigé.

Faut-il une ordonnance pour les biologistes, ou pas? Ici, j'ai défendu la suppression d'une certaine ordonnance. Mais je pense qu'une profession qui souhaite s'organiser et qui réfléchit sur son avenir, c'est bénéfique. Il faut une ordonnance, mais avec un autre contenu. Je viens de parler de la question des infirmières. S'agissant de l'accréditation, je pense, car j'en ai discuté avec des biologistes, qu'elle est nécessaire. Mais il faudra la différer, car le délai qui est actuellement proposé n'est pas tenable. Il faut que la profession puisse s'adapter à cette nouvelle accréditation.

Cette ordonnance m'ennuie sur un autre point, je veux parler des vétérinaires. Au vingtième siècle, d'où sont venus les grands problèmes de santé publique? Essentiellement du monde animal. Il y a eu la vache folle, il y a eu la grippe aviaire. Pourquoi supprimer la possibilité, pour les vétérinaires, de faire de la biologie? Il y a deux postes de vétérinaires biologistes à l'internat de Paris. C'est très ennuyeux. Une telle suppression ne correspond pas du tout à une approche pragmatique de la santé publique.

De même, les anatomopathologistes sont aujourd'hui obligés, pour passer leurs examens, de faire de la biologie. Leur interdire l'exercice de la biologie est tout à fait réducteur.

Pour passer l'agrégation de biologie, faut-il obligatoirement être titulaire d'un DES de biologie? Actuellement, au Conseil national des universités, nous avons cinquante-trois sections. En tant qu'ancien président du CNU, je trouve ce nombre trop élevé. Il faudrait le réduire, tout en multipliant les intersections. Les professeurs agrégés d'anatomie ne sont pas seulement anatomistes. Ils sont chirurgiens ou médecins physiques. Les addictologues – et l'addictologie est une spécialité très importante dans notre pays, malheureusement – viennent de la psychiatrie, de la gastro-entérologie, de la médecine légale. C'est une intersection qui fonctionne. Je suis moi-même issu d'une intersection : après une formation chirurgicale, j'ai fait du droit et je suis agrégé de droit de la santé. Et j'estime que je fais mon travail.

Par conséquent, limiter l'agrégation de biologie aux seuls titulaires du DES de biologie me semble relever d'une démarche tout à fait réductrice. Je souhaite que puisse être aménagée une intersection.

Voilà, mes chers collègues, tous les points que je voulais aborder avec vous, sachant qu'à mes yeux, la loi HPST va dans le bon sens. Elle nécessitait une réévaluation et des retouches, et je suis très heureux que le débat puisse s'engager. (*Applaudissements sur les bancs des groupes NC et UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Rémi Delatte.

M. Rémi Delatte. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, de toute évidence, la loi HPST aura marqué notre législature dans le domaine de l'organisation du système de santé. Elle organise en effet les relations entre les acteurs de santé, tant au sein des établissements de santé que sur le plan institutionnel, avec la création des ARS, dont chacun s'accorde à reconnaître aujourd'hui la pertinence. Elle modernise le système de santé en redéfinissant les missions de santé, notamment la médecine de premier recours afin que chacun puisse avoir accès aux soins. De plus, pour la première fois, l'éducation thérapeutique se trouve reconnue juridiquement et par là même encouragée.

Deux ans après le vote de ce texte, certaines dispositions nécessitent une adaptation. Nos débats de 2009 en avaient d'ailleurs retenu le principe.

Dans mon avis sur le budget de la santé pour 2011, j'ai indiqué quelques pistes susceptibles d'améliorer l'organisation des soins tant au plan de la répartition territoriale qu'au niveau de la permanence des soins. Je me félicite d'en retrouver certains éléments dans la proposition de loi que nous discutons aujourd'hui.

Si certaines voix s'élèvent pour réclamer une révision complète de la loi HPST, je me réjouis de la mesure et de la sagesse de l'initiative sénatoriale, qui se limite au regain de la médecine de proximité, d'une part, et à la place à accorder au secteur médico-social, d'autre part. Il eût été pervers, en effet, de remettre en cause des améliorations majeures de la loi HPST, telles que la pertinence des ARS, la nouvelle gouvernance hospitalière ou le développement de l'éducation thérapeutique. De plus, il est utile de prendre un recul suffisant et d'attendre les conclusions du rapport du comité d'évaluation en juillet prochain.

Cependant, il est précieux de pouvoir réagir dès maintenant afin de satisfaire trois objectifs majeurs : repositionner les soins de premiers recours ; organiser une meilleure permanence des soins ; rééquilibrer l'offre territoriale de santé.

Pour la médecine de premier recours, qui ne manquera pas de faire débat, je suis persuadé qu'il est fondamental que le principe de la liberté d'installation des professionnels de santé soit réaffirmé de façon irréfragable.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. Rémi Delatte. Chacun sait qu'il ne saurait y avoir de bonne pratique si les médecins ne se sentent pas bien dans l'exercice de leur profession. C'est un fait culturel et historique de la France. C'est notre philosophie de la médecine.

En revanche, il ne faut pas craindre de renforcer les conditions d'attractivité sur la base du volontariat afin que les médecins optent plus facilement pour l'exercice libéral, mode d'exercice de moins en moins prisé par les jeunes diplômés, ou qu'ils soient plus nombreux à choisir d'exercer en zone franche ou en zone rurale sous dotée.

Là encore, je me reporte à mon rapport de novembre dernier dans lequel, après une large concertation avec les professionnels et les étudiants, des propositions simples et de bon sens ont été formulées, reposant sur des mesures

incitatives telles que les contrats de bonne pratique, les contrats de santé publique, l'approche d'un nouveau mode de rémunération ou encore les stages d'immersion en milieu professionnel pendant les études.

À cet égard, je suis satisfait de voir que la commission des affaires sociales a retenu deux amendements que j'avais déposés et soutenus pour permettre aux étudiants de troisième cycle d'assurer les remplacements tant en établissement qu'en activité libérale.

Par quelques points saillants, je voudrais mettre en évidence combien cette proposition de loi constitue une opportunité pour les professionnels de santé puisque, sans remettre en cause la loi de 2009, elle reconsidère deux aspects majeurs de leur pratique.

En premier lieu, la simplification administrative, grâce à la société interprofessionnelle de soins ambulatoires entre des personnes exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien, qui ainsi peuvent mutualiser leur activité. Cette simplification se vérifie également par la création d'un statut juridique des maisons de santé.

En second lieu, l'amélioration de la rémunération lorsque les professionnels de santé participent à la permanence des soins ou adhèrent à un contrat de bonne pratique.

Cette proposition de loi conforte également le droit à l'information pour le patient. C'est une notion sensible et importante. Elle s'applique à la fois à la traçabilité des dispositifs médicaux, seule garantie de qualité, mais aussi à la transparence des coûts occasionnés par un acte incluant un appareillage médical fabriqué sur mesure. Dans le cadre d'un consumérisme éclairé, cette disposition doit apparaître comme moderne, adaptée, rassurante, à condition toutefois de ne pas alourdir les contraintes des praticiens et surtout d'éviter les a priori, voire les oppositions entre les professionnels.

Enfin, le champ du médico-social fait partie de la compétence des ARS. C'est un point essentiel de la loi HPST que d'assurer une continuité entre le sanitaire et le médico-social. Nous avons pris soin, lors du vote de la loi, d'éviter la fongibilité des enveloppes entre ces deux secteurs. La proposition de loi simplifie les mécanismes prévus pour les structures médico-sociales, notamment avec son article 15, qui autorise la CNSA à subdéléguer certains crédits aux ARS.

Cette proposition s'impose véritablement comme une étape supplémentaire utile à l'amélioration de notre système de santé. Elle tend à améliorer la permanence et la couverture territoriale en matière d'offre de soins, dans le respect des exigences budgétaires. Elle simplifie les relations entre les professionnels et les ARS. Elle réitère, et c'est une dimension essentielle, l'expression de la confiance de notre société dans le corps soignant.

Pour l'ensemble de ces raisons, les élus du groupe UMP s'engagent sereinement dans le débat qui s'ouvre, avec la ferme volonté de soutenir ce texte. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)*

M. le président. La parole est à Mme Anny Poursinoff.

Mme Anny Poursinoff. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, chers collègues, aujourd'hui, les députés ont à se prononcer sur un texte engageant l'avenir de la santé publique.

Ces articles, ces nombreux amendements, engagent notre avenir et celui des générations futures.

Demain, qui pourra se soigner ? Combien de kilomètres faudra-t-il parcourir avant de recevoir les soins adéquats ? Dans quelles conditions les professionnels de la santé exerceront-ils leur métier ?

Pour répondre à ces questions il convient de s'interroger sur la société que nous voulons bâtir. Une société solidaire où l'attention est portée aux plus faibles ? Ou une société de la compétition donnant toujours plus à ceux qui ont déjà beaucoup ?

Au lieu de se poser la question de savoir quelle société nous voulons, la droite oppose un budget. Il s'agit de rendre l'hôpital public rentable au même titre que les cliniques privées. Quand des vies sont en jeu, comment faire valoir des exigences de rentabilité ?

Il convient d'inverser le raisonnement du Gouvernement. Il convient d'abandonner une logique purement comptable pour adopter une réelle logique humaniste.

En définissant les missions de service public à partir des moyens que vous souhaitez leur allouer, toujours en baisse, vous renforcez l'insécurité sociale.

La justice, l'éducation nationale, les retraites, l'ensemble de la protection sociale ont déjà subi cette obsession tendant à encore et toujours diminuer les coûts, quelles qu'en soient les conséquences pour les citoyennes et les citoyens.

La santé publique n'échappe pas à cette frénésie de la destruction et à l'idéologie qui la sous-tend.

Au cours de l'été 2009, les députés ont eu à se prononcer sur la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST. Les écologistes ont dénoncé les effets dévastateurs de cette réforme sur la santé publique, sur les patients et sur le personnel soignant. J'y reviendrai.

Dans l'immédiat, je souhaite attirer votre attention sur l'étonnement qui a été le mien lorsque j'ai découvert l'existence de cette proposition de modification de la loi, avant même que son auteur, Jean-Pierre Fourcade, ne remette son rapport relatif au suivi de la réforme de la gouvernance des hôpitaux. Nous venons d'apprendre que ce rapport sera remis le 21 juillet. Comment donc proposer des modifications à une loi dont la totalité des impacts n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation ? Modifier sans avoir une vision globale, sans bénéficier du recul nécessaire. Vous comprendrez mon inquiétude !

Quand les parlementaires, le personnel médical, les responsables de la santé ou encore les patients auront-ils réellement la possibilité de s'exprimer et de faire le point sur l'ensemble des effets de cette loi de juillet 2009 ?

Est-ce là votre façon de mener une concertation ? Il ne s'agit pas d'une méthode de travail sérieuse, ni respectueuse de nos concitoyens.

M. Jean Mallot. C'est vrai !

Mme Anny Poursinoff. En 2009, les écologistes ont voté contre la loi HPST au Sénat et à l'Assemblée nationale. Et procéder aujourd'hui à des ajustements à l'aveuglette ne nous paraît pas convenable.

Mme Isabelle Vasseur. Évidemment, vous n'allez pas ajuster ce que vous n'avez pas voté !

Mme Anny Poursinoff. Les raisons pour lesquelles nous nous sommes opposés à cette réforme demeurent. Les ajustements envisagés sont insuffisants.

Rappelons tout d'abord que la loi de 2009 avait pour principal objectif de rentabiliser l'hôpital public. Depuis, le maître mot n'est plus « santé », mais « rentabilité ».

L'enjeu n'est plus la maladie, mais le compte d'exploitation de l'hôpital. Cette loi reflète un fantasme, celui d'appliquer à l'hôpital le modèle de l'entreprise. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*) Je sais que c'est dur à entendre, mais c'est la vérité !

Or, les premières victimes sont les patients et les soignants.

Le directeur de l'hôpital, je ne suis pas la seule à l'avoir dit, est devenu le lieutenant des logiques du Gouvernement : un véritable chef d'entreprise, dont l'objectif n'est plus la santé mais le chiffre d'affaires.

Ce directeur-manager est chargé de l'application à marche forcée de la tarification à l'activité et de la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques privées. Une concurrence déloyale a été organisée. Jacqueline Fraysse l'a répété à cette tribune, les maladies chroniques, les complications longues et les problèmes sociaux restent, pour l'essentiel, à la charge du service public.

C'est la marchandisation légalisée de la santé, et les suppressions d'emplois qui en découlent ont des conséquences dramatiques, comme on l'a vu à l'AP-HP.

Prenons un exemple concret, celui de l'hôpital de Rambouillet. Les urgences y sont aujourd'hui menacées. Les patients sont dirigés par les médecins de ville sur celles de l'hôpital privé de Trappes. De ce fait, la survie du service chirurgical d'urgences de nuit est en jeu.

Or, quand on sait que le président du conseil de surveillance de cet hôpital est Gérard Larcher, président du Sénat et maire de Rambouillet, on ne peut que penser que si cela arrive à Rambouillet, ailleurs, là où les appuis politiques sont moindres, l'état de dégradation de notre système de santé doit être pire !

Mme Isabelle Vasseur. On ne légifère pas avec des suppositions !

Mme Anny Poursinoff. Rappelons également que M. Larcher est à l'origine du rapport qui a inspiré madame Bachelot. On ne saurait donc préjuger que cette loi puisse s'attaquer à l'hôpital de Rambouillet, et pourtant !

Toujours à Rambouillet, l'EHPAD des Patios d'Angennes souffre d'une forte précarité de l'emploi. Sur une soixantaine de salariés, plus de la moitié sont en contrat à durée déterminée. Les représentants syndicaux craignent la mise en œuvre d'un plan d'économies qui supprimerait des emplois parmi le personnel non médical.

M. Jean Leonetti. C'est une question du mardi matin !

Mme Anny Poursinoff. Je donne des exemples parce que l'on nous reproche d'être loin du terrain. Eh bien non, nous sommes sur le terrain !

M. Jean Mallot. L'UMP, elle, ne le connaît pas !

Mme Anny Poursinoff. C'est un cercle vicieux : on diminue les budgets, on coupe dans les dépenses de personnel, on dégrade la qualité des soins et on affirme ensuite que le service doit fermer car il est de moins en moins fréquenté.

M. Jean Mallot. Et voilà !

Mme Anny Poursinoff. Ne pas donner les moyens à l'hôpital public de travailler dans de bonnes conditions, c'est tuer l'hôpital au détriment de la santé !

Début février, j'ai interrogé le ministre, ...qui ne m'écoute d'ailleurs pas !

M. Christian Paul. C'est malheureusement banal !

M. Michel Issindou. Il n'écoute jamais !

M. le président. Mes chers collègues, seul l'orateur a la parole.

Mme Anny Poursinoff. Je l'ai interrogé par question écrite sur les fermetures de différents services hospitaliers et les réorganisations envisagées par l'agence régionale de santé en Île-de-France.

L'Ouest francilien est particulièrement concerné. À Poissy, Saint-Germain-en-Laye, les projets de fermetures, de regroupements et de nouvelles constructions de sites font débat. Le maintien de la maternité est en jeu. À Plaisir, soixante-dix postes sont menacés à l'hôpital gérontologique. À Sartrouville, le centre de santé risque de fermer. À Mantes, le service de cardiologie interventionnelle est lui aussi menacé de fermeture. Les patients sont désormais orientés vers la clinique d'Evécquemont, distante de vingt-sept kilomètres et difficile d'accès. À terme, c'est le service de cardiologie qui pourrait être menacé.

Partout, en France, les plannings familiaux manquent de moyens ; des centres d'IVG ferment. Chaque année, près de 4 000 IVG sont pratiquées à l'étranger, faute d'obtenir dans les délais une intervention dans les structures françaises.

Ce sont donc l'accès aux soins et l'offre de soins sur l'ensemble du territoire qui sont remis en question. La nécessité d'instaurer un dialogue constructif et transparent avec l'ensemble des acteurs est urgente. Il est impératif de mettre en place une réelle démocratie sanitaire afin de définir les priorités de la politique de santé en fonction d'objectifs de santé publique. C'est ce que les professionnels de la santé vous ont demandé le samedi 2 avril en manifestant dans de nombreuses villes.

Les agences régionales de santé auraient pu être de véritables organes de démocratie sanitaire permettant d'aborder les questions de santé dans une approche globale. Au lieu de cela, votre loi est venue recentraliser la santé entre les mains de l'État, représenté par le directeur de l'ARS qui est chargé de mener une politique de refonte de la carte hospitalière et de vente à la découpe du service public hospitalier.

Un autre manque important de cette loi, qui n'est en rien comblé par cette proposition de modification, est la non-prise en compte des nouveaux maux de notre société.

Nous sommes en face d'une épidémie de cancers.

Nous savons que la précarité de l'emploi crée du stress, qui mène à la dépression et au suicide.

Nous disposons de nombreux éléments scientifiques permettant de faire le lien entre l'exposition aux produits toxiques de certaines professions et les maladies inhérentes. Je pense notamment aux agriculteurs, qui sont particulièrement touchés par les pesticides.

En France, près de 8 millions de personnes sont atteintes d'une affection de longue durée. Or ces maladies sont largement évitables. Malheureusement, le Gouvernement reste sourd aux enjeux de santé environnementale, de prévention et d'éducation à la santé.

Adopter une alimentation saine et équilibrée serait un avantage important en termes de santé publique. La restauration scolaire pourrait être une des premières étapes de cet

apprentissage en proposant des aliments issus de l'agriculture biologique et produits localement. Malheureusement, nous en sommes encore bien loin.

Qu'attendez-vous pour modifier en profondeur notre agriculture en collaboration avec le ministère concerné, qui est aussi celui de l'alimentation ?

Qu'attendez-vous pour mettre en œuvre un plan d'ergonomie participative permettant au personnel soignant d'améliorer ses conditions de travail ?

Qu'attendez-vous pour mettre en place une réelle politique d'éducation à la santé et de prévention, en donnant enfin aux PMI et à la médecine scolaire les moyens nécessaires à leur efficacité ? Qu'il s'agisse de l'amiante, de la poussière de bois, des pesticides, des OGM, ou peut-être demain de la laine de verre, des produits organiques persistants, des champs électromagnétiques, ... il est temps d'agir !

Il conviendrait également de ne pas oublier le principe de précaution quand la santé est en jeu et de donner à la médecine du travail toutes les responsabilités qui lui incombent ainsi que les moyens de son indépendance.

J'ai récemment interrogé le Gouvernement sur ce qu'il entendait faire par rapport à l'aspartame. Pour le moment, le silence est la règle.

Qu'attendez-vous pour interdire les phtalates et le bisphénol A dans tous les emballages alimentaires ? Nous verrons quelle est votre volonté d'agir dès jeudi, puisqu'une proposition de loi sera présentée après-demain afin d'interdire les produits reconnus dangereux dans les plastiques alimentaires et les cosmétiques.

Le système de santé que vous avez mis en place cautionne et renforce les inégalités d'accès aux soins. Les franchises médicales, les déremboursements, les dépassements d'honoraires, de plus en plus fréquents et élevés, les restructurations hospitalières, les privatisations, les menaces sur les centres de santé remettent en cause l'accès aux soins pour des millions de personnes.

En outre, les mesures permettant de lutter contre les déserts médicaux par des incitations à l'installation de jeunes médecins sont insuffisantes et inefficaces. À cet égard, j'entends souvent parler de « déserts ruraux ». Or, il ne faut pas oublier que ce déséquilibre territorial touche certes la campagne, mais aussi les zones urbaines sensibles.

Si différentes incitations au regroupement des professionnels de santé existent – je pense notamment aux maisons de santé –, elles demeurent insuffisantes et il conviendrait de veiller à la bonne application du tiers payant et des tarifs opposables.

Avant de conclure, permettez-moi d'ajouter un mot sur la liberté de choix des femmes d'accoucher chez elles, à l'hôpital ou dans des maisons de naissance. Nous en avons déjà débattu ici. Cette modification aurait pu être l'occasion d'avancer. Mais, là encore, votre silence est éloquent !

Nous demandons un moratoire sur la loi HPST, afin de stopper ce plan de démantèlement ; l'accès aux soins et à la prévention pour tous ; une politique de prévention par la santé environnementale et l'éducation à la santé.

La santé n'est pas une marchandise, ...

M. Jean Mallot. C'est vrai !

Mme Anny Poursinoff. ...c'est un droit pour toutes et tous, y compris pour les étrangers malades qui séjournent sur le sol français.

L'approche comptable donnant la part belle au secteur lucratif privé ne fait qu'aggraver les injustices et les inégalités.

Aujourd'hui, le personnel médical et para-médical est épuisé, alors que des soins de qualité demandent toute leur énergie et leur clairvoyance.

Samedi 2 avril, l'opposition à votre idéologie a été manifestée publiquement. Le journal *Les Nouvelles de Rambouillet* – qui ne peut être taxé de révolutionnaire – titrait : « Ils ont pris la Bastille au secours de la santé publique ».

Je vous demande d'en prendre acte. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Rolland.

M. Jean-Marie Rolland. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous sommes réunis pour améliorer l'un des textes majeurs de notre législation en matière de santé : la loi hôpital, patients, santé et territoire, dont j'ai eu l'honneur d'être le rapporteur.

Le projet initial comportait 33 articles et, au moment de sa promulgation, 135. C'est dire l'important travail législatif réalisé par nos deux assemblées afin de l'enrichir.

En raison de ses enjeux, il s'agit, j'y insiste, d'un texte majeur : apporter une réponse à l'ensemble des préoccupations des Français en matière de santé, réduire les inégalités, garantir la qualité des soins, bref construire un système moderne et efficient. Car, si le système de santé français est reconnu comme l'un des plus efficaces du monde, il est confronté à des difficultés préoccupantes : défaut de coordination dans l'organisation et la chaîne de soins, inégalité d'accès à des soins de proximité et de qualité, émergence de nouveaux problèmes de santé publique et défaillance de sa gouvernance. Pour rester l'un des meilleurs au monde, notre système de santé doit relever ces défis, consolider et amplifier les résultats obtenus avec la réforme de 2004.

M. Christian Paul. Tout va très bien !

M. Jean-Marie Rolland. Nous devons ainsi trouver une réponse à une difficulté majeure : comment assurer un égal accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire ?

Je tiens à rappeler que ce texte était le fruit d'un large travail de concertation. Il a bénéficié de nombreuses contributions, sur lesquelles je ne reviendrai pas.

Je me permets de rappeler que le texte s'articulait autour de quatre grands axes : modernisation des établissements de santé, accès de tous à une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire, prévention placée au cœur de la santé publique et refonte globale du pilotage territorial du système de santé.

M. Christian Paul. Quatre axes, quatre échecs !

M. Jean-Marie Rolland. La réforme profonde que nous avons définie est en train de se mettre en place. J'ai ainsi rédigé avec notre collègue Christian Paul un rapport sur l'application de la loi HPST. Le texte complexe que nous avons voté mérite à l'usage quelques ajustements. C'est pour cela que nous sommes réunis ce soir.

Je voudrais insister notamment sur deux mesures prévues par le projet de loi initial, qui furent l'objet de nombreuses discussions lors de nos débats, et qui continuent de l'être.

La première est l'obligation pour les médecins de déclarer leurs vacances. Les syndicats de médecins n'ont en effet pas apprécié cette disposition qui les oblige à informer l'ARS de

leurs dates de vacances, la jugeant même vexatoire. La proposition de loi soumise au Sénat proposait le retrait de cette mesure. Pourtant, il ne s'agit nullement de contrôler les absences des médecins, mais simplement d'améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens.

L'autre mesure qui a fait couler beaucoup d'encre est le contrat santé-solidarité que j'avais proposé dans un amendement et que cette proposition de loi supprime. Cette disposition, établie en accord avec les syndicats de futurs médecins généralistes, avait pour objectif de lutter contre les déserts médicaux sans faire uniquement porter sur les nouvelles générations le souci d'assurer la présence médicale dans toutes les spécialités, médecine générale incluse, sur l'ensemble du territoire.

M. Christian Paul. Très bien !

M. Jean-Marie Rolland. Le contrat santé-solidarité ne remettrait pas en cause la liberté d'installation.

M. Jean Mallot. C'est vrai !

M. Jean-Marie Rolland. Il s'agissait avant tout de donner un levier d'action supplémentaire aux ARS, ...

M. Christian Paul. Ce n'est pas l'idéologie du ministre !

M. Jean-Marie Rolland. ... en prévoyant qu'à partir de 2013, et seulement en cas d'échec des mesures incitatives, les ARS pourraient, dans le cadre de contrats santé-solidarité et à partir d'une évaluation concertée des besoins de chaque territoire, proposer aux médecins des zones surdotées de prêter main-forte à leurs confrères des zones déficitaires en offres de soins, ou de verser une contribution s'ils refusaient de le faire – cette contribution servant à compenser financièrement des professionnels exerçant dans des zones où l'activité peut être moins importante. Il s'agissait seulement de cela.

M. Jean Mallot. C'était déjà trop !

M. Jean-Marie Rolland. Je regrette que cet outil pragmatique, qui venait en complément de mesures incitatives, soit abandonné. Il me semble que cette mesure était juste et équilibrée. Je souhaite, monsieur le ministre, que les autres mesures prévues par la loi HPST suffisent à résoudre les difficultés actuelles, car si tel n'était pas le cas, il est à craindre que les pouvoirs publics n'aient d'autre choix que d'en venir à des mesures plus contraignantes, qui seront bien plus difficiles à accepter pour la profession.

Ces deux mesures contestées de la loi HPST délivrent un message de responsabilité. Les retirer aujourd'hui face à la pression corporatiste de tous les syndicats de médecins libéraux relève du renoncement et de l'encouragement à l'irresponsabilité. Il est inconcevable que la santé puisse être organisée par des représentants syndicaux passésistes (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC*), tandis que des professionnels se dévouent avec compétence et sont prêts à assumer leurs responsabilités.

M. Christian Paul. Quelle volée de bois vert !

M. Jean-Marie Rolland. Une nouvelle contractualisation plus citoyenne et respectueuse des besoins des malades est nécessaire. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP et du groupe SRC.*)

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

M. Jean Mallot. Dans un sketch désormais célèbre pour l'éternité, Bourvil avait eu cette formule : « Le dire c'est bien, le faire c'est mieux. » Mais à propos de vous-même, monsieur le ministre, et de la loi HPST, la formule devient : « Le dire c'est bien, le défaire c'est encore mieux. »

M. Christian Paul. Excellent !

M. Jean Mallot. La loi HPST est unanimement critiquée dans notre pays, sauf par les tenants de l'hôpital-entreprise, négation du service public. On y trouvait pourtant quelques dispositions bien timides pour tenter de porter remède à un problème qui menace, à très court terme – vous le savez monsieur Bur –, des pans entiers de notre territoire et donc la population qui y vit, je veux parler des déserts médicaux.

Pourtant, sur le terrain, monsieur le ministre, les élus, les collectivités locales, les professionnels de santé, qui ont pris conscience du problème pour une part d'entre eux, se démènent pour trouver des solutions, recruter des médecins, parfois fort loin, aménager, construire des maisons de santé pluridisciplinaires, dont les exemples abondent, notamment dans mon département. Je pourrais parler de celles d'Aunay-le-Château ou de Saint Pourçain-sur-Sioule, que vous aurez sûrement l'occasion de visiter quand vous viendrez nous voir.

Pendant ce temps, vous ne faites rien. Pire ! vous faites semblant de faire.

C'est la politique « tango » : un pas en avant, deux pas en arrière. Certes, dans ce texte, on peut relever quelques points constructifs : l'article 1^{er}, qui crée les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, donnera un cadre juridique à l'exercice dans les maisons de santé, et l'article 2, qui donne un statut aux maisons de santé et à leur fonctionnement. Des amendements déposés par notre groupe sont venus améliorer en commission ces deux articles. Nous y reviendrons.

Le fait que cette proposition de loi Fourcade soit devenue un texte fourre-tout ne doit pas nous faire perdre de vue l'intention principale de ses auteurs, à savoir revenir en arrière sur le peu que la loi HPST faisait pour améliorer la présence médicale dans les territoires sous-dotés et défaire ce peu avant même que la disposition ne soit mise en application. C'est bien le comble !

M. Christian Paul. Deux pas en arrière !

M. Jean Mallot. La multitude des amendements – plus des trois quarts – déposés par nos collègues de la majorité UMP et Nouveau Centre sur les sujets les plus divers ne saurait cacher complètement le fameux article 3 de la proposition de loi, dont notre collègue Jean-Marie Rolland vient de dire tout le mal que l'on peut en penser.

L'article 3 vide de toute portée l'instauration du contrat santé-solidarité qui avait été institué par l'article L. 1434-8 du code de la santé publique. J'en rappelle l'économie. Dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'ARS évalue la satisfaction des besoins en médecine de premier recours. Si, dans certains territoires, les besoins en implantation ne sont pas satisfaits, le directeur général peut proposer aux médecins qui exercent dans les zones où l'offre est particulièrement élevée un contrat santé-solidarité. Ces médecins s'engagent alors à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population dans les zones déficitaires – je pense que c'est bien le moins s'agissant d'un service public. La loi HPST prévoit également que les médecins qui refusent de signer un tel contrat ou qui ne respectent pas les obligations qu'ils ont souscrites s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale. C'est raisonnable. Pourtant, c'est cette disposition que l'article 3 de la proposition de loi supprime. Le dispositif du contrat santé-solidarité se trouve ainsi dévitalisé.

M. Christian Paul. Quel symbole !

M. Jean Mallot. Je souhaite maintenant dire quelques mots du débat qui agite le monde médical autour de l'obligation faite aux médecins de déclarer, à l'avance, au conseil départemental de l'ordre leurs absences programmées, pour permettre l'organisation de la permanence des soins.

Certains syndicats parlent, abusivement, d'autorisations d'absence. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit, mais d'une information. Je ne vois d'ailleurs pas où est la contrainte.

M. Christian Paul. Absolument !

M. Jean Mallot. Comme la plupart d'entre vous, j'ai reçu une lettre-type signée par les médecins de mon département.

M. Yves Bur. Je n'ai rien reçu de tel.

M. Jean Mallot. Je vous en ferai parvenir une copie, cher collègue.

Cette lettre est assez édifiante ; elle critique la remise en cause de l'obligation d'information sans donner aucun argument vraiment construit. Tout citoyen a le droit de faire connaître son point de vue, j'en suis d'accord. Pour ma part, je suis plutôt demandeur de ce genre d'échanges et, comme la plupart d'entre vous, j'entretiens des contacts réguliers avec les professionnels de santé de mon département.

Cela étant, cette lettre comporte une sorte de menace teintée de culpabilisation. Si vous maintenez l'obligation de déclarer les absences, alors, vous porterez, écrit l'auteur de la lettre, « une lourde responsabilité dans l'aggravation du caractère déficitaire de notre démographie médicale ». Le procès d'intention est clair.

Mais ce qui est le plus critiquable, c'est la dernière phrase de ce courrier : « Si ce n'est pas le cas, je me refuse à appliquer cette mesure », conclut son auteur.

Autrement dit, ce médecin refuse d'appliquer la loi. C'est inacceptable ! Je note d'ailleurs que certains des médecins qui nous ont écrit ont supprimé cette dernière phrase, preuve de leur malaise devant une telle affirmation.

La raison d'être de cette proposition de loi sénatoriale est de revenir sur des dispositions de la loi HPST qui, pour certaines, ne sont même pas encore appliquées. Comme cette proposition émane de l'un des trois membres du comité de suivi de la loi, nous pouvons, à juste titre, nous inquiéter pour la suite, puisque nous attendons le rapport du comité pour le 21 juillet au plus tard.

Nous pensions, monsieur le ministre, que, profitant de ce « véhicule législatif » – pour reprendre la formule de Roselyne Bachelot –, vous auriez pu modifier la loi HPST et corriger ses principaux travers, afin de sortir de l'hôpital-entreprise pour redéfinir un véritable service public hospitalier, inséré dans l'ensemble du système de santé en lien avec la médecine de ville, en vue de répondre aux besoins de santé de la population sur chaque territoire.

Vous auriez pu également saisir cette occasion pour retisser les liens entre la structure administrative de l'hôpital et la communauté médicale, que la loi HPST s'est employée à distendre – n'est-ce pas, monsieur Leonetti, qui m'écoutez attentivement ?

M. Jean Leonetti. Je vous écoute avec grand intérêt...

M. Jean Mallot. Vous auriez pu, monsieur le ministre, – qui m'écoutez avec la même attention – revenir sur la tarification à l'activité, la fameuse T2A, unanimement critiquée, pour clarifier sa fonction. Est-ce un outil d'orientation vers telle ou telle pratique médicale ou le reflet d'une prétendue vérité des prix ? Ce point n'a jamais été clairement tranché.

Vous auriez pu corriger les travers de la T2A et assurer la pertinence des séjours et des actes, définir les modalités d'une rémunération de la qualité des soins de façon positive ou – et M. Leonetti en sera d'accord – faire un sort à la convergence intersectorielle, qui ne respecte pas les caractères spécifiques de l'hôpital public.

Vous auriez pu présenter des mesures visant à prendre en considération les personnels hospitaliers, qui sont les grands absents des débats et de la loi, ou qui ne sont évoqués que par rapport à leur coût : 70 % du budget de l'hôpital. Aussi, pour faire des économies, on taille dans les crédits qui leur sont consacrés, alors qu'ils constituent la richesse des établissements et que, de ce fait, leurs conditions de travail se dégradent. Ils mériteraient une attention que manifestement vous leur refusez, monsieur le ministre.

Vous auriez pu organiser le dialogue social à l'hôpital, là où se produisent les évolutions, où se mettent en œuvre les projets médicaux et les restructurations auxquelles ils conduisent parfois.

Vous auriez pu, enfin, saisir l'occasion de cette proposition de loi pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles, notamment les « pratiques avancées » des personnels paramédicaux – prise en charge de l'éducation thérapeutique ou des maladies chroniques – qui permettraient de revaloriser les tâches de ces personnels et de résorber la fracture entre les deux grandes catégories de professionnels de santé.

Bref, vous auriez pu prendre des mesures pour aller vers l'hôpital de demain, l'hôpital du XXI^e siècle, au cœur d'un véritable service public hospitalier.

M. Michel Issindou. C'est raté !

M. Jean Mallot. Hélas, cette occasion a été manquée. Voilà pourquoi nous n'approuvons absolument pas cette proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

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

M. Jean Leonetti. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, la proposition de loi Fourcade ne vise pas à défaire ou à « délégitimer » la loi HPST qui, pour nous, est une loi essentielle d'organisation de la santé publique. En examinant ces dispositions qui nous viennent du Sénat, il nous revient de mesurer avec objectivité les avantages et les inconvénients des dispositifs qu'elle met en œuvre, pour essayer de les corriger à la marge.

Si nous devons la résumer, je dirais que la loi HPST est une loi de décloisonnement.

M. Christian Paul. Cela fait rêver !

M. Jean Leonetti. Décloisonnement à l'intérieur de l'hôpital. Décloisonnement avec l'extérieur, en particulier avec la médecine de ville. Décloisonnement des hôpitaux entre eux,...

M. Christian Paul. Juste un peu de cannibalisme !

M. Jean Leonetti. ...avec une meilleure organisation et un meilleur réseau de santé destiné à donner à tous l'accès à des soins de qualité.

Après le vote de la loi HPST, nous avons relevé un certain nombre de problèmes techniques, d'aspects mal compris. L'ensemble méritait des aménagements, une clarification et des améliorations.

Comment, par exemple, lutter contre le désert médical dans certaines zones urbaines ou rurales ? Que faire pour maintenir une continuité de soins ?

M. Michel Issindou. Très bonne question !

M. Jean Leonetti. Vous avez considéré, monsieur le ministre, que le contrat était préférable à la contrainte. Nous sommes plutôt favorables à cette idée. Quant à l'obligation de signaler les congés, elle pouvait être perçue par la profession comme trop complexe à mettre en œuvre, donc en partie inutile, voire vexatoire.

M. Michel Issindou. N'importe quoi !

M. Jean Mallot. Pourquoi complexe ?

M. Jean Leonetti. Vous avez également réfléchi à la manière de mieux organiser les soins en améliorant le dispositif existant, dispositif incitatif qui prévoit en particulier le paiement des études d'un certain nombre d'étudiants à la condition qu'ils s'installent dans les zones où la démographie médicale est moins dense.

Si ces dispositifs sont abandonnés, il faudra trouver des solutions alternatives.

Pour ma part, j'en vois plusieurs, notamment le développement des maisons de santé, qui attirent bon nombre de jeunes médecins car ils n'ont pas la même volonté de pratique que les anciens. La médecine d'aujourd'hui est plutôt une médecine regroupée, comme la loi le permet, avec une pluridisciplinarité organisée, et dont une partie de l'exercice peut être mensualisée.

Je pense donc que ces structures mixtes de proximité peuvent être un élément intéressant pour constituer un bouclier de service public hospitalier régional, permettant l'accès aux soins pour tous.

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

M. Jean Mallot. Excellent !

M. Christian Paul. L'idée progresse !

M. Jean Leonetti. Comment, par ailleurs, revitaliser les zones désertifiées ? Nous pourrions proposer une sorte de remplacement-compagnonnage : les internes pourraient, à la fin de leur parcours, remplacer des médecins établis dans ces zones. Ils prendraient ainsi l'habitude de prendre le relais de ceux qui doivent partir à la retraite ou de venir renforcer l'activité de ces médecins.

M. Christian Paul. Attention, c'est limite socialiste !

M. Jean Leonetti. Voilà quelques propositions pour remplacer les dispositifs auxquels nous renonçons.

M. Christian Paul. Avez-vous amendé ?

M. Jean Leonetti. S'agissant des hôpitaux, la loi prend en compte la pertinence et la qualité des soins en instaurant une obligation de fournir des comptes rendus : c'est l'article 9 A. On pourra ainsi vérifier que l'on peut faire à la fois mieux et moins.

Le regroupement technique de l'imagerie médicale permet de mutualiser.

Les missions de service public ne sont pas à vendre à la découpe – vous l'avez confirmé à plusieurs reprises, monsieur le ministre – mais, en cas de défaillance du service public, et uniquement en ce cas, elles seront attribuées sur appel d'offres.

Certaines professions peuvent accéder à des responsabilités plus importantes dans la délégation des tâches, par exemple les sages-femmes en matière de contraception.

En conclusion, je rappellerai que nous disposons du système de santé le mieux remboursé et le plus performant au monde : il nous faut le préserver. Le système américain est sans doute aussi performant, mais il n'est pas remboursé. Quant aux autres systèmes, ils sont remboursés, mais ne sont pas aussi performants.

M. Jean Mallot. Il est dommage, monsieur Leonetti, que le ministre ne vous écoute pas.

M. Jean Leonetti. Oui, mais vous m'écoutez, vous. Et vous savez à quel point il m'importe d'avoir votre approbation ! *(Sourires.)*

En tout état de cause, je sais que le ministre est d'accord avec ce que je propose.

M. le président. Il faut conclure, monsieur Leonetti.

M. Jean Leonetti. Dans les hôpitaux, nous devons maintenir la tarification à l'activité tout en y associant un élément qualitatif.

M. Michel Issindou. Vous y venez !

M. Jean Leonetti. C'est indispensable pour assurer la qualité des soins sur l'ensemble de notre territoire, et cela, nous le devons à la loi HPST. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)*

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

Mme Catherine Lemorton. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, nous ne sommes pas dupes des objectifs ou des motivations de ce texte de circonstance qui, à un an des élections présidentielles, semble être proposé pour permettre au Gouvernement de retrouver des soutiens.

M. Jean Mallot et M. Michel Issindou. C'était donc cela...

Mme Catherine Lemorton. En fait, ce qui me ravit, c'est la leçon de vocabulaire que vous nous donnez à cette occasion en nous proposant une belle définition du verbe « délégué ». Quel intérêt y avait-il à qualifier la loi HPST d'urgence absolue en 2009, alors que nous la voyons réapparaître aujourd'hui, en 2011, pas complètement appliquée, mais déjà à revoir ?

M. Christian Paul. C'est la dictature de l'urgence !

Mme Catherine Lemorton. Ni fait, ni à faire ! Mais ce n'est guère étonnant de votre part.

Dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires, le concept même d'hôpital a disparu ; les patients n'étaient guère présents ; la santé a été réduite à trois pages : « Prévention et santé publique ». Et pour ce qui concerne les territoires, on a assisté à un renforcement des déserts médicaux.

Mme Isabelle Vasseur. Quel optimisme !

Mme Catherine Lemorton. Néanmoins – et pour une fois, je vais essayer de positiver – ce débat est finalement le bienvenu si l'on prend la peine de l'élargir à certains sujets déjà abordés durant les débats consacrés à la loi HPST, notamment au titre III, intitulé « Prévention et santé publique », dont j'étais responsable pour mon groupe.

Concernant la prévention, il faut vivre avec son temps. Et ce temps, c'est notamment internet, qui est devenu docteur Google, le « médecin le plus consulté de France ».

À ce sujet, le vote par la commission d'un amendement imposant la présence de liens en direction des sites d'information institutionnels et indépendants est une bonne chose, mais la réalité de la situation devra imposer à la représentation nationale d'aller plus loin. J'en veux pour preuve l'exemple, hallucinant à plus d'un titre, dont je vais vous parler.

Sur de nombreux sites – sites de CHU, de journaux de CHU, sites personnels de médecins généralistes, sites de collectivités territoriales destinés aux jeunes et même sites certifiés *Health On the Net* –, figure un lien qui renvoie à un site nommé *adovac.fr*. Or, à aucun moment, il n'est précisé que ce « site d'information sur la vaccination des adolescents avec calendrier à télécharger » aboutit directement à la page d'accueil de Sanofi-Pasteur MSD (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC*) et qu'il émane d'experts rémunérés par cette même firme. La confusion entre expertise, information en direction d'un public sensible – les adolescents, qui utilisent internet pour s'informer – et publicité pour une firme pharmaceutique est ici totale.

Je souhaite également évoquer l'article 9 *bis* du texte de la commission, qui aborde timidement la question des conflits d'intérêts. Pour nous, il est important d'aller plus loin en proposant que les déclarations des membres des professions médicales soient rendues publiques bien au-delà des seuls ordres professionnels, qui les gardent souvent au fond de leurs tiroirs. L'exemple suivant, tout aussi hallucinant que le précédent, devrait vous éclairer quant à l'urgence d'établir un encadrement.

Dans son édition du 7 avril dernier, un hebdomadaire reconnu a consacré une chronique au cancer du col de l'utérus et à sa prévention par le biais du vaccin, chronique rédigée par un médecin qui intervient régulièrement dans les colonnes de ce journal ainsi que sur France Info.

M. Jean Mallot. Allons donc!

Mme Catherine Lemorton. Mais quelle n'a pas été ma surprise de découvrir, juste en face de cette chronique – je montrerai les pages en question lors de la discussion des amendements –, une publicité vantant les mérites de la prévention de ce cancer et renvoyant au site *adovac.fr*, que nous connaissons déjà fort bien.

Quand on sait que, par ailleurs, ce chroniqueur médecin est également salarié, après en avoir été propriétaire, d'une entreprise spécialisée dans la production de films promotionnels et publicitaires pour des firmes pharmaceutiques, le doute s'installe.

Quand, en outre, on apprend que ce même chroniqueur-médecin-salarié est également directeur d'un journal audio en ligne à destination des médecins, financé par Sanofi et cité en lien dans sa chronique, on ne peut que s'interroger sur l'existence d'un conflit d'intérêts patent!

M. Jean Mallot. On n'a même pas à s'interroger!

Mme Catherine Lemorton. On me parlera encore de rengaines, de refrains maintes fois entendus venant de la « toquée » des firmes pharmaceutiques, de la « passionaria » de la transparence que certains voient en moi.

Cependant ces objections sont aujourd'hui irrecevables au vu du scandale du Mediator, scandale qui, loin d'être le seul, a déjà fait de trop nombreuses victimes et qui n'a cessé de faire revenir comme une ritournelle les termes de « conflits d'intérêts », y compris dans votre bouche, monsieur le ministre.

Ne reprochez pas à l'opposition, et plus particulièrement au groupe auquel j'appartiens, d'avoir eu raison avant l'heure en présentant depuis trois ans des amendements sur ces sujets,

qui ont été à chaque fois rejetés. Les Français exigent de la transparence et je vous demande une chose : la commission a accepté certains de nos amendements et j'aimerais que, par sympathie et par respect pour le travail que nous effectuons depuis trois ans, vous ne les rejetiez pas en séance sous prétexte que les Assises du médicament vont apporter toutes les solutions. Car, pour tout vous dire, j'ai bien l'impression qu'à l'issue de ces réunions, vous ne ferez que reprendre les propositions issues du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS.

La dernière partie de mon intervention sera consacrée à l'éducation thérapeutique. Elle « vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui ». Cette définition tirée du rapport que M. Saout a consacré à l'éducation thérapeutique, et que votre prédécesseur, Roselyne Bachelot, a validée, est loin d'être devenue une réalité.

L'éducation thérapeutique pour les patients chroniques est un beau concept, clairement défini par l'Organisation mondiale de la santé. Elle est indispensable pour l'observance des traitements, la prévention liée au capital santé restant chez le malade chronique et l'accompagnement de son entourage.

M. Jean Mallot. Cela semble peu intéresser le ministre, qui préfère discuter avec son cabinet! Il va attraper un torticolis!

Mme Catherine Lemorton. Elle constitue un véritable défi car, bien encadrée, elle vient de fait contrecarrer les plans de développement économique des firmes, qui optent aujourd'hui pour des stratégies au lit du malade afin de s'assurer d'une parfaite observance des traitements, position qui avait été rejetée en 2007 par l'ensemble des acteurs de notre pays, qu'il s'agisse des syndicats professionnels de santé, d'associations de patients ou d'élus de tous bords.

Les techniques d'approche du malade développées par les firmes sont redoutablement efficaces : j'en veux pour preuve le lancement d'un réseau social intitulé *UniteMS.net*, destiné à créer du lien entre malades atteints de la sclérose en plaques, par Merck Serono, qui, rappelons-le, est le laboratoire leader dans le traitement des formes récurrentes-rémittentes de cette maladie.

Je citerai encore l'exemple de la « proximiologie », qui renvoie à l'accompagnement de l'entourage du malade. Cette notion inventée par le laboratoire Novartis, que personne ne connaissait il y a dix ans, est devenue un terme institutionnel que l'on retrouve dans l'intitulé de nombreuses assises consacrées aux aidants et aux accompagnants, qui se sont tenues sous le haut patronage des ministres de la santé successifs.

À l'heure où la population s'inquiète de sa sécurité sanitaire, et particulièrement du médicament, il serait pertinent de proposer des règles simples, déontologiques, transparentes, pour mettre en place une éducation thérapeutique qui soit effectivement au service des individus et non des firmes.

Les préconisations du rapport Saout – intégration de l'éducation thérapeutique dans un plan de soins coordonné, mise en place d'un cahier des charges, offre de moyens pour l'accompagnement du malade, financement le plus indépendant possible pour les associations de patients, représentants appelés à prendre toute leur place dans les diverses instances, notamment la Haute autorité de santé, création d'un fonds

national pour le développement de l'éducation thérapeutique – pourront servir de base à nos échanges, qui devront se poursuivre bien au-delà de ce débat afin que la puissance publique reprenne toute sa place s'agissant d'un sujet majeur comme celui de la santé, *a fortiori* quand celle-ci devient défaillante et que la maladie arrive.

Faire et défaire, me direz-vous, monsieur le ministre, c'est toujours travailler. Mais quitte à défaire, autant refaire. Refaisons donc des propositions qui permettent de remettre le patient – dont il a été peu question en commission – au centre du système au lieu de rédiger un texte essentiellement sous le diktat des corporatismes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Yves Bur. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, depuis plus de quinze ans que le Parlement assume la responsabilité des finances sociales, particulièrement de la branche maladie, nous sommes confrontés à une double exigence : maîtriser durablement les déficits et rechercher en permanence une meilleure efficacité dans l'organisation du système de soins.

Pour prétendre à un équilibre durable du financement de notre système de santé, il n'y a pas d'autre chemin que la recherche persévérante d'un parcours de soins plus cohérent et mieux coordonné pour justifier la mobilisation de recettes supplémentaires.

Nous ne pouvons durablement charger les générations futures de régler la note d'un système de santé incohérent et sous-financé. Le débat sur le projet de loi constitutionnelle relatif à l'équilibre des finances publiques nous donnera l'occasion de proposer un nouveau cadrage...

M. Jean Mallot. Ah ça !

M. Yves Bur. ...afin de mettre un terme à notre coupable irresponsabilité collective envers notre jeunesse.

La recherche d'un parcours de soins plus cohérent du point de vue médical, au sein d'une offre de soins mieux coordonnée, est au menu de nos débats depuis plus de quinze ans. Du chemin a été certes parcouru, et l'efficacité et la qualité des soins se sont accrus sans que nos concitoyens en aient forcément conscience. Cette évolution positive a été facilitée par l'apport incontestable du progrès médical, solvabilisé par une solidarité financière qui n'a jamais fait défaut, y compris au cœur de la crise financière sévère que le monde vient de traverser.

Pourtant, nous avons pris conscience ces dernières années que le défi n'était pas simplement financier et que l'organisation des soins pouvait être remise en cause par les disparités croissantes de la répartition démographique de l'offre de soins.

M. Jean Mallot. Eh oui !

M. Yves Bur. L'apparition de déserts médicaux constitue de plus un risque majeur en termes de santé publique. La loi HPST avait tenté d'y apporter une première réponse, bien timide au demeurant,...

M. Jean Mallot. Mais c'était déjà trop !

M. Yves Bur. ...afin d'anticiper tant soit peu une évolution démographique qui imposera aux pouvoirs publics comme aux acteurs de la santé, y compris aux médecins, une révolution culturelle.

L'examen de cette proposition de loi illustre notre désarroi face à des enjeux démographiques mal maîtrisés, aux conséquences mal évaluées et aggravées par la difficulté d'imaginer

des réponses crédibles. L'assurance maladie ne vient-elle pas d'établir que les dispositifs d'incitation à l'installation se sont avérés modestement efficaces et assez coûteux : 50 médecins supplémentaires installés en zone déficitaire pour un coût de 17 millions d'euros par an entre 2005 et 2009 !

M. Michel Issindou. Ça fait cher pour si peu !

M. Yves Bur. Face à un corps médical inquiet, qui comprend encore mal l'activisme des élus de tous bords face aux risques de sous-médicalisation de certains territoires ruraux et urbains, dans le doute et en l'absence de certitudes, nous naviguons à vue, sans beaucoup de convictions, entre incitation et contrainte.

Nous oublions cependant que chaque année perdue dans la mise en place d'une autre organisation de l'offre de soins aura des conséquences médicales pour les habitants concernés.

Que deviendront les habitants de Bourgogne où l'on prédit une baisse de l'offre de soins de plus de 30 % dans les quatre années à venir ?

Comment dois-je moi-même agir en tant que maire d'une ville de 17 000 habitants dans la périphérie de Strasbourg, en pleine rénovation urbaine, pour anticiper le départ à la retraite de 20 % à 25 % des médecins dans moins de cinq ans alors que la commune accueillera 3 000 nouveaux habitants ?

Faut-il s'en remettre à la chance et rester l'arme au pied avec un corps médical qui ne se sent plus aucune responsabilité collective dans la cité ?

Faut-il à l'inverse engager une dynamique plus volontariste en mettant tous les acteurs médicaux devant leurs responsabilités pour sortir de l'attentisme, qui n'est peut-être que l'expression de l'impuissance publique ?

À quel dogme nous référons-nous quand nous considérons comme acquis le fait que l'on ne peut rien changer à notre organisation médicale, alors que les études des futurs médecins sont actuellement financées par l'argent des Français, y compris ceux qui, demain, auront du mal à se faire soigner ?

Telles sont les questions que m'inspire le débat qui s'engage et dont nous savons bien qu'il laissera ouvertes plus de questions qu'il n'apportera réellement de réponses. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Jean Mallot. Très bien !

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

M. Jean Mallot. Il va être question de fraude à la sécu, je le sens !

M. Dominique Tian. Pas aujourd'hui !

Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, votée il y a deux ans, la loi HPST avait des objectifs ambitieux, portés par la réunion des forces de l'État et de l'assurance maladie au sein des agences régionales de santé, les ARS. Devant l'ampleur de la tâche accomplie, il ne paraît pas étonnant de devoir procéder à quelques ajustements, en particulier pour clarifier l'organisation des soins de premier secours ou affiner certaines règles applicables au secteur médico-social.

Nous avons eu l'occasion, il y a peu de temps, de nous exprimer à ce sujet, puisque l'Assemblée vient de procéder à un bilan précis de la mise en œuvre de la loi, beau travail parlementaire d'évaluation qu'il faut saluer : si la modernisation des hôpitaux et l'organisation territoriale du système de santé a paru avoir des résultats concluants, l'accès de tous à des soins de qualité semble souffrir de quelques insuffisances.

À la lecture de ce rapport, j'ai relevé que certaines dispositions n'avaient toujours pas fait l'objet de décrets, ce que l'on peut déplorer deux ans après, monsieur le ministre. J'en citerai deux : à l'article 17, la disposition relative à la certification des établissements publics de santé ; à l'article 19, les conditions dans lesquelles les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française.

L'un et l'autre de ces articles ne sont pas dénués d'intérêt. Peut-être, monsieur le ministre, pourrions-nous faire le point sur la publication des décrets liés à cette loi : 154 ont été publiés sur les 240 prévus.

Si la loi HPST remodèle la structure de notre système de santé, elle participe également à son amélioration. Ainsi une note de conjoncture sur les finances hospitalières établie par Dexia-Crédit local, rendue publique le 6 avril dernier, montre que les hôpitaux publics ont redressé leur situation financière en 2009 tout en maintenant un niveau d'investissement élevé. Se fondant sur des données de la direction générale des finances publiques, l'étude confirme que le retournement de tendance observé en 2008 s'est poursuivi en 2009, avec un déficit, tous budgets confondus, qui a été divisé de moitié en deux ans pour se replier à 213 millions d'euros, soit 0,3 % du budget hospitalier. Cependant l'amélioration générale ne doit pas cacher de grandes disparités de situations et faire oublier la question de l'absorption des déficits cumulés jusqu'à aujourd'hui, le report s'élevant, je le rappelle, à 2,3 milliards d'euros.

Si nous pouvons nous féliciter de ces résultats, nous savons que nous pouvons faire encore bien mieux du point de vue budgétaire. Ainsi, selon le rapport de la MECSS sur le fonctionnement des hôpitaux, il y aurait 5 à 7 % de recettes potentielles non facturées par les hôpitaux, voire 12 % dans certains établissements.

M. Jean Mallot. C'est exact !

M. Michel Issindou. On perd de l'argent !

M. Dominique Tian. J'ajoute que les hôpitaux publics n'adressent pas à l'assurance maladie une facture globale comprenant à la fois les dépenses effectuées par l'établissement pendant le séjour du patient et les actes des praticiens, à la différence des cliniques privées, qui le font depuis longtemps.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. C'est vrai.

M. Dominique Tian. Je ne vous étonnerai pas en indiquant que j'ai déposé quelques amendements...

M. Jean Mallot. Quelques dizaines, oui !

M. Dominique Tian. ...et que j'en ai cosigné d'autres.

Ainsi, j'approuve entièrement l'amendement de mon collègue Guy Lefrand visant à rétablir l'article 4, article que Mme Boyer a évoqué et qui supprimait l'obligation faite aux médecins de déclarer leurs vacances. Cette mesure, très mal vécue par les médecins, est de toute façon inapplicable ; il vaut mieux l'admettre et renouer le lien de confiance indispensable avec ces professionnels de santé, déjà submergés de travail dans leurs cabinets.

Les très mauvaises décisions prises par le passé imposent déjà de longs délais d'attente aux patients, un peu partout en France. Le même constat vaut pour les infirmières et les aides-soignantes. En la matière, tout le monde attend du Gouvernement des gestes forts...

M. Jean Mallot. Ça ne risque pas d'arriver !

M. Dominique Tian. ...afin d'éviter une situation catastrophique au cours des années à venir. Et ce n'est pas en soumettant les médecins à la contrainte que l'on résoudra ce problème.

En ce qui concerne l'information des patients dans le cadre d'actes incluant la fourniture d'un dispositif médical, je soutiens l'amendement de Richard Mallié à l'article 6. Une obligation conventionnelle et déontologique existe depuis 2009 ; pourquoi un échelon supplémentaire ?

D'autre part, deux des amendements que j'ai déposés me semblent particulièrement importants.

L'amendement n° 151 à l'article 3 *bis* concerne les médecins libéraux exerçant dans les établissements privés non lucratifs. Une réforme de l'article L. 6161-9 du code de la santé publique issu de la loi HPST avait été demandée afin de tenir compte de la situation particulière des établissements dits « ex-prix de journée préfectoral », qui travaillent de longue date avec des médecins libéraux, dont l'hôpital Saint-Joseph de Marseille, comme Mme Boyer le sait bien. Un décret daté du 28 mars et publié au *Journal officiel* du 30 mars 2011 méconnaît ces situations.

En ce qui concerne les groupements de coopération sanitaire, les professionnels, notamment la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne et la Fédération de l'hospitalisation privée, demandent conjointement qu'il soit clairement indiqué que le GCS de moyens permet de partager des moyens de toute nature – matériels et humains – afin d'exploiter en commun une autorisation détenue par un membre. C'est le seul moyen d'entreprendre à nouveau des coopérations public-privé aujourd'hui totalement bloquées.

M. le président. Il faut conclure, monsieur Tian.

M. Dominique Tian. Or – je conclus, monsieur le président – l'amendement du Gouvernement à l'article 14 ne résout pas le problème. D'une part, un GCS de droit public dissuadera d'ajouter une composante privée ; d'autre part, les directeurs d'hôpitaux n'opteront jamais pour des GCS de droit privé. Il faut donc leur préférer des GCS de moyens.

Monsieur le ministre, madame la rapporteure, malgré ces remarques, cette nouvelle version de la loi HPST est un très bon texte, que je voterai bien évidemment. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Bravo !

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

Mme Dominique Orliac. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, la loi HPST, adoptée en 2009, visait à garantir à tous nos concitoyens l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire. Moins de deux ans après sa promulgation, ses difficultés d'application montrent qu'elle doit être profondément adaptée. Le récent rapport d'évaluation de nos collègues Jean-Marie Rolland et Christian Paul confirme qu'elle n'a pas atteint tous ses objectifs.

Le sénateur Fourcade a donc proposé d'aménager la loi HPST, à propos moins du secteur hospitalier que de ce que l'on appelle les soins de ville, auxquels de nombreux articles sont consacrés.

Pour ma part, si je salue l'objectif de cette proposition de loi – procéder à des aménagements substantiels de la loi HPST afin de mettre un terme à certains dysfonctionnements –, je regrette que, sur un sujet aussi important, les professionnels de santé n'aient pas été davantage consultés avant même l'élabo-

ration du texte. Cela oblige les parlementaires, au Sénat comme à l'Assemblée nationale, à l'amender profondément à tous les stades de la procédure législative.

Chacun d'entre nous a pu mesurer l'émoi suscité par certains articles, avant comme après l'examen du texte par le Sénat.

J'approuve deux points essentiels du texte, qui consistent à revenir sur deux dispositions de la loi HPST que j'avais combattues à l'époque: la pénalité attachée au contrat santé-solidarité et la déclaration obligatoire des absences programmées.

Sur le premier point, il est souhaitable que notre assemblée ne rétablisse pas les pénalités financières sanctionnant les médecins généralistes des zones surdotées qui ne souhaitent pas prêter ponctuellement main-forte à leurs confrères des secteurs fragiles proches.

M. Jean Mallot. Pourquoi donc ?

Mme Dominique Orliac. De manière générale – j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de le dire à cette tribune –, je ne crois pas à la contrainte financière comme moyen d'inverser la tendance et de lutter contre les déserts médicaux, et je suis satisfaite que le Gouvernement ait changé d'avis à ce sujet. Le volontariat doit être au fondement de la contractualisation. J'espère que notre assemblée maintiendra sur ce point la rédaction actuelle.

En revanche, sur le second point – la déclaration obligatoire des absences –, il est profondément regrettable que notre commission ait refusé de supprimer l'obligation faite aux médecins de déclarer leurs congés auprès des conseils de l'ordre des médecins.

Je le répète, ce n'est pas de cette façon, par des mesures absolument inapplicables, que nous parviendrons à garantir une médecine de qualité. Mes chers collègues, lorsqu'il s'agit de résoudre le problème de la démographie médicale et de la continuité des soins, les mesures coercitives ne sont pas de bonne méthode dans un contexte de désaffection envers la médecine libérale. Elles semblent au contraire dissuasives, donc contre-productives.

M. Michel Issindou et M. Jean Mallot. Donc, il ne faut rien faire ?

M. Élie Aboud. Mme Orliac a raison !

Mme Isabelle Vasseur. Bien sûr !

M. Jean Mallot. Mais que propose-t-elle ?

Mme Dominique Orliac. La carrière de médecin fait encore rêver les jeunes générations. Mais, à la différence de leurs aînés, les jeunes diplômés rejettent le schéma traditionnel du médecin à tout faire, isolé dans son cabinet, corvéable jour et nuit. Parmi les nouveaux inscrits à l'ordre au 1^{er} janvier 2010, moins de 9 % ont choisi d'exercer en libéral, deux tiers ont opté pour une activité salariée et un quart pour des remplacements.

Les jeunes médecins ne refusent pas d'exercer la médecine générale. Au contraire, il existe une forte demande de formation et d'accompagnement sur le terrain, et nous avons déjà fait des progrès en la matière. Contrairement aux idées reçues, la motivation principale du refus de l'installation n'est pas du tout le niveau insuffisant de la rémunération, mais la lourdeur excessive de la charge administrative, la solitude de l'exercice ou encore les contraintes des gardes.

Le problème de l'accès aux soins et de la continuité des soins est bien réel. Cependant, dans la majorité des départements, la permanence des soins fonctionne correctement et donne satisfaction aux patients comme aux médecins, lesquels continuent d'assurer leurs responsabilités professionnelles auprès de la population.

C'est ce que montre la huitième enquête nationale de l'ordre national des médecins sur l'organisation de la permanence des soins. Dans mon département rural, près de 80 % des médecins contribuent à la permanence des soins – ceux qui ne le font pas sont trop âgés ou malades, atteints de pathologies lourdes –, et ils l'assurent à 100 %.

L'organisation doit donc privilégier le volontariat, la responsabilisation, l'exercice collectif et le compagnonnage. Car ce métier ne peut être exercé que par des médecins engagés, heureux, exerçant en toute sérénité, non par des médecins enrôlés.

M. Jean Mallot. Les malheureux ! On ne va quand même pas les plaindre !

Mme Dominique Orliac. À propos de l'exercice collectif, l'article 1^{er} de la proposition de loi tend à créer une nouvelle forme de société, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, qui doit apporter aux professionnels un statut juridique et financier en cas d'exercice groupé et multidisciplinaire. Si l'on peut se réjouir que les pharmaciens y soient désormais inclus – à condition que le bénéfice en soit réservé aux seuls pharmaciens titulaires d'une pharmacie d'officine –, il est indispensable de résoudre le problème juridique de leur existence au sein des SISA, afin qu'ils puissent participer au projet de santé du territoire, et en particulier à l'éducation thérapeutique.

En outre, à l'heure où nous faisons de la simplification administrative une priorité, inventer une nouvelle structure, de surcroît aussi complexe, n'est guère cohérent.

Cet article comporte de nombreuses incertitudes qui jettent le doute sur son interprétation et son application.

M. le président. Il faut conclure, madame Orliac.

Mme Dominique Orliac. La société doit notamment, dès qu'elle exerce, être inscrite aux différents ordres professionnels. Or, en tout état de cause, les professionnels libéraux n'ont pas à être soumis à la tutelle de l'État.

M. Jean Mallot. Et leur rémunération, elle est soumise à quoi ?

Mme Dominique Orliac. Monsieur le ministre, mes chers collègues, tels sont les quelques points que je souhaitais évoquer avant l'examen de cette proposition de loi, encore très perfectible.

M. Richard Mallié. Elle est excellente, Mme Orliac !

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

Mme Isabelle Vasseur. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, il y a deux ans, la majorité adoptait la loi HPST, à mes yeux la plus vaste réforme de l'organisation de la prise en charge de la santé.

M. Michel Issindou. N'exagérons rien !

Mme Isabelle Vasseur. Comme beaucoup de mes collègues, j'en ai du reste eu – ne vous en déplaise – de très bons échos, de la part de praticiens hospitaliers, de médecins libéraux ou de directeurs des ressources humaines.

Étant donné l'importance de cette réforme et de ses enjeux, il a semblé très vite nécessaire d'améliorer certaines de ses dispositions, trop complexes, et de revoir certaines mesures administrativement lourdes et mal vécues par les professionnels de santé, partenaires essentiels de la refonte de notre système de santé. Il ne s'agit donc nullement de remettre en cause les fondements de la loi HPST, mais d'en suggérer des ajustements. Tel est l'objet de la proposition de loi présentée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade, que nous examinons aujourd'hui.

Je voudrais, pour ma part, m'attarder sur trois points.

Le premier concerne les conditions de participation des médecins libéraux aux missions de service public et aux soins dispensés par les établissements de santé privés. Il s'agit d'une mesure de bon sens. Il faut, monsieur le ministre, leur permettre d'assurer la continuité avec les organisations médicales en place et faciliter l'instauration de nouvelles dispositions. Voilà pourquoi il me semble nécessaire de reporter l'application de ces mesures au 1^{er} janvier 2012. Je vous proposerai un amendement en ce sens.

Deuxièmement, il s'agit de conforter le principe, promu par la loi HPST, de généralisation des coopérations entre professionnels de santé libéraux et établissements sanitaires et médico-sociaux. Il est en effet important que les professionnels libéraux puissent se réunir au sein de structures adaptées afin de dispenser les soins de premier recours, sans risquer pour autant d'être pénalisés. De même, ils doivent pouvoir coopérer avec des établissements sanitaires et médico-sociaux sans que leur statut conventionnel en soit affecté en termes de participation des caisses d'assurance-maladie au financement de leurs cotisations sociales.

Par conséquent, j'ai proposé que les distinctions puissent être opérées en fonction du lieu géographique d'installation ou d'exercice, et non entre l'exercice libéral classique et celui qui est organisé avec le secteur médico-social. Cet amendement a malheureusement été repoussé au titre de l'article 40, mais je souhaite connaître votre point de vue à ce sujet, monsieur le ministre.

Permettez-moi enfin d'évoquer brièvement les dispositions relatives aux professeurs des universités praticiens hospitaliers qui ont atteint la limite d'âge fixée pour la retraite. Il me semble illogique de confier à des praticiens qui n'auraient pu être nommés chefs de service, ni même maintenus à ce poste, la direction d'un pôle, structure regroupant plusieurs services ou entités fonctionnelles, dotée, en matière administrative, financière ou de gestion des ressources humaines, de prérogatives bien plus larges que celles des services à la responsabilité desquels ils n'auraient pu accéder.

Voilà les propositions d'aménagement que je ne manquerai pas de développer au cours de la discussion des articles. En tout état de cause, je voterai en faveur de ce texte, que je juge éminemment légitime. En effet, le législateur ne doit pas considérer que son rôle est achevé une fois la loi votée ; il doit d'abord veiller à ce qu'elle soit véritablement appliquée et, le cas échéant, lui apporter des ajustements. Tellé est la démarche de M. Fourcade, que je soutiens pleinement. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)*

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Monsieur le ministre, nous avons bien compris le sens de la proposition de loi de M. Fourcade : réconcilier le Gouvernement et ceux avec lesquels votre prédécesseur, Mme Bachelot, l'a fâché.

M. Élie Aboud. Ce n'est pas mal !

M. Gérard Bapt. Il s'agissait à la fois – c'était une prouesse – des médecins hospitaliers et des médecins libéraux. Et nous semblons aujourd'hui sur la voie de la réconciliation avec les médecins libéraux.

Toutefois, un double problème demeure, que plusieurs de mes collègues, y compris au sein de la majorité, ont cité : les difficultés d'accès aux soins, pour des raisons financières, d'une part, et en raison de la démographie médicale, d'autre part.

En ce qui concerne les raisons financières, je veux poursuivre le débat entamé avec vous en commission. L'article 53 de la loi HPST donnait compétence aux ministres pour instituer par arrêté un nouveau secteur, le secteur optionnel. Celui-ci n'était assurément pas la solution idéale, mais présentait à nos yeux l'intérêt d'encadrer les dépassements d'honoraires...

M. Michel Issindou. C'était un peu mieux !

M. Gérard Bapt. ...et de remédier à une situation que Mme Bachelot avait dénoncée à plusieurs reprises dans cet hémicycle : pour certaines spécialités, dans certains territoires, parfois dans des départements entiers, il devenait impossible de trouver un praticien appliquant le tarif opposable, donc abordable pour des assurés sociaux de condition modeste.

Notre collègue Jean-Pierre Door avait présenté lors de la discussion de la loi précédente un amendement instituant une date butoir au 15 octobre 2009, au-delà de laquelle le Gouvernement et l'Assemblée nationale devraient prendre leurs responsabilités. À cette date, un accord tripartite entre les caisses, les complémentaires et certains syndicats de médecins a bien été conclu. Ils s'engageaient à commencer à travailler sur le sujet.

Depuis, plus rien.

En commission, vous nous avez déclaré que cette voie n'était pas celle que vous comptiez emprunter ; vous voulez aujourd'hui vous limiter à des expérimentations, qui ont eu lieu, de prise en charge de dépassements d'honoraires par des organismes complémentaires. Cela ne répond absolument pas au but recherché par la mise en place d'un secteur optionnel.

Monsieur le ministre, faudra-t-il attendre une nouvelle élection présidentielle pour que ce sujet revienne devant notre assemblée ?

M. Christian Paul. Ça pourra aider, mais ce ne sera pas avec le même ministre !

M. Gérard Bapt. Pour notre compte, nous sommes tout à fait décidés – dès que nous en aurons les moyens politiques – à avancer dans le sens de la réduction des inégalités d'accès aux soins pour des raisons financières.

L'autre raison, c'est évidemment la démographie médicale de certains territoires : territoires ruraux, mais aussi banlieues. Vous avez engagé le débat, mais sur des fondements me semble-t-il erronés.

Selon vous, l'opposition, et notamment les socialistes, voulait toucher à la liberté d'installation.

M. Jean Mallot. Il n'en est rien !

M. Gérard Bapt. Nous faisons le constat – et M. Bur, tout à l'heure, le faisait aussi – de l'efficacité insuffisante des mesures incitatives, notamment financières, même si elles ont pu avoir un certain intérêt, à la marge, dans certains territoires ruraux défavorisés.

Nous constatons aussi que la régionalisation de l'internat et la réponse territorialisée en matière de spécialités consistant à fixer des perspectives de créations de postes d'internat dans certains territoires, représentent un acquis. Il n'empêche que le problème n'est pas réglé.

Nous ne sommes pas pour la coercition, monsieur le ministre; nous sommes pour la régulation de l'installation. Il ne s'agit pas de prendre une mesure coercitive, il s'agit de prendre une mesure dissuasive. La liberté d'installation aura toujours cours, là où les besoins de l'intérêt général, où les besoins d'accès aux soins de certaines populations sont à pourvoir.

M. Michel Issindou. Bien expliqué, c'est tout simple.

M. Gérard Bapt. Cette mesure dissuasive n'est pas une atteinte à la liberté d'installation; elle ne saurait inquiéter les professionnels de santé, comme vous l'avez prétendu.

Le responsable d'un syndicat de jeunes médecins généralistes nous disait récemment que l'an dernier, moins de 9 % des jeunes praticiens se sont installés en exercice de ville. Nous ne parlons plus d'une réalité à éviter: nous parlons d'une réalité existante, celle de la dissuasion à l'installation.

Quand vous nous dites que réguler l'installation risquerait d'amener les jeunes praticiens à s'interroger sur la liberté de prescription dans l'avenir, ou sur la mise en place de nouvelles modalités de rémunération, nous répondons qu'il ne s'agit pas là d'une réalité crédible! La liberté de prescription n'est pas un pilier de la médecine libérale; elle existe déjà dans la médecine hospitalière. Quant aux nouvelles modalités de rémunération, elles sont déjà à l'œuvre. La Confédération des syndicats médicaux français demande maintenant, pour les médecins spécialistes, la mise en place des CAPI, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles. Or que sont les CAPI, sinon la recherche de nouvelles modalités de rémunération de l'exercice libéral?

M. le président. Il faut conclure.

M. Gérard Bapt. Voilà pourquoi, monsieur le ministre, nonobstant votre volonté de vous réconcilier temporairement avec les médecins, il faudra un jour les amener à prendre en considération l'intérêt général. Cela ne pourra se faire qu'au sein d'un projet global, que nous avons l'ambition de présenter au cours des mois qui viennent. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

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

M. Élie Aboud. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, chers collègues, la loi Hôpital, patients, santé et territoires demeure une œuvre majeure de cette législature.

M. Michel Issindou. Ça commence fort!

M. Jean Mallot. Une erreur majeure, voulez-vous dire.

M. Élie Aboud. Elle est courageuse, novatrice au plan des structures, mais également visionnaire.

M. Jean Mallot. Les erreurs peuvent être novatrices, elles aussi.

M. Élie Aboud. Promulguée il y a bientôt deux ans, elle appelle cependant des aménagements, afin de mieux répondre aux exigences de la santé publique.

M. Jean Mallot. C'est donc une œuvre majeure si bien conçue qu'il faut déjà l'aménager.

M. Élie Aboud. La proposition de loi du sénateur Fourcade vise à compléter et à améliorer cette loi.

M. Christian Paul. Vous n'avez pas bien écouté vos collègues de l'UMP!

M. Élie Aboud. Donner au bateau amiral qu'est l'hôpital public les moyens de sa gouvernance, préserver la cohésion de l'ensemble des acteurs autour de l'ARS, avoir l'ambition de rendre notre système de soins plus efficient, renforcer notre système de médecine générale et redonner à l'ensemble des acteurs privés et publics toute leur place dans notre système de santé, tels sont les enjeux de ces textes.

M. Michel Issindou. Le bateau amiral prend l'eau!

M. Élie Aboud. Enrichi de deux années d'expérience, celui qui nous est proposé aujourd'hui permet de réaffirmer ces principes et d'y ajouter certaines avancées.

La volonté que chacun puisse accéder à des soins de qualité vous conduit à souhaiter le développement des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, qui permettront de recevoir des subventions en assurant la redistribution des revenus entre les professionnels dans le cadre de l'exercice libéral de leur profession.

M. Jean Mallot. Ah, pour toucher des subventions, il y a toujours du monde!

M. Élie Aboud. Ensuite, à l'heure où la médecine libérale traverse une crise des vocations sans précédent, il est impératif de renoncer à des mesures de démographie médicale trop coercitives. *(Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.)* La suppression de ce volet dans les contrats santé-solidarité et de l'obligation de déclaration des absences programmées est importante pour dépassionner le débat.

Enfin, la transparence des soins prothétiques et l'amélioration de la qualité des soins dentaires sont indispensables. La reconnaissance de la profession d'assistant dentaire, par son inscription dans le code de la santé publique, illustre toute l'importance que la majorité attache à cette profession.

M. Richard Mallié. Très bien!

M. Élie Aboud. Celle-ci contribue en effet, monsieur le questeur, à renforcer la qualité des soins. D'ailleurs, le conseil de l'ordre des chirurgiens dentistes ne s'y est pas trompé et s'est dit favorable à cette mesure.

En apportant ces correctifs, ce texte se révèle utile. Voilà suffisamment de points positifs de nature à nous inviter à le soutenir. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)*

M. le président. La parole est à Mme Frédérique Massat.

Mme Frédérique Massat. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, présentée comme l'une des grandes réformes du quinquennat, la loi Hôpital, patients, santé et territoires subit avec cette proposition de loi un véritable détricotage des quelques maigres avancées qu'elle comportait.

M. Jean Mallot. Eh oui!

Mme Frédérique Massat. Le but en est, non pas de garantir un meilleur accès des usagers à l'offre de soins, mais plutôt de satisfaire des revendications corporatistes.

En réalité, si l'on fait le bilan de cette loi, on constatera qu'elle n'a en rien amélioré l'offre de soins dans nos territoires, notamment ruraux. Chargées de répartir et d'organiser cette offre, les Agences régionales de santé ont davantage brillé par leur logique comptable que par leur souci d'harmoniser la situation sanitaire et médico-sociale.

Aujourd'hui, les ARS, véritables préfectures sanitaires, sont chargées de liquider ce qui reste du service public hospitalier. Obéissant aux orientations ministérielles qui visent à appliquer aux services publics les pratiques gestionnaires du privé, elles ferment ou regroupent les services les moins rentables, provoquant au passage des suppressions de postes massives.

Ainsi, en Ariège, le directeur de l'ARS, fort des pouvoirs qui lui sont confiés par la loi HPST et que le présent texte renforce, a opté pour une réorganisation de l'offre de soins pour le moins hasardeuse et inégalitaire. Dans les hôpitaux, des services ont été fermés et d'autres sont fortement menacés. C'est notamment le cas des plateaux techniques des hôpitaux de Saint-Girons et de Lavelanet, ce qui, dans un territoire rural et de montagne, est catastrophique pour la santé des patients.

Tous les chiffres démontrent que la demande de soins ariégeoise est supérieure à celle de Midi-Pyrénées, alors que l'offre y est inférieure. Est-il justifié, dans ces conditions, de fragiliser les établissements publics ? Je ne le pense pas, et c'est pourtant la voie qu'a choisie le directeur de l'ARS, contre l'avis de tous et contre la proposition d'un projet médical départemental conciliant solidarité, mutualisation et proximité sanitaire.

Ainsi, sous couvert d'aménager certaines dispositions dont l'application se révélait trop complexe ou administrativement trop lourde, cette proposition de loi signe le recul du Gouvernement en matière d'organisation des soins.

Pourtant, sur tous les bancs de cette assemblée, nous reconnaissons que le phénomène des déserts médicaux est alarmant, tant par son ampleur que par son développement continu.

La répartition des médecins généralistes en France est désastreuse ; elle pose à la fois des problèmes d'inégalités territoriales et des problèmes d'inégalités sociales, avec d'une part des zones surdotées où les dépassements d'honoraires sont généralisés, et de l'autre des zones où aucun médecin ne souhaite venir s'installer en raison des difficultés de la profession. Ainsi, une récente étude menée dans le département de l'Ariège a révélé que 47 % des médecins ariégeois ressentent des symptômes d'épuisement professionnel, qui peuvent s'expliquer par deux facteurs : une moyenne d'âge des professionnels de santé de 53 ans ; un déficit de médecins aussi bien généralistes que spécialistes.

Ainsi, au lieu de vous engager dans une démarche volontariste visant à réguler la démographie médicale, vous affichez votre renoncement à lutter contre les inégalités d'accès aux soins. C'est pourquoi vous décidez de supprimer le volet coercitif du contrat santé-solidarité.

Considérant que les médecins ne comprendraient pas cette option, vous avez préféré inscrire le contrat santé-solidarité au programme des futures négociations conventionnelles, dont le champ comprend les problèmes de démographie médicale.

Mais en renvoyant à la négociation, vous donnez un pouvoir de blocage aux syndicats les plus conservateurs, qui aujourd'hui plaident pour le statu quo sans prendre véritablement la mesure de la pénurie de médecins dans des territoires entiers de notre pays.

Face à cette situation, il faut se poser les bonnes questions et s'interroger sur les solutions à adopter pour faire reculer la désertification médicale. C'est du moins ce que nous, députés socialistes, avons décidé de faire. Loin de l'immobilisme, notre groupe défend des mesures de régulation de l'installation des médecins en prévoyant le plafonnement des installations dans les zones denses, tout en allant plus loin dans la mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires et des centres de santé.

Il y a quelques semaines, lors de l'examen de notre bouclier rural, sous la houlette de Christian Paul,...

M. Christian Paul. Et de beaucoup d'autres !

M. Jean Mallot. Germinal Peiro ! Michel Vergnier ! Olivier Dussopt !

M. Christian Paul. Frédérique Massat ! (*Sourires.*)

Mme Frédérique Massat. ...nous avons proposé la mise en place de normes nationales de délai pour l'accès aux services de médecine générale, aux services d'urgence et aux maternités, ce qui garantirait à tous les usagers une sorte d'accès minimal.

Nous considérons également que la lutte contre les déserts médicaux est indissociable d'une vision plus globale construite autour de l'attractivité des territoires. C'était là tout le sens de notre proposition de loi.

Sans école, sans transports, sans bureau de poste, sans infrastructure routière et numérique, vous aurez encore plus de difficultés à convaincre un jeune médecin de venir s'installer dans nos campagnes.

Si cette réflexion est frappée au coin du bon sens, vous avez pourtant refusé de voter notre texte. Et c'est malheureusement la même absence de courage politique qui caractérise cette proposition de loi. Celle-ci accentuera la désertification médicale, contraignant un nombre croissant de nos concitoyens à ne plus se soigner faute d'offre de soins dans les territoires. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre Morel-A-L'Huissier.

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, je ne souhaite pas rouvrir dans le cadre de cette discussion générale le débat entre mesures coercitives et mesures incitatives.

Je m'étais exprimé lors de la discussion du projet de loi HPST en usant d'une formule imagée et un peu légère : en milieu rural, avais-je dit, mieux vaut être une vache qu'un homme ! Le vétérinaire est disponible, le médecin ne l'est pas ou plus.

Cette formule choc était un coup de gueule. Votre prédécesseur, Mme Bachelot, n'y a pas été sensible. Et je constate que rien n'a évolué depuis. La situation est toujours la même, malgré les ARS, malgré les maisons de santé, malgré les conférences de territoire.

M. Christian Paul. Et malgré les bonnes paroles de M. Bertrand.

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. J'avais également déposé un amendement fixant des normes d'accessibilité, afin d'encadrer le travail des ARS. Ce fut encore en vain, Mme Bachelot refusant toute discussion.

M. Jean Mallot. Pensons au rapport Bernier !

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. J'observe aujourd'hui que le bouclier rural du PS et le plan Marshall de la Droite rurale, que je préside, s'accordent sur ce point, monsieur Paul. Faudra-t-il créer un délit de non-assistance à territoire en danger pour bousculer enfin les choses ?

M. Christian Paul. M. Bertrand, ce soir, en aura eu pour son argent !

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Cela dit, j'estime qu'entre la liberté d'installation, principe idéologique sacro-saint, et le nécessaire aménagement du territoire en termes de santé, il

y a matière à discussion. Si je peux comprendre le souhait de faire plaisir aux médecins, je pense que les professionnels, les syndicats, les étudiants en médecine, qui font partie intégrante de notre société, ne peuvent être sourds au problème de l'accès aux soins. Tout évolue dans notre société, y compris l'exercice de la médecine libérale : le temps de travail, avec les trente-cinq heures, les loisirs qui se développent, la vie familiale, et surtout l'individualisme qui fait place, nécessité oblige, à l'exercice en commun. Aussi le principe idéologique de la liberté d'installation doit-il s'adapter aux réalités de la société française.

M. Christian Paul. Vous devriez faire une réunion de groupe, à l'UMP.

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Je salue évidemment les maisons de santé, les bourses, les aides diverses, les exonérations fiscales, le fonds d'intervention pour la qualité de la vie, la dotation de développement rural, les contrats de santé publique, les zones de revitalisation rurale, tous dispositifs supposés connus...

M. Christian Paul. Cela fait dix ans qu'on fait tout cela ! On n'a pas attendu M. Bertrand !

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. ...mais à travers lesquels c'est de l'argent public qui est mobilisé. Je pense qu'en retour les professionnels de santé doivent comprendre les impératifs d'intérêt général et y participer.

On peut se retrancher derrière la création des ARS, mais si c'est pour constater la même ineptie que lors de l'élaboration des cartes de démographie médicale par les agences régionales de l'hospitalisation et les unions régionales des caisses d'assurance maladie, on n'est pas rendu ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Voilà pour le constat et pour mes réticences face à des solutions inadaptées, à des allers-retours inadaptés, même si je dois saluer la création des SISA, sociétés civiles *ad hoc* à côté du système associatif des sociétés civiles de moyens et des GIE. Pourquoi pas ?

Le renforcement du statut des maisons de santé, la suppression du volet coercitif des contrats santé-solidarité, pourquoi pas ?

Je salue également les 75 millions d'euros pour la création de 250 maisons de santé pluridisciplinaires, à condition que les ARS ne nous mettent pas de bâtons dans les roues avec des critères trop rigides, comme je le constate actuellement en Lozère, notamment dans ma commune de Fournels.

Je salue également l'augmentation du *numerus clausus* après les erreurs commises, comme l'a dit Marc Laffineur, dans la période de 1981 à 1993, où l'on a connu un étiage de 3 500 diplômés.

Monsieur le ministre, dur constat que celui de la multiplicité des mesures et de la non-réponse effective dans les territoires ! Je veux bien voter la proposition de loi Fourcade, mais non sans dénoncer les incertitudes pour nos territoires ruraux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Marc Bernier.

M. Marc Bernier. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, cette proposition de loi me laisse perplexe.

M. Christian Paul. Bel euphémisme !

M. Marc Bernier. La loi HPST a été le fruit de longues négociations, de longs débats. Qu'il faille l'améliorer, c'est possible, mais il me paraît discutable de revenir sur des dispositions que nous avons votées.

M. Jean Mallot. Eh oui !

M. Marc Bernier. Nous savions que certaines ne seraient pas populaires au sein des professions concernées, mais ce que nous avons en tête, il faut le rappeler, c'était l'intérêt général.

M. Jean Mallot. Très bien !

M. Marc Bernier. Certes, la proposition de loi comporte des articles positifs. Je pense notamment aux deux premiers, qui vont faciliter l'exercice collectif des professionnels de santé, ce qu'il nous faut impérativement encourager si l'on veut éviter que les déserts médicaux progressent dans notre pays.

Par contre, trois articles de ce texte ne vont pas dans le bon sens.

L'article 3, tout d'abord, qui revient sur les contrats santé-solidarité votés dans la loi HPST. Permettez au rapporteur de la mission sur l'offre de soins que je fus de s'indigner de cette tentative. Le rapport de cette mission, présidée par Christian Paul, je le rappelle à ceux qui l'auraient oublié, a été voté à l'unanimité des membres de la mission puis des membres de la commission des affaires sociales, ce qui n'est pas monnaie courante ces derniers temps.

M. Christian Paul. Absolument !

M. Marc Bernier. Ce rapport démontrait que des freins à l'installation dans les zones dites pléthoriques devaient être apportés.

Nous savons tous, en effet, que les mesures incitatives ne sont pas efficaces. Le contrat santé-solidarité constituait une première étape, bien timide, vers les mesures désincitatives demandées. Or il nous faudrait reculer à nouveau ! Mes chers collègues, qui sommes-nous censés représenter : les médecins ou l'ensemble de nos concitoyens, qui sont tous des patients potentiels ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*) Pour quoi nous battons-nous : pour la défense d'une prétendue liberté des médecins ou pour un égal accès aux soins de tous sur l'ensemble du territoire ?

On ne peut continuer ainsi, en laissant s'installer impunément les médecins dans les zones pléthoriques. Il convient de trouver d'autres mesures désincitatives, par exemple la modulation de la prise en charge de la sécurité sociale ou la suspension de mesures fiscales lors de l'installation dans des zones surdotées. Il faut aussi rendre la médecine générale plus attractive.

L'article 4 prévoyait la suppression de l'obligation pour les médecins de déclarer leurs vacances. Où était la cohérence, alors que tout le monde se plaint que les urgences des hôpitaux soient débordées à cause de l'inorganisation de la permanence des soins dans beaucoup de départements ? Conséquence : plus de 50 % des gens qui se présentent aux urgences n'ont rien à y faire, comme l'avait mis en évidence une mission que nous avons conduite avec Georges Colom-bier.

M. Jean Mallot. Et voilà !

M. Marc Bernier. Nos concitoyens sont inquiets de cette situation et attendent de nous que nous l'améliorions.

L'article 6 traite de l'obligation d'information préalable du patient par les professionnels de santé libéraux sur le coût et le remboursement des dispositifs médicaux, et notamment des prothèses dentaires. Ce sujet est un serpent de mer qui revient

régulièrement devant nos assemblées et qui donne lieu à un dialogue de sourds. Les associations de consommateurs bataillent pour que le patient soit informé sur le prix d'achat des prothèses, considérant qu'il y a un trop grand écart entre ce prix et le coût final. Le but est vertueux mais le moyen inadapté par méconnaissance. Permettez à l'ancien chirurgien-dentiste que je suis d'expliquer quelques principes clairs.

Le fond du problème vient du remboursement complètement inadapté des soins prothétiques dentaires. Tout le monde peut comprendre que, depuis 1946, les soins et les matériaux ont évolué: on est loin des couronnes en acier! Parallèlement, les investissements des professionnels et les charges ont, eux aussi, beaucoup évolué. S'obstiner sur le coût de la prothèse est inepte, car les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes sont des actes médicaux globaux, y compris la réhabilitation prothétique.

Que l'on cesse de comparer les chirurgiens-dentistes aux opticiens, qui reçoivent les verres tout faits, ou aux audioprothésistes, qui se contentent de poser l'appareil dans l'oreille! On entretient une confusion par l'utilisation de termes commerciaux, alors qu'il s'agit d'une profession médicale reconnue, qui joue un rôle primordial dans la santé publique.

Les chirurgiens-dentistes respectent déjà, depuis 1976, l'obligation d'information préalable de leurs patients, par un devis détaillé, pour les actes à entente directe ou non remboursables par l'assurance maladie obligatoire. En revanche, il est évident qu'il faut être transparent sur l'origine des prothèses et sur la traçabilité, pour des questions de sécurité sanitaire, tout le monde en convient, même les professionnels. Donnons donc suite à ce principe de traçabilité et restons-en là, comme l'ont fait les sénateurs.

Je m'élève contre les affirmations qui laissent à penser que cette disposition est soutenue par la profession alors qu'elle est rejetée à l'unanimité par les organismes membres de l'Association dentaire française, qui regroupe plus de vingt-cinq associations nationales.

Enfin, l'amendement, introduit à l'article 22, légalisant la modulation des prestations des mutuelles ayant créé des réseaux fermés, donne aux mutuelles un pouvoir discrétionnaire évident, alors que leurs choix ne sont pas forcément fondés sur la qualité.

Voilà, mes chers collègues, les différents points sur lesquels je voulais insister. Ce texte montre, une fois de plus, combien légiférer est délicat. Il nous faut défendre l'intérêt général tout en permettant aux professionnels de vivre de leur exercice et de pratiquer ce qui doit rester une vocation: soulager et améliorer la vie quotidienne de leurs patients. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Mesdames et messieurs les députés, je partage à la fois la préoccupation qu'Olivier Jardé a exprimée et la vision qu'il a défendue, même si tout ce que nous traitons dans cette proposition de loi Fourcade n'est pas lié directement à la seule loi HPST, qu'il ne s'agit pas de refaire.

Je remercie Rémi Delatte dont les propos au nom du groupe UMP ont bien montré que le Gouvernement est totalement en phase avec la majorité.

J'indique à Anny Poursinoff qu'il n'y a pas un seul article sur la T2A dans la loi HPST. Par ailleurs, parler de rationnement, c'est tout simplement oublier qu'on n'a jamais mis autant d'argent dans la santé, ce qui est tout à fait normal.

Je connais le point de vue de Jean-Marie Rolland, qui était rapporteur de la loi HPST à l'Assemblée nationale. Je ne suis pas surpris qu'il reste dans le prolongement de sa position de l'époque. Je respecte ses convictions, même si vous me permettez de ne pas les partager.

Jean Mallot critique la T2A sachant pertinemment qu'elle ne figure pas dans la loi HPST. En tout état de cause, la dotation globale avait davantage de défauts.

Mme Isabelle Vasseur. Ne vous fatiguez pas, monsieur le ministre, ils ne vous écoutent pas!

M. Xavier Bertrand, ministre. Ce n'est pas grave.

La T2A n'a de sens que parce qu'elle est accompagnée des MIGAC et nous y travaillons pour les pratiques avancées sur les nouveaux métiers...

Tourner le dos à qui s'adresse à vous est une curieuse conception, que je ne partage pas. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Christian Paul. Tout est question de correction républicaine, monsieur le ministre. Cela s'apprend!

Mme Valérie Boyer, rapporteure. C'est réciproque!

M. Xavier Bertrand, ministre. Jean Leonetti a raison, la loi HPST a véritablement vocation à décloisonner. C'est bien ainsi qu'il faut la comprendre.

Je suis allé sur le site adovac.fr signalé par Catherine Lemorton. Elle a raison, il y est fait clairement référence à un laboratoire pharmaceutique, du moins à des experts qui ont des liens avec lui. Cette pratique a déjà été relevée à l'occasion d'autres débats, notamment sur le médicament. Nous aurons à cœur de renforcer la transparence sur ce point, y compris dans les conclusions du rapport de la MECSS. Les assises du médicament ne seront-elles que la traduction de ce rapport? Je ne le pense pas. Le rapport de la MECSS sera-t-il pris en compte? J'en suis persuadé.

Yves Bur s'inquiétait des déserts médicaux; c'est aussi un sujet majeur de préoccupation, d'action et de mobilisation du ministre de la santé que je suis. Toutefois, il est nécessaire de faire connaître les mesures incitatives avant de les condamner, car, comme l'a montré l'enquête nationale du syndicat des internes, 85 % des internes ne les connaissent pas.

Dominique Tian a demandé des informations sur l'application de la loi HPST. Je me suis déjà exprimé à ce sujet devant la commission des affaires sociales il y a deux semaines. J'y reviendrai dès la remise du rapport de Jean-Pierre Fourcade sur le suivi de la loi HPST, normalement en juillet prochain. Plus des deux tiers des textes sont sortis, ainsi que les huit ordonnances. Cela a demandé un travail important de tous les services du ministère. Vous comme moi sommes attachés à ce que les décrets soient publics le plus rapidement possible après le vote d'une loi. J'ai toujours suivi cette logique et je continuerai dans le même esprit.

Dominique Orliac a estimé que la consultation sur la loi HPST a été insuffisante. Or elle a duré près de deux ans: la mission Larcher, les états généraux, les missions Ritter et Flajolet ont représenté des centaines d'heures de consultation!

Je précise à Gérard Bapt que les trois inégalités territoriale, financière et d'information sont aussi mes priorités en tant que ministre de la santé, mais, à mon sens, on n'y répond pas en travaillant contre ni sans les professionnels de santé. Je suis pour la liberté d'installation parce qu'elle permet aussi la liberté de choix pour les patients.

Elie Aboud a insisté sur la SISA et je l'en remercie. Elle va donner le cadre nécessaire au travail en commun des professions médicales et paramédicales. Je remercie également la commission de l'avoir enrichie dans cet esprit.

Vous avez, Frédérique Massat, insisté sur les ARS. Je ne partage pas votre avis. D'ailleurs, le parti socialiste proposait leur création dans le programme de Ségolène Royal en 2007. Je rappelle qu'elles permettent, en regroupant huit entités administratives, d'organiser dans chaque territoire les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire. C'est une avancée sans précédent ainsi qu'une contribution majeure au décloisonnement, comme l'a dit Jean Leonetti.

Les médecins d'aujourd'hui veulent en effet, monsieur Morel-A-L'Huissier, pouvoir concilier vie familiale et vie professionnelle dans tous les territoires, et peut-être davantage dans les zones sous-médicalisées parce que leur charge de travail y est beaucoup plus importante. Pour qu'un médecin s'installe, il est certes nécessaire d'offrir des services publics tels que crèches ou écoles, mais son conjoint doit aussi trouver satisfaction. C'est bien un ensemble à prendre en compte. Les médecins contribuent à l'aménagement du territoire ; l'aménagement du territoire contribue aussi à faire venir des professionnels de santé.

Marc Bernier, vous avez insisté sur les contrats santé-solidarité. Je souhaite effectivement n'en conserver que les mesures incitatives et je l'assume. Je partage votre crainte et celle de tous les élus en ce qui concerne les déserts médicaux, mais mon rôle est de donner toute sa place à l'incitation. L'avenant 20 a souvent été brocardé, mais il a tout de même permis des avancées. La question prépondérante est celle de l'efficacité des zonages, dont je crois qu'ils doivent être revus dès cette année.

Je partage nombre des convictions qu'Isabelle Vasseur a exprimées. Je reviendrai sur la question que vous m'avez posée, madame, au cours de la discussion des articles, pour être le plus exhaustif possible.

Telles sont les réponses que je souhaitais vous apporter, en vous remerciant, mesdames, messieurs les députés, de votre attention soutenue.

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à M. Jean Mallot, pour un rappel au règlement.

M. Jean Mallot. Monsieur le président, pendant que le ministre répondait, vous avez demandé à un huissier, qui a parfaitement rempli son office, de nous faire part de votre souhait que nous le regardions. Je ne doute pas que vous avez pris les mêmes dispositions à l'égard du ministre, qui vous a tourné le dos, ainsi qu'aux orateurs à la tribune, pendant près de trois heures ce soir.

M. Christian Paul. Trois heures !

M. Richard Mallié. Pour qui vous prenez-vous, monsieur Mallot ?

M. le président. Ce n'était pas un rappel au règlement.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, mercredi 13 avril à quinze heures :

Questions au Gouvernement ;

Discussion sur le rapport de la commission mixte paritaire de la proposition de loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit ;

Suite de la proposition de loi modifiant la loi portant réforme de l'hôpital.

La séance est levée.

(La séance est levée, le mercredi 13 avril 2011, à une heure.)

*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)