

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

165^e séance

Compte rendu intégral

3^e séance du jeudi 12 février 2009

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE MME DANIELLE HOFFMAN-RISPAL

1. Réforme de l'hôpital (*suite*) (n° 1210 rectifié) (p. 1697)

Article 2 (*suite*) (p. 1697)

Amendements n°s 469, 470, 1411, 471, 472, 1158.

Suspension et reprise de la séance (p. 1702)

Amendements n°s 1158 (*suite*), 849, 1053, 294, 1565.

Après l'article 2 (p. 1704)

Amendements identiques n°s 914 et 1223.

Article 3 (p. 1706)

MM. Jean-Luc Prével, Roland Muzeau, Mme Marisol Touraine, MM. Jean-Marie Le Guen, Jean Mallot, Mme Michèle Delaunay, M. Bernard Debré, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Amendements n°s 110, 296.

Rappel au règlement (p. 1711)

M. Jean-Marie Le Guen, Mme la présidente.

Reprise de la discussion (p. 1711)

Amendements identiques n°s 297 et 1104.

Amendements n°s 298, 1110.

Rappels au règlement (p. 1712)

MM. Jean Mallot, Jean-Marie Le Guen, Mme la présidente, M. Bernard Debré.

Reprise de la discussion (p. 1713)

Amendements identiques n°s 299, 940 et 1111 : M. Jean-Marie Rolland, rapporteur, Mmes Jacqueline Fraysse, Michèle Delaunay, la ministre de la santé, Catherine Génisson, Michèle Delaunay, Jacqueline Fraysse, Valérie Fourneyron, la ministre.

Amendements identiques n°s 300 et 17.

Amendement n° 301.

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 1717)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME DANIELLE HOFFMAN-RISPAL

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

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

1

RÉFORME DE L'HÔPITAL

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

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 1210 rectifié, 1441, 1435).

Article 2 (suite)

Mme la présidente. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n° 469 à l'article 2.

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir cet amendement.

M. Jean-Luc Préel. Madame la présidente, madame la ministre de la santé, mes chers collègues, suite au vote, lors de la séance précédente, de l'amendement n° 293 rectifié présenté par notre collègue Yves Bur, il apparaît qu'un décret précisera les domaines dans lesquels la conférence médicale d'établissement doit être consultée. Or nous savons d'expérience que les décrets d'application ne sont pas toujours rédigés dans l'esprit de la loi et qu'ils mettent parfois beaucoup de temps à paraître.

M. Roland Muzeau. Quand ils paraissent !

M. Jean-Luc Préel. Il arrive effectivement que les décrets ne sortent jamais,...

M. Jean Mallot. Ça s'est vu !

M. Jean-Luc Préel. ...ce qui constitue une situation peu satisfaisante.

Avec votre autorisation, madame la présidente, je présenterai conjointement les amendements n° 469, 470, 471 et 472, qui visent à préciser par la loi les compétences de la conférence médicale d'établissement.

L'amendement n° 469 vise à ce que la conférence médicale d'établissement prépare et vote le projet médical de l'établissement ; l'amendement n° 470 vise à ce que la conférence donne un avis sur le budget de l'établissement ; l'amendement

n° 471 à ce qu'elle donne un avis sur les admissions des praticiens avant la signature du contrat du praticien ; l'amendement n° 472, enfin, à ce que dans les établissements privés de santé, le président de la conférence médicale d'établissement soit membre de droit du conseil d'administration, qui constituera l'équivalent du directoire. Si mes amendements n'étaient pas votés – j'avoue me faire peu d'illusions sur ce point –, j'espère que le décret prévoira expressément ces missions importantes.

Je présenterai séparément l'amendement n° 1411, qu'il aurait été préférable d'examiner avant les amendements n° 469 à 472, dans la mesure où il change beaucoup de choses.

Mme la présidente. Nous verrons ultérieurement, monsieur Préel, les amendements n° 471 et 472.

La parole est à M. Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour donner l'avis de la commission sur les amendements n° 469 et 470.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Ces deux amendements ont été repoussés par la commission tout d'abord pour une raison de forme, dans la mesure où ils évoquent la « commission médicale d'établissement », alors que, s'agissant d'établissements privés, il ne peut s'agir que d'une « conférence ».

M. Jean-Luc Préel. Si ce n'est que ça, je les rectifie volontiers !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Par ailleurs, puisque nous avons précédemment adopté l'amendement n° 293 rectifié, c'est au pouvoir réglementaire qu'il reviendra, après les concertations nécessaires, de préciser les attributions de la conférence.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Avis défavorable, en raison du vote de l'amendement de M. Bur et des explications que j'ai données précédemment.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. M. Préel avait demandé, lors de la séance précédente, ce qu'il adviendrait de ses amendements si l'amendement n° 293 rectifié de M. Bur était adopté. En termes élégants, il vient de nous être indiqué que c'était l'amendement de M. Bur qui donnait le « la », mais qu'il s'agissait d'une affaire interne au noyau dur de la majorité : si l'esprit des amendements de M. Préel est censé être préservé, notre assemblée doit, sur ce point, croire l'UMP sur parole !

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

Mme Marisol Touraine. Cela étant, M. Préel est assez grand pour juger seul de la situation.

Sur le fond, la confusion entre « conférence médicale » et « commission médicale » montre bien qu'il n'était sans doute pas très judicieux d'opérer une distinction entre ces deux notions. En tout état de cause, nous n'avons plus le pouvoir de discuter de quoi que ce soit, puisque les compétences de la conférence médicale d'établissement ont été renvoyées au niveau réglementaire.

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

Mme Marisol Touraine. Vous avez eu, madame la ministre, l'amabilité de nous indiquer les pistes que vous entendiez adopter pour votre décret, mais vous aurez cependant toute latitude pour déterminer, au moment de la rédaction de ce décret, ce qui relève ou non des attributions de la conférence médicale d'établissement.

Pour notre part, nous insistons sur le fait que le projet médical des établissements privés doit absolument faire partie des compétences de la CME – comme nous souhaitons que la commission médicale d'établissement élabore le projet médical des hôpitaux publics. Il y a plusieurs raisons à cela. Premièrement, il est absolument nécessaire, que dans un établissement de santé, ce soit la communauté des soignants qui ait le dernier mot sur l'élaboration du projet médical. Deuxièmement, en ce qui concerne spécifiquement les établissements privés, si les médecins n'ont pas le dernier mot au sujet du projet médical – ce qui est à craindre, car vous allez sans doute préférer qu'ils n'aient qu'un rôle consultatif –, ce sont les actionnaires qui l'auront.

M. Yves Bur. Allons !

Mme Marisol Touraine. Or, dans un établissement privé, le rapport de force qui s'établit entre le pouvoir des actionnaires et celui de la communauté médicale constitue un enjeu essentiel. Pour notre part, nous estimons important que le pouvoir des actionnaires soit limité, non sur le plan financier, mais sur le plan de la définition du projet médical, qui constitue la mission fondamentale des établissements de santé. Par conséquent, nous insistons pour que le décret à venir tranche de façon explicite sur ce point.

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

M. Jean-Luc Préel. Je veux tout d'abord mettre les choses au point : lorsque j'ai rédigé mes amendements, j'avais simplement fait état de la « CME », et l'erreur consistant à évoquer la « commission » au lieu de la « conférence » ne vient donc pas de moi, mais est survenue lors de la retranscription de ces amendements par le service de la séance. Cela ne saurait toutefois constituer un obstacle à l'adoption de ces amendements, que je peux volontiers rectifier si nécessaire ; comme Mme Touraine, je m'interroge d'ailleurs sur l'opportunité de recourir à deux termes différents pour désigner la même instance.

Je défends le principe selon lequel, dans les établissements publics comme dans les établissements privés, il revient à la CME d'élaborer le projet médical visant à répondre aux besoins de santé de la population et de se prononcer sur ce projet par un vote. Madame la ministre, je souhaite savoir si votre décret indiquera qu'il appartient à la conférence médicale d'établissement de se prononcer sur le projet médical et le budget de l'établissement ainsi que sur les admissions des praticiens avant la signature de leur contrat, et si le président de la conférence médicale d'établissement sera membre de droit du conseil d'administration – comme il est membre du directoire dans les établissements publics.

Enfin, je veux rappeler qu'il arrive qu'au sein des établissements privés, les praticiens apprennent *a posteriori* que l'établissement a signé des contrats avec l'ARH – ce sera bientôt avec l'ARS. Cette situation est anormale : ils doivent être informés préalablement. Si l'on veut qu'il y ait une symbiose entre la communauté médicale de l'établissement et la direction – ce qui est une condition indispensable à un bon fonctionnement de l'établissement concerné –, il est souhaitable que la conférence médicale soit obligatoirement constituée dans les établissements, mais aussi qu'elle se réunisse et soit consultée sur les points essentiels que j'ai indiqués.

(Les amendements n^{os} 469 et 470, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n^o 1411.

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour le soutenir.

M. Jean-Luc Préel. L'amendement n^o 1411, qu'il aurait été préférable, je le répète, d'examiner avant les amendements n^{os} 469 à 472, vise à ce que la conférence médicale d'établissement soit dotée de la personnalité morale de droit privée. Cette disposition diffère des dispositions du code de la santé publique actuellement en vigueur, dont Mme la ministre nous a donné lecture tout à l'heure.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Défavorable.

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

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

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

M. Jean-Marie Le Guen. Les précisions que M. Préel nous propose d'adopter me paraissent tout à fait utiles. Chacun sait que, dans la réalité, ces fameuses conférences d'établissement ne fonctionnent pas toujours comme elles le devraient : c'est le moins que l'on puisse dire ! Il est donc parfaitement justifié de proposer de renforcer leur légitimité. Nous avons toutes les raisons de penser qu'il y a actuellement une certaine vision à l'œuvre dans le secteur privé, qui va beaucoup plus loin que les intentions du Gouvernement. Celui-ci voudrait que nos hôpitaux soient gérés comme des entreprises. Dans le secteur privé, le pouvoir médical se voit marginalisé, pour ne pas dire progressivement éradiqué, au fur et à mesure que Blackstone ou d'autres fonds de pension s'emparent du pouvoir et se mettent à organiser le recours aux soins. Ce processus représente un risque absolument colossal pour la pérennité de notre système de santé. Nous avons nourri grassement un certain nombre de fonds de pension...

M. Yves Bur. À tel point qu'ils veulent maintenant partir !

M. Jean-Marie Le Guen. Après avoir détruit l'économie mondiale et s'être goinfrés en parasitant les cliniques privées, ces fonds en arrivent tout de même, effectivement, à connaître quelques problèmes de liquidités ! Cela étant, ils sont bien présents et ont réussi à marginaliser le pouvoir médical. À tel point, d'ailleurs, que l'on a pu lire dans le rapport Larcher qu'il convenait d'avoir un œil protecteur et affectueux à l'égard des petits établissements privés victimes des prédateurs du grand capital – une position à laquelle le texte du projet de loi ne fait, bizarrement, aucune référence ! *(Rires et exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

Mme Catherine Génisson. Il n'y a pas de quoi rire, c'est sérieux !

M. Jean-Marie Le Guen. Il n'est pas donc pas illégitime que les représentants de la communauté médicale disposent d'armes leur permettant, le cas échéant, de contrer les excès, voire les dérives d'une logique de plus en plus capitaliste.

M. Yves Bur. Mais qui a vendu les établissements à ces fonds ?

M. Jean-Marie Le Guen. Bonne question ! Sous-entendez-vous que ce sont des représentants patrimoniaux qui ont bénéficié d'effets d'aubaine liés à un phénomène de sous-investissement chronique ?

Pendant des années en effet certaines petites cliniques privées ont fonctionné avec du matériel de qualité incertaine parce qu'elles préféraient dégager d'importants bénéfices plutôt que d'investir. Et quand il a fallu investir, elles ont préféré se vendre. Vous avez raison ! C'est dire que nous n'avons peut-être pas intérêt à confier l'avenir de notre système hospitalier aux tenants du capitalisme.

Puisque le Président de la République vient désormais presque toutes les semaines à la télévision pour nous vanter le rôle de l'État dans l'économie, mieux vaudrait que vous n'attendiez pas que notre système de santé soit à terre pour vous en occuper !

M. Jean Mallot. Très bien !

(L'amendement n° 1411 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Mes chers collègues, comme l'a déjà fait remarquer Alain Néri ce matin, l'utilisation répétitive de sigles risque de nuire à la clarté de nos débats et pourrait induire une certaine confusion dans l'esprit de nos concitoyens qui nous écoutent ! Veuillez donc en user avec parcimonie.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. CQFD ! *(Sourires.)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous tiendrons compte de vos remarques, madame la présidente.

M. Jean-Marie Le Guen. Capitalisme, c'est clair pour tout le monde !

Mme la présidente. Nous en revenons aux amendements n° 471 et 472.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Défavorable.

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

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

(Les amendement n° 471 et 472, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1158.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Il s'agit de procéder à une extension du champ des autorisations, de façon à le rendre plus cohérent. En effet, actuellement, une modification importante des conditions d'exécution d'une autorisation ne donne pas lieu à une nouvelle procédure, alors qu'elle peut remettre profondément en cause les garanties qui avaient donné lieu à la délivrance de la première autorisation et, ainsi, créer des risques pour la sécurité des patients.

En outre, cet amendement précise les conditions dans lesquelles doivent s'exercer les procédures de contrôle de conformité des équipements matériels lourds. Il propose

ainsi que la date de visite de conformité soit fixée au moment où le fonctionnement réel du matériel peut être expertisé et pose le principe d'une vérification après des changements importants de fonctionnement.

Il propose enfin de supprimer les autorisations données pour une durée illimitée et dispose que le retrait d'une autorisation entraîne une révision du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement, mais j'ai été plutôt convaincu par les arguments qu'a développés Yves Bur.

M. Jean-Marie Le Guen. Pour notre part, nous n'avons pas très bien compris, monsieur le rapporteur. Dites-nous de quoi il s'agit.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Il s'agit de procéder à l'extension du champ des autorisations, de façon à le rendre plus cohérent. Cela me convient et je suis donc favorable, à titre personnel, à cet amendement.

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

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

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Il semble que le rapporteur découvre cet amendement en séance (« *Suspension !* » sur les bancs du groupe SRC)...

M. Jacques Domergue. Il n'est jamais trop tard !

Mme Marisol Touraine. Sans aller aussi loin que mes collègues, qui considèrent que la complexité de cet amendement exige une suspension de séance, j'ai le sentiment que M. Bur a fait preuve d'autant d'imprécision que de conviction dans ses explications.

Doit-on comprendre qu'il s'agit d'autorisations administratives concernant l'immobilier ?

M. Yves Bur. J'ai parlé d'équipements !

Mme Marisol Touraine. Votre amendement est assez complexe...

M. Jean-Luc Prével. Une page et demie d'exposé sommaire !

Mme Marisol Touraine. N'ayant pas sous la main le code de la santé publique, j'ai du mal à saisir le sens de vos propositions. Peut-on donc nous expliquer plus précisément ce que cet amendement apporte ou retranche au droit existant, afin que nous votions en connaissance de cause – ce qui, en théorie, est notre rôle ?

M. Jean-Marie Le Guen. Bonne question !

Mme Marisol Touraine. La commission et le Gouvernement se sont peut-être prononcés favorablement mais, à ce stade, nous sommes, nous, incapables de donner un avis honnête.

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

Mme Catherine Génisson. Je me pose également des questions sur l'objet réel de cet amendement. Vous parlez d'une extension du champ des autorisations. Soit. Mais cela concerne-t-il le secteur public ou le secteur privé ?

M. Yves Bur. Les deux.

Mme Catherine Génisson. D'accord, mais votre amendement a-t-il pour objectif de simplifier l'installation d'équipements en permettant que les vérifications soient effectuées postérieurement à cette installation – ce qui n'est pas sans poser problème car, dans le cas d'équipements lourds, il est assez difficile de constater qu'ils sont inadaptés une fois qu'ils ont été mis en place –, ou s'agit-il de procéder à une évaluation qualitative qui porte sur la pertinence de mettre en place tel ou tel équipement? Ce n'est pas du tout la même chose.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je trouve l'amendement de M. Bur excellent...

M. Jean Mallot et Mme Marisol Touraine. Forcément, c'est vous qui l'avez écrit!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il permet une clarification et apporte des précisions utiles sur les règles d'autorisation. Le régime juridique des autorisations en matière d'équipements sanitaires ne change pas, mais certaines précisions dans les conditions d'exécution doivent permettre d'assurer la qualité des soins.

Il est ainsi spécifié qu'une autorisation est subordonnée au résultat positif d'une visite de conformité, réalisée au plus tard après la mise en œuvre des activités de soins, tout comme est précisée sa durée de validité.

Ces dispositions doivent empêcher que les régimes d'autorisation soient dévoyés; c'est la raison pour laquelle l'amendement de M. Bur est excellent.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Pour comprendre cet amendement complexe qui n'a pas été examiné par la commission, mieux vaut avoir avec soi le code de la santé publique. J'ai compris pour ma part qu'il s'agissait, pour les établissements privés ou publics, de pouvoir utiliser beaucoup plus rapidement certains équipements, sans qu'il soit besoin d'attendre la visite de conformité, laquelle doit avoir lieu dans l'année qui suit la demande d'autorisation. En d'autres termes, voilà qui va faciliter une utilisation plus intensive du capital!

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

M. Jean-Marie Le Guen. On pourra donc acheter un scanner et s'en servir dès l'obtention de l'autorisation, sans attendre la visite de conformité, un an plus tard. Est-ce bien cela, madame la ministre?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est une question de sécurité des soins. L'installation d'un équipement lourd est soumis à autorisation. La loi prévoit ensuite une visite de conformité...

M. Jean-Marie Le Guen. Dans la petite année qui suit!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Soyez-en heureux: auparavant, le délai dans lequel s'effectuait cette visite n'était pas précisé!

M. Jean-Marie Le Guen. Il n'y avait pas de visite, madame, ou, plus exactement, il n'y avait pas d'autorisation tant qu'il n'y avait pas de visite?

Mme Isabelle Vasseur. Soyez aimable, monsieur Le Guen!

M. Jean-Marie Le Guen. Excusez-moi, mais, malgré mon air un peu niais, je comprends bien qu'il s'agit de modifier le droit actuel pour permettre l'utilisation du matériel avant que la visite de conformité ait eu lieu.

Vous connaissez bien le sujet, madame la ministre, et sans doute avez-vous pris toutes les garanties sanitaires, auquel cas il n'y a guère de problème. Reste qu'il est bien écrit – et c'est sans doute ce que vous souhaitez – qu'il s'écoule un an entre l'autorisation et la visite de conformité.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Un an au plus!

M. Jean-Marie Le Guen. Vous prenez donc vos responsabilités, sachant comme moi ce qui s'est passé dans l'est et dans le sud de la France. Mais il n'est pas inutile que l'Assemblée soit éclairée sur le fait que des équipements peuvent être mis en service sans visite de contrôle. Sans doute avez-vous de bonnes raisons pour proposer une telle mesure, mais j'aimerais que vous nous les expliquiez. Peut-être pourrions-nous vous croire, si vous nous dites que vous avez la certitude que la qualité des matériels et des installations est telle qu'*a priori* il n'y a aucun risque sanitaire.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Quand on installe ce type de matériel, la visite de contrôle ne se fait pas immédiatement, car ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'appareil est rôdé est que l'on peut constater s'il présente des dysfonctionnements.

Jusqu'à présent, il n'existait aucun délai légal entre l'installation du matériel et la visite de conformité.

M. Jean-Marie Le Guen. Mais le matériel ne pouvait pas fonctionner.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Bien sûr que si! C'est pour cela que nous proposons que cette visite ait lieu au plus tard au bout d'un an. C'est un maximum car, en général, les visites s'effectuent beaucoup plus tôt.

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

M. Jean Mallot. Je confesse ma grande perplexité. Nous sommes saisis d'un amendement n° 1158 signé de M. Bur. Or c'est Mme la ministre qui nous le présente et qui le défend. Je suis donc enclin à m'interroger sur l'identité du véritable rédacteur de cet amendement.

Nous avons longuement travaillé en commission, et j'ai du mal à imaginer que M. Bur ait gardé cet amendement sous le coude.

M. Jean-Marie Le Guen. Cachottier!

M. Jean Mallot. Le connaissant un peu, je pense qu'il aurait voulu nous le présenter assez tôt pour que nous puissions l'étudier.

Enfin, je reconnais ne pas être un grand spécialiste du code de la santé publique, que l'amendement propose de modifier. Comme je n'ai pas avec moi un code à jour, j'use d'une méthode toute simple: je regarde le comparatif. C'est fait pour cela mais, compte tenu de la date à laquelle cet amendement a été déposé, il ne figure malheureusement pas dans le rapport. Je suis par conséquent très démuni pour former mon opinion de modeste parlementaire. J'écoute donc avec beaucoup d'intérêt les explications de Mme la ministre qui, apparemment, connaît bien le contenu de cet amendement de M. Bur, mais j'avoue ma profonde perplexité.

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

M. Bernard Debré. Je n'y vois pas malice, mais je voudrais aussi une explication. L'amendement propose de supprimer les mots « sous réserve du résultat positif d'une visite de

conformité dont les modalités sont fixées par décret » du deuxième alinéa de l'article L. 6122-4 du code de la santé publique.

Que dit actuellement le code ? Dit-il que le matériel pourra entrer en fonction sous réserve du résultat positif, ce qui veut dire qu'il ne peut entrer en fonction avant un examen positif ? C'est ce que je ne comprends pas.

L'habitude, dans les hôpitaux, est de ne pas se servir des matériels qui arrivent avant un examen de conformité – tout simplement parce que si on s'en sert avant un examen de conformité et qu'il y a un accident, on va au trou ! (*Rires*)

Il y a là un problème de bon sens. Je ne sais pas ce qu'il y a derrière : je répète que je n'y vois nulle malice. S'il s'agit d'accélérer l'utilisation du matériel lourd et qu'en règle générale les examens de conformité sont très tardifs, il serait sans doute bon d'accélérer les examens. Mais, d'un point de vue juridique, je ne comprends pas le sens de la modification de cet article L. 6122-4 : propose-t-on aux hôpitaux d'utiliser les appareils sans attendre la moindre visite de conformité ? À mon sens, ou il est conforme immédiatement, ou il ne l'est pas.

En tant que chef de service,...

Mme Marisol Touraine. Chef de service, c'est fini !

M. Jean-Marie Le Guen. C'est démodé ! (*Sourires.*)

M. Bernard Debré. ...si on installe un matériel dans mon service, et que je l'utilise avant la visite de conformité, c'est moi qui suis responsable en cas d'accident.

M. Jean-Luc Prével. Vous serez peut-être chef de pôle !

M. Jean-Marie Le Guen. S'il est désigné !

M. Bernard Debré. Chef de pôle ou rien du tout. (*Sourires.*)

Je voudrais donc demander des explications. Je ne sais pas si Yves Bur peut nous les donner.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Je voudrais prendre la suite des propos de M. Debré.

J'ai écouté les explications qui nous ont été données. Vous nous dites que l'amendement vise à accélérer l'autorisation d'utiliser un équipement, sachant que, dans la pratique, l'équipement arrive et fonctionne avant même que l'autorisation soit donnée ; vous dites que l'absence de délai fait que l'intervalle entre l'installation d'un équipement et l'autorisation de l'utiliser est parfois assez long.

Il y a là un vrai problème. Car, comme M. Debré l'a fait remarquer, on se demande comment on est soigné en ce moment dans les hôpitaux ! Arrive-on dans un service pour être traité par un scanner, par un appareil de radiologie, ou par d'autres équipements qui n'ont jamais reçu l'autorisation de fonctionner, et dont personne n'est tout à fait sûr qu'ils ne soient pas néfastes pour la santé ?

M. Jean-Marie Le Guen. C'est l'effet Juvin !

Mme Marisol Touraine. C'est effectivement comme cela que l'on pourrait interpréter les propos de M. Juvin, qui est membre de l'UMP et qui avait indiqué de façon assez sidérante que les morts se comptaient par milliers à l'hôpital – il parlait de dix mille morts par an. Tiendrions-nous là un début d'explication ?

M. Jean-Luc Prével. C'est surtout le cas à Beaujon !

Mme Marisol Touraine. Plus sérieusement, je lis à l'article L. 6122-4 : « l'autorisation est donnée avant le début des travaux, de l'installation de l'équipement matériel lourd ou de la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation projetées. »

J'en déduis que l'autorisation doit actuellement être donnée en amont – ce qui est plutôt rassurant pour le fonctionnement des hôpitaux, mais qui n'est pas exactement ce que nous avons entendu ici, madame la ministre.

Mme la ministre va nous donner quelques précisions : à moins qu'elles ne nous convainquent totalement et définitivement, je demanderai une suspension de séance pour réunir mon groupe et comprendre ce qu'il y a dans le texte.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est effectivement une question très importante ; je crois que l'amendement de M. Bur apporte une meilleure sécurité des soins.

En effet, l'article L. 6122-4 dispose que « l'autorisation est donnée avant le début des travaux, de l'installation de l'équipement matériel lourd ou de la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation projetées.

« Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité » – mais qui ne vérifie ni le fonctionnement de l'appareil, ni surtout l'amont et l'aval de la prise en charge du soin. Cela pose un certain nombre de problèmes de qualité : lorsqu'un matériel lourd est installé, qu'un scanner est posé dans une pièce, la visite de conformité est aujourd'hui de pure forme.

Ce que je voudrais, c'est que le matériel soit vérifié dans son environnement. La matériovigilance, la filière de soins, la prise en charge à partir de cet équipement doivent être conformes à l'intérêt du malade. L'amendement est, je crois, de qualité : je souhaite que cette visite, qui s'intéresse à la vérité du fonctionnement, ait lieu au plus tard dans le délai d'un an.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Madame la ministre, tout cela est préoccupant. Je suis désolée de dire que les conditions de sécurité dans lesquelles s'exercent – et s'exerceraient, le cas échéant – la mise en œuvre des matériels, restent bien floues.

Si le problème est aussi lourd que vous l'indiquez, nous ne comprenons pas pourquoi il n'a pas été soulevé plus tôt dans le processus législatif. La sécurité des équipements est un problème majeur.

Ce projet de loi intervient alors que nous avons vécu pendant les fêtes une séquence dramatique, avec de nombreux accidents qui ne sont pas imputables à une catégorie de personnes précises. On peut faire l'hypothèse que vos services – et vous-même, madame la ministre – étiez particulièrement sensibilisés à cette question de sécurité. Or cet ajustement qui paraît relativement technique n'a non seulement pas été inclus dans la loi, mais fait l'objet d'un amendement tardif. Il y a donc une prise de conscience tardive sur un sujet absolument majeur.

J'en suis désolée à bien des égards, mais une suspension de séance me paraît tout à fait nécessaire pour que nous puissions nous réunir et mieux comprendre ce sujet, qui paraît majeur pour les usagers du service de santé français.

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

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

Mme la présidente. La séance est reprise.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. En présentant cet amendement, le souci de M. Bur était d'améliorer la situation actuelle, compte tenu des très graves problèmes auxquels nous avons été confrontés, par exemple au sein de la filière de radiothérapie. Face aux progrès considérables de la médecine, l'exigence de sécurité est essentielle. Or certaines visites de conformité étaient des visites de pure forme, rappelez-vous les événements de Toulouse : le problème du faisceau mal calibré existait dès l'installation, et la visite de conformité n'a pas permis d'apporter la sécurité attendue.

Je veux que les visites de conformité soient l'occasion d'examiner l'appareil, de s'intéresser à son fonctionnement, de l'appréhender dans son environnement.

J'ai bien compris que cette démarche demandait un peu d'explication et une concertation avec les parlementaires. De nombreux parlementaires, sur tous les bancs, m'ont demandé que cette question soit revue au Sénat. C'est bien volontiers que j'accède à cette demande.

Mme Marisol Touraine. Merci, madame la ministre.

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

Mme Michèle Delaunay. Nous sommes très satisfaits de cette prise en compte de notre préoccupation, dont vous avez compris le caractère profond, positif.

M. Jean Mallot. Responsable.

Mme Michèle Delaunay. Nous apprécierions si cette visite dont vous parlez s'avérait être un complément par rapport à la visite de conformité initiale.

Permettez-moi, madame la ministre, de profiter de ce questionnement pour vous faire part du problème supplémentaire auquel nous nous heurtons en radiothérapie. Nous manquons de radiophysiciens, qui sont pourtant les garants de la sécurité. Je vous invite à vous pencher sur la question et bien sûr à y remédier.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est un point extrêmement important qui ne m'avait pas échappé, madame Delaunay. J'ai voulu agir d'abord sur la quantité, en doublant le nombre de radiophysiciens, ensuite sur la qualité, en portant la durée de la formation des radiophysiciens de deux à trois ans. Entre ce nombre que nous augmentons de façon considérable et la durée des études, se pose un petit problème de gap. Je reconnais que la période est un peu difficile à passer mais je pense, sans vouloir faire un plaidoyer *pro domo*, qu'il fallait mener de front ces deux aspects, la quantité et la qualité.

Mme la présidente. Monsieur Bur, je suppose que vous retirez l'amendement ?

M. Yves Bur. Tout à fait, madame la présidente.

M. Jean Mallot. C'est vrai que c'est M. Bur qui doit retirer son amendement, pour la régularité de la procédure. *(Sourires.)*

(L'amendement n° 1158 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 849.

La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Cet amendement a pour but de permettre aux ARS d'encadrer le recours à l'intérim.

Vous le savez aussi bien que moi, les établissements publics de santé ont souvent recours aux fonctions d'intérim. C'est heureux lorsque cela permet de faire face à des situations exceptionnelles, c'est plus préoccupant lorsque les hôpitaux sont tentés d'en faire un usage intensif car cela nuit à la continuité des soins et à la cohésion de l'équipe.

Actuellement, les ARH ne sont pas armées juridiquement pour lutter contre ce phénomène. C'est pourquoi je vous propose d'insérer, dans le code de la santé publique, l'alinéa suivant : « Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel, ces personnels peuvent être recrutés par contrat de courte durée sans qu'il en résulte un manquement à la continuité des soins sont précisées par voie réglementaire. »

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

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

D'une part, il étend à l'équipement matériel lourd les conséquences que tirera le directeur général de l'ARS d'un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique.

D'autre part, il encadre de façon plus stricte les conditions dans lesquelles des médecins, des odontologistes ou des pharmaciens peuvent être embauchés avec des contrats de courte durée, en plaçant la continuité et la qualité des soins au premier plan, dans l'intérêt du patient.

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

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

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

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement part d'un bon sentiment mais je me demande s'il est bien adapté.

D'abord, je me demande, sans vouloir en aucune façon polémiquer, si le sujet traité ressortit bien au domaine législatif, ou s'il relève du domaine réglementaire.

Ensuite, je me demande s'il prend bien en compte le problème. Ne va-t-on pas abandonner des possibilités de sécurisation ? Nous savons tous que des postes sont libres en permanence, ou en tout cas sur une très longue durée. La proposition qui nous est faite ne risque-t-elle pas d'aggraver la situation, même si son objectif est louable puisqu'il s'agit d'éviter ce qu'on appelle les emplois mercenaires dont l'utilisation se révèle coûteuse, périlleuse et extrêmement insatisfaisante du point de vue du fonctionnement du projet médical et des équipes ?

Très sincèrement, le problème qui est posé est très sérieux, mais il ne peut, me semble-t-il, être traité simplement sous l'angle de la démographie médicale, des transferts de charges et de compétences, bref de la politique générale de santé.

M. Élie Aboud. Cela n'a rien à voir !

M. Jean-Marie Le Guen. Il faut aussi se méfier des effets de l'échelle de perroquet sur la rémunération des médecins dans certaines spécialités. Si on ne fixe pas un plafond, on peut se retrouver avec des surenchères financières. On sait que des agences d'intérim surpayent et emploient des médecins dans des conditions extrêmement douteuses.

Si l'approche de l'amendement me paraît totalement légitime, je ne sais pas si la réponse doit être de nature législative et je ne suis pas convaincu que cette simple disposition d'ordre juridique arrivera à résoudre le problème, sans en créer d'autres.

Bref, je pourrais peut-être le voter – je ne sais pas ce que pensent mes collègues du groupe socialiste –...

Mme Marisol Touraine. Pourquoi pas ?

M. Jean-Marie Le Guen. ...mais, franchement, j'ai des doutes sur son efficacité. Je me demande s'il ne pourrait pas provoquer des effets pervers.

En tout cas, je pense que c'est un appel qui est lancé en direction du Gouvernement pour qu'il traite cette question, véritable trou noir dans le fonctionnement de l'hôpital public aujourd'hui.

Mme Catherine Génisson. Absolument !

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

M. Bernard Debré. C'est un problème qui se pose dans certains hôpitaux. Le manque de médecins est parfois temporaire et il est important de pouvoir s'adresser à des intérimaires pour assurer des remplacements, mais cela peut engendrer un effet pervers, à savoir l'émergence d'une sorte de mercenaires qui ne veulent pas être titulaires et préfèrent faire des remplacements. Et de tels remplacements sont d'autant mieux payés que ces médecins profitent du fait que l'on a besoin d'eux pour demander plus.

Mais il y a une phrase de l'exposé sommaire de l'amendement que je ne comprends pas très bien : les hôpitaux « croient quelquefois retarder ainsi le moment de s'interroger sur le devenir même de ces activités dans leur projet d'établissement... » Cela veut-il dire qu'en règlementant l'intérim on accélérera la fermeture d'un service qui n'est pas légitime ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Non, il y a des dérogations !

M. Bernard Debré. Est-ce à dire que, si certaines activités ne sont pas rentables ou n'attirent personne, on les pérennise de façon artificielle en recourant à l'intérim alors qu'on devrait y mettre un terme ? Je suis prêt à voter cet amendement, mais j'avoue ne pas très bien comprendre ce que veut dire cette phrase. L'interdiction de l'intérim va-t-elle permettre de fermer des unités ou des services ?

M. Élie Aboud. Non, je ne crois pas !

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

Mme Catherine Génisson. Nous connaissons tous bien ce mode de fonctionnement dans les hôpitaux. Je l'avais d'ailleurs évoqué dans l'exception d'irrecevabilité. Nous avons en effet des médecins dont la qualité professionnelle n'est pas remise en cause, mais qui ne sont absolument pas intégrés dans l'histoire du service, le projet médical de l'établissement, et qui induisent même une concurrence déloyale avec les praticiens hospitaliers dans de nombreux établissements. Le problème de fond est celui du statut des

praticiens hospitaliers dans le secteur public et de la distorsion salariale qui existe entre les exercices public et privé. Ce n'est pas uniquement cela, mais c'est un facteur déterminant.

Cet amendement est très intéressant, mais il pourrait avoir un effet pervers dans la mesure où l'on pourrait en déduire qu'il faut fermer un service utilisant trop de médecins intérimaires parce que son fonctionnement ne correspond plus à l'exigence de qualité, ce qui n'est pas vrai. La question de la qualité du fonctionnement du service ne se pose pas, mais il y a un problème structurel de statut des praticiens hospitaliers dans le secteur public. Que l'on encadre le recours aux médecins intérimaires, pourquoi pas ? Mais pourquoi devrait-on fermer un service s'il y a trop de médecins intérimaires ?

M. Élie Aboud. C'est dans l'exposé sommaire, pas dans l'amendement !

Mme Catherine Génisson. Ces deux sujets devraient être déconnectés.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je remarque que l'amendement de M. Aboud recueille, sur l'éthique, un accord assez général. L'intérim peut être utile pour faire fonctionner une structure – Dieu merci, il ne s'agit pas de l'interdire ! –,...

M. Bernard Debré. Non, au contraire !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...car c'est un moyen de régler certaines questions. Mais quand l'intérim devient la seule façon de faire fonctionner une structure médicale, cela pose un vrai problème de sécurité des soins. Il m'a été rapporté des exemples ahurissants d'intérimaires ne parlant pas le français ou d'anesthésistes, venant de certains pays que je ne nommerai pas ici, qui sont non pas anesthésistes-réanimateurs, mais simplement anesthésistes.

M. Roland Muzeau. C'est votre système !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement me paraît donc tout à fait utile pour encadrer des dérives préjudiciables à la qualité des soins. Je me suis renseignée pour répondre à la question précise de M. Le Guen : une telle disposition est bien de nature législative et prendrait place à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique. Je suis formelle sur ce point.

(L'amendement n° 849 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1053.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement est défendu.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, car elle a estimé qu'il n'était pas nécessaire d'associer les ordres professionnels à la mise en place des réglementations encadrant les dispositifs médicaux susceptibles de présenter des risques sérieux pour les patients. Nous avons même remarqué que la Haute autorité de santé s'occupait de cela et pouvait faire intervenir en amont les ordres professionnels.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je ne suis pas favorable à cet amendement, parce que le rôle d'un conseil de l'ordre n'est pas de vérifier la conformité d'un équipement. Cela relève d'autres instances.

(L'amendement n° 1053 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 294.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. C'est un amendement de précision rédactionnelle.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Alors là !

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

M. Jean-Marie Le Guen. *Bis repetita!*

(L'amendement n° 294 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1565, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 1851.

La parole est à M. Yves Bur, pour soutenir l'amendement n° 1565. *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

M. Jean-Marie Le Guen. Ah, monsieur Bur, cela fait plaisir de se revoir !

M. Yves Bur. Compte tenu du fait que cet amendement nécessite une lecture de conformité, je le retire. *(Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

Mme Marisol Touraine. Quel dommage !

(L'amendement n° 1565 est retiré.)

(L'article 2, amendé, est adopté.)

Mme la présidente. Nous en venons à deux amendements portant article additionnel après l'article 2.

Après l'article 2

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 914 et 1223.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 914.

Mme Jacqueline Fraysse. Madame la présidente, nous aurions dû discuter d'abord de l'amendement n° 1217 de Mme Boyer !

Mme la présidente. Je répète depuis cet après-midi que, en vertu des alinéas 3 et 7 de l'article 100 de notre règlement, seuls les auteurs des amendements peuvent les défendre ! L'amendement n° 1217 ne peut être défendu car aucun de ses auteurs n'est présent.

M. Jean-Marie Le Guen. Mme Boyer a présenté le rapport de la mission d'information sur la prévention de l'obésité dont on a beaucoup parlé. Il faudrait maintenant agir et si Mme la ministre pouvait reprendre cet amendement, ce serait positif !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je ne vais pas reprendre un amendement dont je souhaite le retrait, ...

M. Jean-Marie Le Guen. Mince alors, je n'avais pas compris ! *(Sourires.)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. ... mais, par respect pour le Parlement, je veux bien m'expliquer sur ce sujet important. Cela dit, madame la présidente, je ne voudrais pas contrevenir aux règles de l'Assemblée !

Mme la présidente. M. Le Guen a pris la parole, mais pour moi, l'amendement n'est pas défendu puisque ses auteurs ne sont pas là !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Cet amendement, déposé par Mme Boyer, Mme Grommerch, M. Chossy, Mme Louis-Carabin et M. Victoria, vise à prendre en compte les surcoûts liés à la prise en charge des personnes obèses dans les établissements hospitaliers – IRM, fauteuils dans les structures d'accueil, transports sanitaires, équipements – par la possibilité de compléments de financements dans le cadre de la dotation MIGAC.

Les travaux parlementaires de Valérie Boyer, qui sont remarquables, ont permis de mettre en lumière les spécificités et les besoins de prise en charge liés à l'obésité, mais ces questions ont déjà été prises en compte. Il y a en effet des tarifs de prestations spécifiques pour la prise en charge de l'obésité. Par ailleurs, lorsque les patients obèses sont hospitalisés pour un autre motif que leur obésité, il existe déjà un codage spécifique qui permet de couvrir les surcoûts liés à leur prise en charge.

De plus, j'ai tenu à ce que la plupart des CHU bénéficient de crédits pour faire l'acquisition d'équipements adaptés à la prise en charge de ces malades et j'ai diligenté une enquête pour m'assurer que ces moyens avaient été mobilisés. Il résulte de cette enquête que la population concernée peut légitimement prétendre à des soins dispensés dans un environnement adapté à leur conformation physique, voire à leur pathologie, car l'obésité peut être une pathologie, ...

M. Jean-Marie Le Guen. C'est une pathologie au sens de l'OMS !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. J'essaie d'être le moins stigmatisant possible !

M. Jean-Marie Le Guen. Pathologie, ce n'est pas stigmatisant !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Les établissements d'accueil doivent être légitimement rémunérés à cet effet. Cette prise en charge ne me paraît donc pas relever des missions d'intérêt général. Si Mme Boyer avait été là, je lui aurais demandé de retirer son amendement, considérant que ses légitimes préoccupations ont été prises en compte par divers mécanismes.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 914.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à supprimer la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées qui a été mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale en 2004 pour être complètement appliquée en 2012. En effet, comme je l'ai déjà souvent dit, le public et le privé ne sont pas superposables. Cette convergence est impossible et, en tout état de cause, injuste. Le public est là pour répondre aux besoins des patients, à l'intérêt général, alors que le privé est là pour faire des bénéfices pour ses actionnaires.

M. Jean-Marc Lefranc. Il est là pour soigner les patients !

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas la même philosophie et donc pas le même fonctionnement. Le privé soigne ceux qui peuvent payer, monsieur Lefranc ! *(Protestations sur les bancs du groupe UMP.)*

Mais oui, c'est ainsi! (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Yves Bur. Caricature!

Mme la présidente. Seule Mme Fraysse a la parole!

Mme Jacqueline Fraysse. Quand on dit les choses comme elles sont, cela vous dérange.

Mme Isabelle Vasseur. Ce que vous dites ne nous dérange pas, mais c'est faux!

Mme Jacqueline Fraysse. Vous avez remarqué que certaines pathologies ne figurent pas dans l'activité des établissements privés. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Il y a bien pourtant bien quelqu'un qui les soigne!

M. Roland Muzeau. C'est uniquement une question d'argent!

Mme Jacqueline Fraysse. Ne mélangeons pas les choses. Si le privé exerce une activité de soins, elle n'est en rien superposable à celle du public, qui est soumis à bien d'autres contraintes. Ainsi, les interventions chirurgicales programmées sont évidemment beaucoup moins coûteuses que celles qui peuvent survenir à tout moment, de jour ou de nuit, et doivent être traitées par des équipes contraintes de rester disponibles et de maintenir constamment des lits à la disposition des patients.

M. Jean Mallot. C'est difficilement contestable!

M. Jacques Domergue. Vous vous donnez bien du mal pour justifier l'injustifiable!

Mme Jacqueline Fraysse. Je m'étonne même qu'il soit nécessaire de rappeler cette évidence. Dans un tel contexte, la convergence tarifaire n'est ni juste ni réalisable – sauf au détriment de l'hospitalisation publique. C'est pourquoi nous vous proposons de la supprimer.

Travaillant dans le service hospitalier de ma circonscription, j'ai noté que le financement des urgences de l'hôpital public comporte plusieurs volets. Il se compose d'une rémunération par les groupes homogènes de séjour, d'une rémunération des actes et consultations, d'une rémunération forfaitaire, par le biais du forfait annuel urgences et d'un forfait d'accueil et de traitement des urgences qui s'applique à chaque passage suivi d'hospitalisation. Or ce dernier n'est pas facturable à l'assurance maladie pour les non-assurés sociaux, donc pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, ce qui constitue une perte directe pour les hôpitaux publics.

M. Jacques Domergue. Elle est compensée par l'État!

Mme Jacqueline Fraysse. J'insiste sur cette anomalie, qui pénalise l'hôpital public, car j'espère que nous pourrons la corriger.

M. Roland Muzeau. Très bien!

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Fourneyron, pour soutenir l'amendement n° 1223.

Mme Valérie Fourneyron. Nous savons tous combien la TAA, appliquée à 100 % depuis 2008, s'adapte mal à l'activité des établissements hospitaliers publics, puisqu'elle ne s'applique pas au même périmètre de soins dans les établissements publics et privés. Ainsi, la consultation d'un médecin n'est pas prise en compte pour l'hospitalisation privée, alors qu'elle appartient au groupe homogène de séjour pour l'hospitalisation publique. On compte moins de cent GHS comparables entre le public et le privé.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est exact!

Mme Valérie Fourneyron. Par ailleurs, la TAA ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des missions non programmées que doivent assumer chaque jour...

M. Bernard Debré. Et chaque nuit!

Mme Valérie Fourneyron. ...les services d'urgence. L'hôpital public remplit une mission de service public différente et complémentaire de celle du privé, qui ne permet pas d'envisager la convergence que le Gouvernement veut instaurer entre les deux activités.

M. Jacques Domergue. C'est déjà mieux!

Mme Valérie Fourneyron. Pour s'en rendre compte, il suffit de siéger dans les conseils d'administration des hôpitaux et des CHU. Depuis que la TAA s'applique à 100 %, les soignants de l'hôpital public se demandent quotidiennement s'ils doivent travailler moins pour dépenser moins, car la tarification ne prend pas correctement en compte les actes majeurs complexes qu'ils effectuent. De fait, l'hôpital public traite vingt-quatre heures sur vingt-quatre les cas non programmés et les patients précaires. Reconnaissez donc la spécificité du public, madame la ministre, et renoncez à cette convergence tarifaire que vous voulez conduire à marche forcée.

Mme Marisol Touraine. Bravo!

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. J'ai bien entendu les arguments de nos collègues et je me garderai d'entrer dans une discussion théorique ou dans un échange dogmatique avec eux.

Mme Valérie Fourneyron. Ce n'est pas une question de dogmatisme!

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je me contenterai d'apporter un complément technique. Le législateur a précisé que la convergence tarifaire intersectorielle, qui doit s'effectuer à l'horizon de 2012, prend en compte les écarts justifiés par la nature des coûts, ce qui veut dire qu'elle intègre les différences de charges entre les établissements. C'est même une modalité essentielle de la TAA.

La commission a donc rejeté ces amendements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le sujet est technique et complexe. Comme je l'ai indiqué explicitement au cours de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale, il n'est pas question d'instaurer une égalité tarifaire entre les secteurs. La convergence vise seulement à ce qu'une prestation effectuée dans le public ou le privé ait un coût identique pour l'assurance maladie, dès lors qu'elle prend en compte les mêmes contraintes ou les mêmes sujétions.

La mise en œuvre de cet objectif suppose une connaissance précise du contenu et de l'étendue des prestations de chaque secteur, ainsi qu'une évaluation approfondie des coûts, qui distingue les missions spécifiques. Je vous ai remis un rapport sur ce sujet lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. C'est sur la base de ces travaux que j'ai proposé la prise en compte de la sévérité, de la médecine lente et de la précarité.

La démarche que nous proposons est progressive. Elle sera menée dans un souci de transparence et j'en rendrai compte très régulièrement au Parlement. Il n'est donc pas question d'aller « à marche forcée » ni de truquer les chiffres. Je veux agir avec sérieux, en totale transparence, en consacrant à cette

action le temps qu'il faudra. Cependant, le principe de la convergence reste à notre programme, car il correspond à un objectif d'évaluation et de justice.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Ce sujet est une véritable bombe à fragmentation pour le système hospitalier. Depuis des années, le secteur privé est plus lucratif en France que dans la plupart des autres pays européens, ce qu'aucun gouvernement d'ailleurs n'a remis en cause. Tel n'est pas non plus notre but. Le problème est seulement de savoir à quelle hauteur et selon quel principe il doit être rémunéré.

À mon sens, le plus mauvais principe est celui de la convergence. Si nous l'adoptons, ce sera uniquement pour des raisons idéologiques, qui ne font d'ailleurs pas l'unanimité dans le secteur privé. Beaucoup de ses intervenants préféreraient le principe d'une délégation de service public. Un certain nombre d'actes – par exemple, une opération de la hanche ou de la cataracte – pourraient fort bien être confiés au privé, car son organisation, tout entière tendue vers l'efficacité de la production, peut donner satisfaction, pourvu que la qualité des soins soit contrôlée, ainsi que leur égal accès à tous. À titre personnel, je n'ai rien contre une délégation de ce type.

Mais je refuse que l'on prétende faire converger deux secteurs qui n'ont rien à voir car, dans ce cas, il y a tromperie. Depuis quatre ans que la TAA et le principe de convergence ont été mis en œuvre, nous signalons la précarité des malades soignés par l'hôpital public, la gravité de leur état ou le fait qu'ils souffrent de poly-pathologies. On considère que la précarité des malades entraîne un surcoût des soins d'environ 60 %.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Pour l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, cela représente 30 millions d'euros par an. Je ne demande pas le remboursement de cette somme que l'hôpital public n'a pas touchée depuis quatre ans. Mais, puisque nous fonctionnons à ONDAM fermé, cette manne que n'a pas perçue le secteur public s'est transformée en surtarification pour les actes moyens, que traite largement le secteur privé. Ainsi, la problématique de la convergence érode d'ores et déjà les moyens du secteur public, sans pour autant rentabiliser les relations qui l'unit au secteur privé.

Le surpaiement du secteur privé constaté, il y a deux ou trois ans, dans les cours boursiers de la Générale de santé, apparaît moins aujourd'hui pour d'autres raisons. Mais les pouvoirs publics y ont réagi, reconnaissant qu'ils étaient allés trop loin, et ils ont bloqué les tarifs. De ce fait, certains représentants du secteur privé s'irritent du caractère erratique des modes de tarification. Nos relations avec le privé seraient plus sereines si nous rompiions avec la fiction idéologique d'une compétition entre le public et le privé, alors que les deux secteurs ne font pas le même métier et ne s'adressent pas aux mêmes populations. Le public n'a pas à se battre contre le privé pour les opérations de la cataracte ou la pose d'une prothèse de la hanche ! Il faut seulement garantir à tous nos concitoyens la possibilité d'accéder à ces soins et à tous nos étudiants celle d'y être formés.

Mme Jacqueline Fraysse. Bien sûr !

M. Jean-Marie Le Guen. Certains actes peuvent parfaitement être exécutés dans le cadre d'un secteur privé commercial. Mais il ne faut pas partir du principe que les deux secteurs font le même métier.

Ils ne font pas le même métier, quoi que vous en disiez ! C'est l'honneur du public de faire tous les métiers, c'est l'un des avantages et l'une des justifications du privé de faire des métiers particuliers. La problématique de la convergence déstructure le secteur public tout en faisant marcher l'ensemble du secteur avec des cailloux dans les chaussures.

(Les amendements identiques n^{os} 914 et 1223 ne sont pas adoptés.)

Article 3

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 3.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'article 3, qui concerne les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, est très important puisqu'il engage l'avenir des établissements.

Ai-je besoin de rappeler que ces contrats sont signés entre l'ARS et le président du directoire pour une durée de cinq ans et prévoient notamment le retour à l'équilibre financier ?

Ce souci d'équilibre est légitime mais encore faudrait-il que les deux signataires s'engagent sur un pied d'égalité. La signature d'un contrat, en effet, implique que les deux partenaires soient sur un pied d'égalité.

Or l'ARH a aujourd'hui des moyens de pression très importants. Demain l'ARS en aura davantage encore puisque son directeur pourra limoger le directeur de l'établissement si celui-ci n'entre pas dans les clous financiers. Il conviendrait que ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévoient le financement à l'euro près des mesures décidées au plan national, comme les augmentations des rémunérations du personnel, qui représentent 70 % du budget des établissements et sont décidées par le ministère de la fonction publique, les reclassements de personnels ou les mesures de sécurité qui, le plus souvent, ne sont financées que très partiellement.

Il est prévu que ces contrats fixent également des objectifs quantifiés des activités de soins. Comment peut-on inscrire parmi les missions de service public l'obligation d'accueillir tous les patients et de leur assurer des soins de qualité conformément aux données de la science et, dans le même temps, fixer des objectifs quantifiés des activités de soins ? Il conviendrait d'indiquer, me semble-t-il, que les établissements doivent répondre aux besoins de santé de la population. Il est du reste anormal de quantifier le nombre de stimulateurs cardiaques à implanter ou encore celui des séances d'hémodialyse, de radiothérapie ou de chimiothérapie à réaliser dans l'année. La mission de l'établissement est bien d'accueillir tous les patients et de leur assurer les soins que leur état exige.

La tendance conduisant à un contrôle technocratique et financier ne correspond pas à la volonté d'assurer des soins de qualité auprès de l'ensemble de la population. Il conviendrait d'être clair sur ce point fondamental.

Par ailleurs, l'article 3 prévoit des pénalités pour le cas où les missions de service public ne seraient pas assurées. J'ai déposé un amendement prévoyant que cette pénalité soit réellement dissuasive et non symbolique, et qu'elle puisse s'appliquer en cas de non-réalisation partielle de l'engagement à assurer les missions de service public. En effet, il existe un bloc de missions et les établissements pourraient n'en réaliser qu'une ou deux. Dans ce cas, ils ne devraient pas pouvoir s'exonérer d'une sanction justifiée.

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

M. Roland Muzeau. Garantir le droit à la santé pour tous comme un droit fondamental est un véritable enjeu de société qui place l'humain au cœur des réalités économiques et sociales.

Notre système de santé reste sans doute un des meilleurs au monde, avec son maillage territorial de service public et sa protection sociale solidaire, bien que la comparaison, aujourd'hui, tienne peut-être également à la dégradation des systèmes des pays voisins.

Même si les résistances ont ralenti leurs effets, les politiques libérales successives ont dégradé la situation en provoquant l'explosion des déficits des hôpitaux, la pénurie de professionnels qualifiés, des milliers de suppressions d'emplois, les déremboursements, les franchises médicales, les dépassements d'honoraires ou encore les fermetures de services de proximité, creusant les inégalités territoriales et dégradant l'accès à des soins de qualité pour tous. Vous pensez que le moment est venu aujourd'hui de porter un nouveau coup au système né à la Libération.

Nous ne sommes pas pour l'immobilisme. Notre système de santé doit évoluer tout en restant fidèle à des principes forts de solidarité, d'égalité et d'accès aux soins, selon le beau principe de la sécurité sociale : « de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins. »

Or les orientations du projet de loi ne vont pas dans ce sens. Le cadre budgétaire est clair : retour à l'équilibre pour la sécurité sociale en 2012. C'est dire que, sans recettes nouvelles pour la sécu, les restrictions à marche forcée vont continuer. Qu'on ne s'y trompe pas : votre objectif n'est pas de réduire les dépenses de santé mais d'en finir avec le système solidaire. Chacun sait que les dépenses de santé augmenteront. Il s'agit donc pour vous de permettre au privé de se développer sur un marché en croissance continue, grâce à une clientèle captive de patients qui seraient prêts à sacrifier beaucoup pour se soigner.

Dès lors, de nouvelles répartitions sont à l'ordre du jour non seulement entre le système public, condamné à prendre en charge ce qui coûte cher, et le privé, qui aspire à traiter tout ce qui rapporte, mais également entre une sécurité sociale dont il faut réduire les dépenses, voire les recettes, et un dispositif assurantiel privé prêt à prendre toute sa part dans cette nouvelle donne.

Pourtant, la crise financière révèle l'importance de la protection sociale pour aider non seulement les plus démunis mais également l'immense majorité de la population à faire face à la situation.

Mieux couvrir les besoins est aujourd'hui une nécessité qui passe en priorité par un système de santé fondé sur la solidarité et la proximité, et non pas soumis à la rentabilité financière.

Mon ami Daniel Paul aurait aimé, à cet égard, souligner combien la situation du groupe hospitalier havrais illustre le malaise qui touche notre système de santé. La région havraise connaît de lourdes pathologies et une forte surmortalité. Or, alors que l'hôpital du Havre est confronté à de grandes difficultés, comme d'ailleurs la plupart des hôpitaux de France – déficit cumulé des exercices 2006, 2007 et 2008 à hauteur de 52 millions d'euros, dont 19 millions en 2008, exercice pour lequel la part de T2A atteint les deux tiers de la masse globale budgétaire contre la moitié durant les deux premiers –, on voit se développer une hospitalisation privée, portée par la Générale de santé. Dans le même temps, la ville du Havre voit s'aggraver la pénurie de médecins libéraux, généralistes ou spécialistes.

Force est alors de constater que le fameux adage, si cher au Président de la République, « travailler plus pour gagner plus », est difficilement applicable aux hôpitaux – « soigner plus pour gagner plus » –, d'autant qu'il manque près de trente médecins, toutes disciplines confondues, au sein du groupe hospitalier havrais, et que la pénurie de personnel oblige à fermer des lits alors que, parallèlement, le secteur privé ne cesse de grignoter des parts de marché, aidé en cela par des investissements d'infrastructures bien souvent financés, en grande partie, par de l'argent public.

Madame la ministre, vous avez fait part de votre accord pour aider cet hôpital à condition qu'il engage des réformes. La majorité du conseil d'administration vous a entendue : les mesures retenues visent notamment à diminuer la durée moyenne de séjour, jugée trop longue. Constatons tout de même que les solutions d'accueil en soins de suite sont largement insuffisantes. L'autre mesure, qui n'est pas la moindre et touchera tous les secteurs, consiste à supprimer 387 emplois d'ici 2012. Une telle politique met en péril l'offre de soins dans une région déjà particulièrement sinistrée mais, comme le rapportait la presse locale citant un responsable hospitalier, « on ne peut dissocier moyens et organisation, l'enjeu étant de retrouver une capacité d'autofinancement ».

En octobre dernier, le magazine professionnel *Impact Médecine* a classé Le Havre à la trente-sixième et dernière place des grandes villes pour l'offre de soins. Parmi les indicateurs figurent le taux de mortalité, l'espérance de vie, le pourcentage des soixante-cinq ans et plus, le taux d'incidence des cancers, les comportements à risque, les taux d'équipement en lits et places en établissements, le matériel d'imagerie médicale, la démographie médicale, ainsi que des facteurs environnementaux tels que le climat, la pollution et les sites industriels à risque.

Les orientations du texte de loi n'amélioreront pas la situation, que ce soit au Havre ou ailleurs, bien au contraire !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est certain !

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. L'article 3 concerne les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui, sous des dehors techniques, voire technocratiques, à l'exemple du projet de loi qui fait le plein de schémas, de conférences, d'organisations et de contrats, consacrent ce qui liera fortement – espérons-nous – les établissements de santé à leurs organismes de tutelle que seront demain les agences régionales de santé et, à travers elles, l'État.

Nous souhaitons que soit maintenue, à l'article 3 et au travers de ces contrats, la référence aux soins palliatifs, qui sont devenus récemment – ils auraient dû l'être depuis longtemps – une préoccupation de plus en plus importante. Or, dans l'état actuel du texte, la référence aux soins palliatifs disparaît à l'alinéa 14 de l'article 3.

Pourtant, si la médiatisation de certaines situations dramatiques, qui ont provoqué l'émotion du public, a pu laisser penser que les soins palliatifs étaient devenus une réalité facilement accessible en France, nous savons bien que, malheureusement, tel n'est pas le cas aujourd'hui. L'année dernière, madame la ministre, Mme Marie de Hennezel vous a remis un rapport révélant, en la matière, un état de carence généralisée, manifeste à la fois pour les enfants et les personnes d'âge moyen en fin de vie, et systématique pour les personnes âgées aux derniers moments de leur existence.

À la suite de ce rapport, après une intervention, là encore très médiatisée, du Président de la République, un grand plan de mobilisation nationale pour les soins palliatifs a été

annoncé, pour la réalisation duquel on a décidé de mettre, à la fois, l'accent et de l'argent sur des équipes mobiles faisant le lien entre les soins et la fin de vie à domicile ou dans les EHPAD.

Or je me demande très sincèrement où en est aujourd'hui la mise en œuvre de ce plan, notamment la relation entre les établissements de soins et les établissements médico-sociaux ou l'hospitalisation à domicile. J'ai déjà eu l'occasion d'évoquer la situation de mon département, mais dois-je m'en excuser, du fait que c'est à travers des situations particulières qu'on touche du doigt le fait que les grandes annonces ne sont pas toujours suivies des effets escomptés? C'est ainsi qu'il y a quelques jours à peine on m'a informée que l'EHPAD de La Celle-Guenand, au sud de la Touraine, dans le canton rural de Montrésor, a été privé de l'équipe mobile de soins palliatifs dont elle a pu bénéficier au cours des derniers mois.

Ainsi, alors que l'annonce des soins palliatifs comme grande priorité nationale a fait l'unanimité – je n'ai entendu aucune voix s'élever contre la nécessité de développer les soins palliatifs au sein de notre politique de santé –, on a le sentiment que les moyens ne suivent pas et que le projet de loi fait passer au second plan cette priorité puisque vous avez purement et simplement supprimé la référence aux soins palliatifs à l'article 3. C'est la raison pour laquelle, madame la ministre, avant de passer à l'examen des amendements à l'article 3, je souhaite réaffirmer la nécessité d'indiquer, dans les contrats d'objectifs et de moyens, que certaines obligations spécifiques doivent faire l'objet d'une attention particulière du fait qu'elles ne sont pas naturellement suivies d'effet.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens posent deux types de problèmes.

Le premier touche à leur rédaction et à la participation de la communauté médicale à leur définition; je l'ai dit de nombreuses reprises, je n'insiste donc pas ici mais j'y reviendrai lorsque nous examinerons un amendement de Bernard Debré.

Le second concerne non plus la méthode mais l'objet de ces fameux contrats. Nous pensons tous, spontanément, que le dépassement de l'annualité permettra d'avoir une vision stratégique. Seulement, en y regardant de plus près, on se rend compte qu'il s'agit sans doute d'un attrape-nigaud technocratique. En effet, ces contrats ne permettent pas de penser ce que sera l'évolution, par exemple, des tarifs de la T2A. Comment construire une stratégie financière si aucune clarification nette n'est apportée quant aux tarifs à venir? Je l'affirme d'autant plus volontiers que vous avez rejeté hier une de nos propositions visant à inscrire la question tarifaire dans un cadre pluriannuel. Il s'agit donc d'un pur leurre financier: comment établir une stratégie sur cinq ans quand on ne dispose pas des moyens de deviner le montant de la rémunération?

En outre, madame la ministre, vous avez lancé, vous lancez ou votre successeur lancera des plans de santé publique en fonction de l'actualité.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce ministre, ce sera peut-être vous-même, monsieur Le Guen!

M. Jean-Marie Le Guen. Nous verrons bien. Je ne suis pas sûr, en tout cas, qu'un autre gouvernement que le vôtre...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Fasse mieux?... C'est également ce que je pense. *(Sourires.)*

M. Jean-Marie Le Guen. ... puisse cesser de définir des plans de santé publique aussi rapidement. Vous n'êtes d'ailleurs pas forcément en cause vous-même, mais le Président de la République dégage des plans de santé publique dès que l'actualité du 20 heures lui en donne l'occasion, un peu comme Lucky Luke dégage plus vite que son ombre. Un jour il veut enfermer les gens dans les asiles, y construire immédiatement des murs; le lendemain lui viennent encore d'autres idées. Or, pendant que le Président agit dans l'urgence, le planificateur a du mal à anticiper tous les journaux de 20 heures et donc à penser une véritable stratégie.

Ces deux éléments d'incertitude, sur la tarification, sur la réaction à l'actualité, me conduisent à douter de la viabilité de votre politique.

Et je vais me montrer plus grave. Même s'il est légitime que nous légiférions, sommes-nous capables, les sciences du vivant évoluant de façon considérable, de penser ce que sera l'hôpital dans dix, quinze ou vingt ans?

M. Jean Mallot. Nous serons morts.

M. Jean-Luc Prél. Déjà?

M. Jean-Marie Le Guen. Ainsi, l'hôpital a-t-il vocation à être un lieu où la grande majorité des patients continueront à être couchés?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Pas forcément.

M. Jean-Marie Le Guen. Comment envisageons-nous l'avenir des relations entre l'hôpital et la ville? Comment imaginons-nous le lien entre la technicité et l'environnement? Ce texte et, en particulier, les contrats prévus à l'article 3 sont essentiellement conçus comme si l'avenir devait reproduire le présent.

Ce qui me frappe, en ce qui concerne le secteur de la santé, c'est qu'à la différence d'autres secteurs de l'activité humaine, nous sommes incapables d'avoir une vision stratégique sur vingt ans ou même, seulement, sur cinq ans. Et on demande aux planificateurs d'élaborer des plans stratégiques, comme c'est le cas au sein des meilleures institutions, sans qu'on puisse se projeter dans le futur pour imaginer l'évolution de la science ou celle des pathologies.

Vous parlez de l'obésité, madame la ministre. Je ne mets pas en cause votre action, d'autant que vous partiez de pratiquement rien. Seulement, aujourd'hui, nous savons que nous ne pourrons pas faire face à l'épidémie de patients obèses. Nous ne pourrons pas prendre en charge ces malades au sein de nos structures hospitalières car nous ne disposons pas des fauteuils, des chaises, des lits, des IRM à la bonne taille.

Nous n'avons en effet pas été capables d'anticiper ce que seraient la médecine, les pathologies, les manières de soigner à venir. De même, les contrats d'objectifs et de moyens donneront trop souvent dans la répétition technocratique, même si parfois, heureusement, quoique votre texte n'aille pas dans ce sens, un peu de pensée médicale permettra une vision à plus long terme.

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

M. Jean Mallot. Je ferai trois observations sur l'article 3.

Tout d'abord, le texte dispose que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ont une durée maximale de cinq ans. Dans le cas où l'établissement se voit confier une ou plusieurs missions de service public, leur durée ne peut *a priori* être inférieure. Que se passe-t-il, dès lors, si l'on constate que tel établissement n'est plus à même d'assumer cette charge? Que peut faire, en la circonstance, la puissance publique par le biais

de l'ARS? On peut certes se référer à l'alinéa 8 qui dispose que « le contrat peut être résilié avant son terme par l'agence régionale de santé en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles ». Qu'il faille aller jusqu'à invoquer un « manquement grave » est peut-être aller un peu loin.

Ma deuxième observation porte sur les pénalités financières prévues dans le cas où un établissement de santé ne respecterait pas les engagements pris au titre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le texte prévoit que ces pénalités « sont proportionnées à la gravité du manquement constaté », mais restent plafonnées à « 1 % des produits reçus par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos ». On retrouve ce type de démarche dans d'autres secteurs comme le logement social, ou ceux où l'on se donne un droit à polluer en payant une pénalité. Il faudrait donc prendre les précautions nécessaires pour éviter que, moyennant finances, on ne se donne le droit de s'affranchir de ses engagements.

Enfin, troisième observation, l'alinéa 14 fait disparaître la référence aux soins palliatifs. Il propose en effet de supprimer – nous présenterons un amendement visant à la rétablir – la disposition du code de santé publique qui prévoit que les contrats « identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs ».

Nous contestons, bien sûr, la suppression de cet alinéa. Ce sujet est d'importance et, à la suite du rapport de Mme de Hennezel qui établissait clairement l'existence d'inégalités profondes dans l'accès aux soins palliatifs, ainsi que les difficultés majeures et récurrentes dans la diffusion de la culture des soins palliatifs, plusieurs annonces ont été faites. Ainsi, le Président de la République, en juin 2008, a annoncé la mise en place d'un plan de développement des soins palliatifs comprenant, selon la presse, dix-sept mesures, pour la réalisation desquelles 230 millions d'euros seraient engagés. Il serait bon que vous nous indiquiez, madame la ministre, où nous en sommes.

Le rapport de Mme de Hennezel relevait en outre l'existence de situations fort difficiles non sans rapport avec les modes de gestion des établissements de santé. Il évoquait « certaines régions qui se plaignent d'un détournement des moyens dès lors que les moyens accordés aux services qui identifient des lits de soins palliatifs ne correspondent pas à une qualité de prise en charge des fins de vie ». Autre citation qui permet d'établir un lien avec la fameuse T2A, dont nous parlerons encore : « Les établissements sont tentés de demander des lits identifiés pour des raisons budgétaires. De nombreux cas ont été signalés de services qui ont demandé des moyens supplémentaires pour assurer la démarche palliative et qui ne les ont pas obtenus. Il est assez fréquent, par exemple, que le temps de psychologue demandé par un service qui s'est vu attribuer des lits dédiés, ne soit pas octroyé. »

Nous nous trouvons au cœur d'un débat qui va nous occuper à juste titre longuement : le lien entre les règles de gestion des établissements et les conséquences – en l'occurrence néfastes – qu'elles induisent pour des pans entiers de notre système de soins, et notamment pour les soins palliatifs. Nous ne pouvons nous satisfaire d'une disposition qui rayerait d'un trait de plume l'alinéa que j'ai cité ; nous en demandons le rétablissement en l'assortissant d'une demande d'explication sur le sort qui a été réservé au plan pour les soins

palliatifs annoncé par le Président de la République et sur ce que vous comptez faire pour porter remède à cette situation dommageable.

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

Mme Michèle Delaunay. Je souhaite centrer mon intervention sur ce que j'appellerai, si vous me permettez l'expression, les « rapports adultères » entre projet médical et contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Je considère que seuls les rapports d'un établissement de santé avec le projet médical sont légitimes. Ce texte provoque en effet une sorte de gêne puisque c'est le rapport adultère qui a la part la plus importante, un article entier lui étant réservé, ce qui est loin d'être le cas pour le projet médical, lequel n'est évoqué qu'allusivement ou pour mentionner ceux qui n'auront même plus à le rédiger.

Nous avons certes, *a priori*, envie de souscrire à l'idée de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens puisque nous sommes comptables de l'argent public. Toutefois, ainsi que l'a excellemment montré Jean-Marie Le Guen, nous ne pouvons absolument pas prévoir les tarifs de demain. De la même manière, nous avons de grandes difficultés à prévoir ce que seront les patients et les pathologies.

Permettez-moi de rappeler ce qui est arrivé en 1981 : trois lignes dans un journal médical new-yorkais sur ce qui, en quelques mois, deviendrait le SIDA. Cela n'aurait pu entrer dans aucun contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Je pense malheureusement, à l'instar de Jean-Marie Le Guen, que de nombreuses maladies comportementales que nous n'avons pas su prévoir et dont nous ne savons pas toujours bien planifier le traitement, manquent à ce projet, comme toutes les formes de troubles du comportement, de violence et de souffrance psychique, qui vont nous exploser à la figure et défier tous les contrats possibles.

L'évolution des techniques n'a pas été évoquée, qu'il s'agisse des techniques instrumentales ou des modes de traitement. L'ardeur des équipes médicales en pointe pour tenter d'identifier ce devenir, malgré les coûts, malgré les difficultés, malgré l'incertitude – on ne sait pas en janvier ce qu'une publication démontrera en décembre pour étayer ou contrarier les hypothèses –, n'entre pas en ligne de compte dans la définition d'un contrat d'objectifs. Or vouloir enfermer un établissement dans un contrat global, c'est instaurer entre les esprits les plus aigus, les plus brillants, entre les meilleurs chercheurs, une compétition qui sera très difficile à gérer et qui risque d'être dommageable pour ces établissements mus avant tout par une volonté d'innovation et de recherche.

Je voudrais dire un mot, moi aussi, des soins palliatifs. Jean-Marie Le Guen a avancé, par boutade, qu'un jour il n'y aurait plus que des soins palliatifs. Ce n'est pas notre ambition. Mais notre ambition est qu'il y en ait partout. Mme Touraine a parlé du sujet ô combien important des équipes mobiles, mais nous souhaitons vivement qu'il y ait des lits de soins palliatifs à l'intérieur même des services – et en particulier des services comme le mien, qui traite des malades cancéreux –, et bien sûr avec le personnel nécessaire. C'est la raison pour laquelle cette question relève bien des CPOM, car les soins palliatifs n'utilisent ni des traitements coûteux, ni des techniques lourdes, mais des gens, ce qui est très coûteux.

Notre souhait est qu'il y ait dans tous ces services deux ou trois lits de soins palliatifs. Car vous n'imaginez pas quelle épreuve cela peut être pour un patient – comme pour sa famille et pour nous-mêmes – d'être transféré dans un service de soins palliatifs. Je ne sais pas si quelques-uns connaissent la nouvelle de Buzzati intitulée *Sept étages* : un malade entre à l'hôpital quasiment en bonne santé, et descend

chaque fois un étage, jusqu'à se retrouver dans ce qui ne s'appelait pas encore le service des soins palliatifs. Ces transferts d'unité en unité sont extrêmement éprouvants pour les malades, les familles et les médecins qui ont à les faire subir.

Je vous invite, madame la ministre, à être attentive à cette question. Il est nécessaire que, dans les services, il y ait des lits pour ces patients et des équipes qui puissent les prendre en charge sans avoir à les « déménager ».

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

M. Bernard Debré. Il me semble indispensable que la commission médicale d'établissement soit associée à l'élaboration de ce contrat pluriannuel. Il serait complètement illogique, invraisemblable, qu'elle en soit tenue à l'écart. Pourquoi ? Parce que, comme M. Prél l'a dit, ce plan pluriannuel péchera vraisemblablement par l'aspect quantitatif. Il arrive souvent – et je ne veux pas mettre plus particulièrement en avant quelque service que ce soit – que l'hôpital nous attribue un projet en nous disant, par exemple : « Vous avez le droit de poser telle quantité de matériel prothétique. » Si le service marche bien et que nous en mettons beaucoup plus ? Faut-il les refuser, ne pas les refuser ?

Ce plan est indispensable, et c'est pourquoi je voterai pour, mais ce dont j'ai peur, c'est que l'on y soit engoncé, et que l'on vous dise en substance : « Monsieur, vous travaillez beaucoup trop, vous avez dépassé les limites qui vous étaient fixées, et l'on risque de vous punir. »

M. Jean-Marie Le Guen. C'est ce qu'on va vous dire bientôt ! Voyez le rapport de l'inspection générale des finances.

M. Bernard Debré. Je pense qu'à partir du moment où la communauté médicale sera associée à l'élaboration de ce plan, ce sera beaucoup moins grave.

J'ajoute que ne sommes évidemment pas à l'abri – et heureusement ! – d'avoir du nouveau matériel, plus cher, qui nous permette d'accepter un plus grand nombre de malades.

Ce plan est donc indispensable pourvu qu'il soit indicatif. Il ne doit pas être trop coercitif...

Mme Michèle Delaunay. Voilà !

M. Bernard Debré. ...et il est absolument nécessaire que la communauté médicale y soit très étroitement associée.

M. Roland Muzeau. Donc, le texte est à refaire.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce débat est très intéressant. Il aurait peut-être même mérité une place dans la discussion générale, mais c'est l'intérêt de la discussion des articles que de nous permettre d'aborder plus au fond un certain nombre de sujets.

J'ai été très sensible à ce qu'a dit M. Le Guen sur les extraordinaires mutations qui nous attendent dans le domaine de la médecine, du soin, de la prise en charge. D'ailleurs, ce travail a été fait par Éric Besson lorsqu'il était secrétaire d'État à la prospective. (*Exclamations et rires sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Nous voilà rassurés ! Du moment qu'il n'est pas passé du côté de la maladie, c'est déjà pas si mal ! (*Rires sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Vous avez tort, parce que ce texte de prospective sur la santé a été préparé par moi-même, mes services et un certain nombre d'experts, et ceux qui ont eu à en connaître ont jugé que cette

contribution était de qualité, monsieur Le Guen. Dans le projet de loi, vous trouverez d'ailleurs des outils de souplesse et de prospective.

Il ne faut pas caricaturer ce qu'est un CPOM. C'est une feuille de route qui s'adapte...

M. Jean-Marie Le Guen. Vous appelez ça un « sépom » ? (*« Pom, pom, pom ! » sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Bérengère Poletti. M. Le Guen a envie de rire ! C'est nerveux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Oui, je pense que c'est l'heure tardive qui rend M. Le Guen gai. (*Rires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Je vous en prie ! Gardez vos sentiments pour vous ! (*Rires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Gai avec un « i », bien sûr ! Bon, je vais essayer de remettre un peu de sérieux dans cet hémicycle.

Mme Jacqueline Fraysse. Ce serait une bonne chose, en effet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'en étais donc au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. C'est une feuille de route, avec une clause de revoyure annuelle qui permet de le faire évoluer. Ce n'est pas un carcan, bien entendu.

Mme Catherine Génisson. Si !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il s'adapte, et c'est tout à fait normal. Cette clause donnera l'occasion de voir comment le contrat a avancé, quels en sont les points faibles et les points forts, ce sur quoi il faut le moduler. Je vous en prie, ne le caricaturez pas !

À partir de cette question, qui met en évidence, finalement, la nécessité d'une politique prospective, nous en sommes venus aux soins palliatifs. Madame Touraine, vous m'avez posé des questions précises, comme d'ailleurs M. Mallot. Vous m'excuserez de ne pas avoir ici les chiffres exacts portant sur le financement de notre politique en la matière. Je tiens cependant à vous dire que le nombre total des places en structures palliatives diverses a doublé tous les trois ans. En 2007, par exemple, 4 000 lits ont été créés. On a noté une augmentation de 98 % du nombre de places palliatives entre 2001 et 2004, et de 94 % entre 2004 et 2007. On compte 340 équipes mobiles. Et le plan qui va se déployer jusqu'en 2012 prévoit 229 millions supplémentaires pour développer l'offre.

Je ne peux pas répondre dès à présent, madame la députée, à la question très précise que vous m'avez posée sur l'équipe mobile dans votre commune de Touraine. Cette équipe n'a pas disparu, elle a peut-être été envoyée ailleurs pour répondre à des besoins précis, mais je me renseignerai, et je vous apporterai la réponse que vous souhaitez sur un sujet qui mobilise beaucoup les familles.

L'estimation de la dépense en soins palliatifs, c'est 800 millions par an, hors hospitalisation à domicile. C'est évidemment un secteur essentiel.

Vous savez que le diagnostic de la situation avait été fait par le docteur Régis Aubry, dans un rapport très remarqué. Il a été nommé à la tête du comité national de suivi du développement des soins palliatifs, afin d'activer ce plan, de le concrétiser. Nous lui avons donné une feuille de route très resserrée.

Il va constituer six groupes de travail. En juin 2009, nous aurons un premier bilan de tout cela à travers un rapport d'étape.

Mais je reviendrai vers vous pour un point très précis de ce qui a été fait pour les structures palliatives, afin de répondre à Mme Touraine, à M. Mallot et à Mme Delaunay.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 110. Il est retiré, monsieur Debré ?

M. Bernard Debré. Oui.

(L'amendement n° 110 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 296.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement a été adopté par la commission, contre l'avis défavorable que j'avais émis.

En effet, tout titulaire d'autorisation doit avoir passé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour avoir son OQOS, c'est-à-dire son objectif quantifié de l'offre de soins, et donc des séjours rémunérés par l'assurance maladie ou des MIGAC. C'est bien plus efficace qu'une date limite inscrite dans la loi, comme le propose cet amendement. Mais encore une fois, celui-ci a été adopté.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La fixation d'un échancier unique n'est pas compatible avec les dispositions de la loi. C'est la raison pour laquelle j'émet un avis défavorable.

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Marie Le Guen. J'ai bien compris que l'amendement n° 473, inscrit sur la feuille jaune, n'ait pas été discuté, puisque son auteur, M. Leteurtre, n'était pas là pour le défendre. Mais qu'en est-il de l'amendement n° 110 de M. Debré ? Fait-il partie des amendements retirés ?

M. Bernard Debré. Oui.

Mme la présidente. M. Debré m'a fait savoir qu'il retirait son amendement. J'en ai pris acte, monsieur Le Guen.

M. Jean Mallot. Que s'est-il passé ? Il retire tout !

Mme la présidente. Les auteurs d'amendement ont leur liberté, jusqu'à preuve du contraire.

Reprise de la discussion

Mme la présidente. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 296... Allons, je vous demande, mes chers collègues, de lever la main quand je consulte l'Assemblée !

(L'amendement n° 296 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 297 et 1104.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 297.

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

Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le projet de loi permet à des établissements de santé privés à but lucratif d'exercer cette mission, après identification des financements et des obligations qui y sont afférents dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Il est proposé de renforcer le caractère contraignant des engagements pris dans le CPOM au titre de l'exercice de ces missions de service public, en portant la pénalité prévue de 1 % à 5 %. Il convient de souligner que cette pénalité de 5 % des produits reçus par l'établissement en cas d'inexécution des missions de service public est un plafond. Toute amende devra être justifiée et proportionnelle. Le but n'est pas d'atteindre ce plafond.

En outre, il faut rappeler que c'est là le premier degré de l'échelle des sanctions possibles. Il est toujours loisible au directeur de l'ARS de déclencher la sanction suprême, c'est-à-dire de retirer l'autorisation en cas de non-respect des obligations liées aux missions de service public.

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le rapporteur, je vous remercie d'avoir défendu mon amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay, pour défendre l'amendement n° 1104.

Mme Michèle Delaunay. Nous proposons, nous aussi, d'augmenter cette contrainte puisque les missions de service public font l'objet, par définition, d'une obligation républicaine et que l'établissement a accepté de les remplir. Je pense que ce montant maximum est en effet légitime.

M. Yves Bur. Très bien !

(Les amendements identiques n°s 297 et 1104, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 298.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La commission ayant adopté cet amendement, j'aurais pu laisser M. Rolland le présenter. Tout à l'heure, nous avons souhaité faire passer l'amende en cas de non-respect des missions de service public à un montant qui ne soit pas symbolique. Il est vrai que 5 %, cela commence à devenir important et qu'il y a une échelle des sanctions.

Il me paraît important également d'indiquer que l'inexécution partielle peut être sanctionnée. Il pourrait en effet arriver qu'un établissement ne respecte qu'en partie le bloc de missions de service public.

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

Mme Catherine Génisson. Sagesse, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Non, je souhaiterais plutôt que les auteurs de l'amendement le retirent.

J'ai souhaité, dans ce projet de loi, simplifier le dispositif de sanctions possibles en cas de manquement du titulaire à ses obligations contractuelles. Le projet prévoit des pénalités financières lourdes et la possibilité de résilier le contrat. Par ailleurs, la suspension ou le retrait de l'autorisation d'activités de soins ou d'installation d'équipements lourds est toujours possible en cas de non-respect des engagements pris dans le cadre de l'autorisation.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, d'une part, l'autorisation, acte unilatéral, d'autre part, doivent conserver leurs régimes de sanctions distincts et parallèles mais, le cas

échéant, applicables au même établissement. Dans un souci de clarté juridique, et compte tenu de ces explications, je souhaite le retrait de l'amendement.

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

Mme Catherine Génisson. Cette proposition me semble pourtant tout à fait légitime. D'ailleurs, M. Prélé l'a dit, nous avons largement discuté pour définir la notion, non pas uniquement de mission de service public, mais de socle de missions de service public. Cet amendement permet de conforter l'engagement de l'établissement dans l'exercice de ces missions. En ce qui nous concerne, nous ne le retirons pas.

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

M. Jean-Luc Prélé. Les explications de Mme la ministre ne m'ont pas franchement convaincu. L'inexécution partielle des missions doit pouvoir être sanctionnée, et il est important de le mentionner dans le texte.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je suis ennuyé, madame la présidente : cet amendement – et c'est pourquoi j'ai demandé à Jean-Luc Prélé de le présenter –, avait été adopté par la commission contre l'avis du rapporteur. Je suis sensible aux arguments de Mme la ministre et je serais tenté d'insister auprès de M. Prélé pour qu'il le retire. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

(*L'amendement n° 298 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1110.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Si le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est autre chose qu'un plan de retour à l'équilibre financier pour les hôpitaux, s'il s'inscrit dans une logique de santé publique, il est impératif que la réflexion qui l'inspire découle très directement du schéma régional de santé publique et d'organisation des soins. L'alinéa 13 de l'article 3 fait bien référence à ce dernier, en l'introduisant cependant par le mot « notamment ». Pour que nous comprenions l'utilité de cette précision, il faudrait nous dire quelles autres sources d'inspiration, en dehors du schéma régional, devra avoir le CPOM. Car cet adjectif donne à la phrase un sens purement évocateur et semble exonérer le contrat pluriannuel de la nécessité de s'inscrire dans une problématique régionale.

Notre amendement tend donc à supprimer le mot « notamment » pour bien montrer que le CPOM s'insère dans une vision globale de programme régional.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La subtilité du raisonnement de M. Le Guen n'a pas permis au rapporteur de comprendre ce qu'apporterait la suppression du mot « notamment ». La commission a rejeté cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il me paraît important de garder ce mot pour indiquer que le projet régional de santé comporte plusieurs volets, dont le schéma régional d'organisation des soins, qui détermine plus directement le contenu dudit contrat. Avis défavorable.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Si je veux bien admettre que je n'ai pas été clair dans ma démonstration, il y a aussi un problème avec les avis de la commission et du Gouvernement : le rapporteur ne voit pas ce que changerait la suppression du mot « notamment », alors que, pour la ministre, il est très important de le garder !

Mme Jacqueline Fraysse. Ils ne pensent pas de la même façon !

M. Jean-Marie Le Guen. Si moi je ne suis pas clair, le texte ne l'est pas non plus !

Mme Jacqueline Fraysse. Et « notamment » n'est pas un terme juridique.

M. Jean-Marie Le Guen. Mettez-vous d'accord sur l'importance du mot « notamment », après quoi, madame la présidente, je vous donnerai ma position.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avec ou sans, on aboutit au même résultat.

M. Jean-Marie Le Guen. J'ai l'impression que le résultat, c'est tout simplement le refus de notre amendement, et je trouve cela désagréable. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Bérengère Poletti. C'est du mauvais esprit !

M. Guy Lefrand. De la paranoïa !

M. Jean-Marie Le Guen. Refuser notre amendement pour des motifs à la fois opposés et obscurs, ce n'est pas gentil !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Allons, monsieur Le Guen...

(*L'amendement n° 1110 n'est pas adopté.*)

Rappels au règlement

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Mallot, pour un rappel au règlement.

M. Jean Mallot. Nous aurions dû, à l'instant, examiner l'amendement n° 111 de M. Debré, mais ne l'avons pas pu car notre collègue, comme cela nous arrive à tous, était momentanément sorti de l'hémicycle. Cet amendement prévoyait d'insérer à l'alinéa 13 les mots « à l'exception des centres hospitaliers ayant passé convention avec une université », et l'exposé sommaire était le suivant :

« Le présent amendement a pour objet de faire échapper les centres hospitaliers ayant passé convention avec une université au champ d'application de la présente loi. En effet, le 9 janvier dernier, une commission – dont j'ai appris le nom depuis quelques heures – a été réunie par le Président de la République afin d'envisager les pistes de réforme des centres hospitaliers ayant passé convention avec une université (CHU). Le rapport de cette commission doit permettre de prochainement réformer les CHU dans une loi postérieure à la présente. »

Je suis troublé. D'après les échanges que nous avons eus, cette commission ne devrait pas déboucher sur des mesures législatives, mais ces mesures prendraient un véhicule législatif adapté. On nous parle d'une loi qui viendrait postérieurement, qui irait directement au Sénat, que nous discuterions ici en commission. Je n'y comprends plus rien ! Je voudrais profiter de la présence de M. Debré...

Mme la présidente. Ce n'est pas un rappel au règlement. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC. – Approbation sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Jean Mallot. Mais si ! Il concerne l'ordre dans lequel sont discutés les amendements. Si l'organisation avait été différente, M. Debré eût été présent et il eût pu s'exprimer.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Mon rappel au règlement vise à demander à M. Debré de préciser certains éléments.

Tout d'abord, je voudrais demander à Mme la ministre, étant élu du XIII^e arrondissement, circonscription très sensible à la problématique du véhicule puisque le bouddhisme y est très présent, s'il s'agit du grand ou du petit véhicule. (*Rires.*)

M. Jean Mallot. Le Vélib' peut-être ?

M. Bernard Debré. De toute façon, ce sera le Nirvana !

Mme la présidente. Monsieur Le Guen, vous avez la parole uniquement pour un rappel au règlement.

M. Jean-Marie Le Guen. Je crois savoir, du moins je présume, que M. Debré a, depuis ce matin, des informations plus particulières à nous donner (« Ah ! » sur les bancs du groupe SRC) sur l'éventualité et la nature du véhicule. Est-ce le cas, monsieur Debré ?

Mme Bérengère Poletti. M. Le Guen prêche le faux pour savoir le vrai !

M. Jean-Marie Le Guen. Cela permettrait de nous libérer de l'angoisse qui nous étreint quand, voyant avec espoir vos amendements inscrits sur la feuille de séance, nous constatons qu'ils disparaissent, en une sorte de coitus interruptus. (*Rires.*)

Mme la présidente. Monsieur Le Guen, vous le savez, le règlement n'autorise pas les interpellations. M. Debré semble vouloir vous répondre, aussi vais-je lui donner la parole, mais ce n'est pas un bon moyen de fonctionner. (*Rires.*)

M. Bernard Debré. Madame la présidente, après ce qu'a dit M. Le Guen, je ne comprends pas très bien quel est le bon moyen de fonctionner. Nous ne sommes pas dans une salle de garde : je pense donc, monsieur Le Guen, que vous vouliez parler du grand ou du petit véhicule. (*Sourires.*)

Il n'y a aucune nouveauté depuis ce que j'ai dit très clairement en commission. J'ai annoncé que je retirais ces amendements, et ils ont été retirés.

M. Jean Mallot. Pourtant, ils sont dans la liasse qui nous a été distribuée !

M. Bernard Debré. Comme vous tous, j'ai eu la joie d'entendre Mme la ministre nous dire, hier et aujourd'hui, qu'en fonction des résultats d'une commission – je le dis une fois pour toutes –, on verrait ce qui se passerait : ou bien ce sera des décrets, ou bien des amendements au présent texte, ou bien une loi postérieure. Je n'en sais pas plus, même depuis ce matin.

M. Jean Mallot. Votre amendement annonce une loi !

M. Bernard Debré. Je ne dis rien d'autre, et si j'avais quelque chose à dire,...

M. Yves Bur. Ne vous laissez pas faire !

M. Bernard Debré. Je ne me laisserai jamais faire, cher collègue, surtout après ce qu'a dit M. Le Guen ! (*Rires.*)

Mme la présidente. Poursuivez, monsieur Debré.

M. Bernard Debré. Il n'y a pas d'autre interprétation au maintien de ces amendements en séance que l'oubli de les enlever. Point final.

M. Jean Mallot. Il faudrait donner instruction au service de la séance de les retirer pour de bon.

Reprise de la discussion

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques n^{os} 229, 940 et 1111.

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n^o 299.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a adopté cet amendement. Les soins palliatifs constituent en effet une priorité nationale, rappelée par le Président de la République.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour défendre l'amendement n^o 940.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous avons eu un long débat à ce sujet en commission. Nous pensons qu'il ne faut pas retirer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens la spécificité « soins palliatifs ». Il s'agit, M. le rapporteur l'a dit, d'une priorité nationale, rappelée par le Président de la République.

C'est une grave préoccupation. Nous allons examiner une proposition de loi visant à créer une allocation journalière d'accompagnement de la personne en fin de vie. Un rapport d'évaluation a été rendu au mois de décembre dernier sur l'application de la loi d'avril 2005. Il souligne la nécessité de développer les soins palliatifs sur l'ensemble du territoire après avoir constaté une insuffisance globale et une inégalité de répartition.

Les soins palliatifs figurent, j'y insiste, parmi les priorités nationales. Il y a lieu de rétablir la référence à cette priorité dans les CPOM. Cette proposition a été partagée par l'ensemble de la commission.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay, pour défendre l'amendement n^o 1111.

Mme Michèle Delaunay. Je me réjouirai de voir rétablie cette partie du texte. Nous avons émis sur tous les bancs un avis positif sur ce qui relève pour une fois d'un investissement humain, qui n'utilise pas de techniques ou de thérapeutiques coûteuses, mais demande beaucoup de personnel d'accompagnement. Permettez-moi d'y voir un hommage rendu à l'investissement individuel, de proximité, affectif, de chaque jour, du personnel soignant auprès de malades qu'il ne s'agit plus de guérir mais d'accompagner et de soulager également.

Madame la ministre, permettez-moi d'appeler votre attention sur les diverses facettes de la pratique de ces soins palliatifs, qui vont des équipes mobiles dans les services aux lits de soins palliatifs à l'intérieur des services, et jusqu'à des équipes mobiles à l'extérieur des établissements, comme le souhaite Mme Touraine. Sans cela, il n'y aura pas d'égalité territoriale entre les patients.

C'est pour les équipes soignantes une grande aide d'avoir à leurs côtés des personnes qualifiées, des infirmières habituées à ces soins. Dieu sait que ce n'est pas aisé, bien que cela puisse être considéré comme un accompagnement tellement humain qu'on peut le qualifier de naturel.

Je vous remercie, au nom de toutes ces équipes, de bien vouloir prendre en compte cet investissement des personnels de santé.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Loin de moi l'idée de ne pas saluer l'investissement des personnels de santé. Tout à l'heure, en réponse aux interventions sur l'article, j'ai rappelé à quel point la question des soins palliatifs

était au cœur des priorités du Gouvernement : c'est l'une des trois priorités du Président de la République avec le cancer et la maladie d'Alzheimer.

Mais il était ennuyeux que dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens figure une seule référence précise : les soins palliatifs. Il y a bien d'autres priorités, bien d'autres personnes en attente de mesures législatives et qui sont très mobilisées.

Je pense en particulier à la maladie d'Alzheimer. Nous avons eu, il y a quelques jours encore, une réunion de travail avec l'ensemble des associations et des acteurs qui se mobilisent pour les différents modes de prise en charge des malades souffrant de cette pathologie. Ils souhaitent évidemment que l'on en parle dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Les associations de lutte contre le cancer ont organisé une grande manifestation de sensibilisation. Elles souhaitent que, dans le cadre des contrats pluriannuels, on rappelle que la mobilisation autour du cancer est une priorité absolue.

Lors de la présidence française, j'ai inscrit la question des maladies rares à l'agenda européen, et nous avons eu des discussions très intéressantes à ce sujet. L'ensemble de ces associations de malades souhaitent que les contrats pluriannuels fassent état des progrès à réaliser dans les traitements et la prise en charge.

Bref, j'ai été saisie de dizaines de demandes reconventionnelles par des associations qui veulent, et à juste titre, que le texte énumère toutes les maladies qui préoccupent les familles.

Mais franchement, ces politiques-là s'évaluent à l'aune des moyens réellement mis en œuvre. Les soins palliatifs sont une priorité. J'ai indiqué les crédits qui leur sont consacrés et les dispositifs de suivi destinés à les prendre en charge. Je vais, comme je l'ai promis à Mme Delaunay, à Mme Touraine et à M. Mallot, faire le point ces prochains jours et citer des chiffres extrêmement précis.

Mais je vous demande de prendre en compte l'ensemble des familles et de leurs soucis. La plupart d'entre elles vivraient très mal que l'on ne parle que d'une seule chose. Ou alors, si l'on en cite une, il faut les citer toutes.

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

Mme Catherine Génisson. En l'occurrence, madame la ministre, il ne s'agit pas d'une maladie. Vous en avez cité bon nombre. Nous pouvons échapper, les uns ou les autres, à certaines d'entre elles. En revanche, nous avons tous rendez-vous avec la fin de vie.

Il y a des fins de vie brutales. Mais nombreuses sont les fins de vie douloureuses et qui durent : la maladie d'Alzheimer, le cancer. Elles nécessitent un accompagnement beaucoup plus humain que technique, comme l'a fort bien dit Mme Delaunay. Mais il exige une formation très poussée, car n'importe qui ne peut pas dispenser ces soins.

Vous avez prouvé, madame la ministre, votre attachement à cette priorité nationale. Nous ne comprenons donc pas pourquoi les soins palliatifs devraient être exclus des contrats d'objectifs et de moyens.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ils n'en sont pas exclus !

Mme Catherine Génisson. Nous ne comprenons pas ce geste de retrait : ce sujet est inéluctable.

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

Mme Michèle Delaunay. Loin de nous, madame la ministre, l'idée de vouloir polémiquer. Il ne s'agit pas d'une pathologie mais, si l'on fait preuve d'un certain pessimisme, c'est le rendez-vous, comme l'a indiqué Mme Génisson, de chacune des pathologies que vous avez citées.

Les familles des malades d'Alzheimer ne considéreront pas comme choquant que les soins palliatifs soient spécifiquement prévus, pas plus que les familles de cancéreux, car elles savent que cela peut concerner leur proche. Et toutes les maladies rares sont graves. S'il s'agissait de « bricolinettes », on ne vous en saisirait pas.

La vérité, c'est qu'aucune de ces associations, aucun de ces groupements de malades ne comprendrait que le sujet général de l'accompagnement de fin de vie puisse ne pas être spécifiquement évoqué. Il y a donc, je crois, une autre raison. Les directeurs d'hôpitaux, les administratifs ne comprennent pas toujours que ce qui ne demande pas de gros équipements, des techniques lourdes ou des médicaments chers puisse compter et nécessiter un investissement financier important.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est aussi une question de budget.

Mme Michèle Delaunay. Bien sûr. Pourtant, développer les soins palliatifs, c'est une manière de revaloriser l'engagement des personnels et l'investissement humain, dont nos sociétés, à quelque niveau que ce soit, et même en dehors des hôpitaux, ont besoin.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je voudrais m'associer aux interrogations de mes collègues. Tout le monde connaît notre déficit en matière de soins palliatifs au regard de l'évolution de la société, de l'allongement de la durée de vie et de tous les défis nouveaux qui nous sont lancés. Ce diagnostic est partagé, au point que la commission des affaires sociales a unanimement considéré que cette référence devait être maintenue et a présenté cet amendement collectivement, par-delà les différentes sensibilités.

Je ne comprends pas, madame la ministre, ce qui vous a conduite – vous qui soulignez par ailleurs leur importance – à considérer qu'il ne fallait pas mentionner les soins palliatifs dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Pour quelles raisons ne soutenez-vous pas cette proposition émanant de la commission tout entière, alors que la disposition en cause figurait préalablement dans le code de la santé ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Fourneyron.

Mme Valérie Fourneyron. Madame la ministre, l'ensemble des intervenants vous ont fait part de leur incompréhension. Si elle règne ce soir au sein de notre hémicycle, elle se répandra demain dans l'ensemble du monde des soignants, pour qui l'engagement autour des soins palliatifs est un quotidien particulièrement prégnant et difficile, qui exige une grande qualification.

Le retrait du texte faisant référence aux soins palliatifs n'est pas une décision anodine, c'est un geste politique. Il ne suffit pas d'argumenter sur le fait que les maladies rares, d'autres pathologies et les soins palliatifs doivent être mis sur le même plan. Je vous invite, une fois encore, à prendre en compte le travail de la commission autour de cette référence aux soins palliatifs, qui ne mérite pas, à l'évidence, de disparaître des contrats pluriannuels.

M. Jean Mallot. Très bien !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Au moment où le premier texte sur les contrats d'objectifs a été élaboré, il était important de donner une nouvelle impulsion, une impulsion forte, aux soins palliatifs : on défrichait, on découvrait un nouveau territoire. Depuis, beaucoup a été fait. J'ai donné des chiffres ; j'en citerai d'autres.

En ces matières, nous n'en faisons jamais assez et nous serons amenés à en faire toujours davantage compte tenu des changements de modes de vie, du vieillissement de la population ou des nouvelles structurations familiales. Loin de moi l'idée de porter le moindre jugement de valeur et d'affirmer que c'était mieux avant. Je me contente de constater que nous devons prendre en compte ces mouvements de société.

En outre, j'ai été extrêmement touchée par l'ensemble de ceux qui souhaitaient que leurs préoccupations spécifiques, légitimes au demeurant, soient prises en compte dans la loi. Dès lors que l'on légifère sur la santé, certaines associations de malades, très vigilantes, se manifestent et expriment leur souhait de voir leurs soucis, leur chagrin pris en considération ; elles estiment même parfois que tout ce qui ne les concerne pas directement – une autre maladie, un autre mode de prise en charge – est dirigé contre eux.

Mme Michèle Delaunay. C'est vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il faut tenir compte de ces réactions. Vos propos m'ont évidemment interpellée, mais ils ne peuvent donc me conduire à remettre en cause ma conviction en ce qui concerne les soins palliatifs et les choix politiques que j'ai faits.

Mme Catherine Génisson. On n'a pas dit cela.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Vous m'avez cependant rendue attentive au fait que ma position pourrait être mal comprise. Voilà pourquoi, mesdames et messieurs les députés, je vais émettre un avis favorable aux trois amendements identiques. (*Applaudissements sur tous les bancs.*)

M. Yves Bur. Quel beau geste !

M. Jean-Marie Le Guen. Quelle apothéose !

(*Les amendements identiques n° 299, 940 et 1111 sont adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 300 et 17.

La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 300.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement, adopté par la commission, a pour objet d'obliger les signataires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à ne pas négliger le nécessaire conventionnement avec les établissements d'hospitalisation à domicile. Je me permets de rappeler que certains établissements l'appliquent déjà à titre volontaire avec d'excellents résultats.

Mme Michèle Delaunay. En effet.

Mme Bérengère Poletti. Il est indispensable de mettre en œuvre des coopérations efficaces entre l'hôpital et le secteur ambulatoire et médico-social afin de permettre au patient de regagner son domicile le plus rapidement possible. (« *Très bien* » sur les bancs du groupe UMP.)

M. Jean-Marie Le Guen. Excellent !

Mme Michèle Delaunay. On est pour !

Mme la présidente. L'amendement n° 17 est défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements identiques ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il est en effet important que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens permettent de fluidifier les parcours entre les établissements d'hospitalisation à domicile, les établissements médico-sociaux, les centres, les maisons et les réseaux de santé.

M. Jean Mallot. Oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. J'indique à cet égard, madame Poletti, que l'article 1^{er} du projet de loi précise que les établissements de santé, dont les structures d'hospitalisation à domicile, doivent mettre en œuvre une coordination avec les professionnels de santé de ville et les établissements médico-sociaux. Cette coordination est définie par l'agence régionale de santé et est intégrée dans le schéma régional d'organisation des soins. Ces modalités permettent de répondre à l'objectif très légitime que vous poursuivez.

Pour toutes ces raisons, je vous demande, madame Poletti, de bien vouloir retirer votre amendement.

M. Jean-Marie Le Guen. Suspense insoutenable : que va faire Bérengère ? (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Pas de familiarités, monsieur Le Guen ! (*Sourires.*)

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission ayant adopté cet amendement, elle souhaite qu'il soit maintenu, en dépit de la suggestion de Mme la ministre.

(*Les amendements identiques n° 300 et 17 sont adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 301.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Cet amendement a été adopté par la commission contre mon avis.

M. Jean-Marie Le Guen. Martyr !

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. J'avais estimé qu'il alourdissait inutilement le texte et qu'il aurait eu sa place ailleurs dans le projet. De mon point de vue, cet ajout est superfétatoire.

M. Jacques Domergue. C'est le moins qu'on puisse dire.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Avis défavorable. Le projet de loi prévoit déjà que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens déterminent les objectifs des établissements de santé sur la base du projet régional de santé. Je suggère donc que cet amendement soit retiré.

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

M. Jean-Luc Prével. Je ne vois pas au nom de quoi un amendement adopté par la commission pourrait être retiré sans que la commission se réunisse à nouveau ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Très bonne idée !

M. Jean-Luc Prével. Il ne s'agit pas, madame la ministre, de rendre la loi bavarde, mais de préciser un point fondamental. Vous savez sans doute que, pour les détracteurs de votre texte,

il s'agit d'un projet de loi financier. (« *Mais non!* » sur les bancs du groupe UMP.) C'est ce que l'on entend dire, mais Yves Bur se bouche les oreilles! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce sont des malveillants, ceux qui disent cela!

M. Jean-Luc Prével. La meilleure façon de démentir de tels propos consisterait à inscrire dans la loi que les contrats pluriannuels doivent prendre en compte les besoins de santé de la population. C'est important, madame la ministre.

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

M. Jean-Luc Prével. Alors, écrivez-le dans la loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est déjà fait!

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

M. Bernard Debré. Heureusement, cette loi n'est pas uniquement financière. Mais, si on y insère la proposition de M. Prével, on fera justement ressortir son caractère financier.

M. Jean-Marie Le Guen. Extraordinaire! C'est la touche qui fait ressortir le fond!

M. Bernard Debré. Si on ne le dit pas,...

M. Jean-Marie Le Guen. Cela ne se verra pas!

M. Bernard Debré. ...il est implicite que la loi fait toute sa place aux besoins de santé de la population. Mais l'argument est un peu spécieux, je le reconnais.

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

Mme Catherine Génisson. On peut, certes, féliciter M. Debré pour sa démonstration, mais elle n'est guère convaincante!

M. Jean-Marie Le Guen. Elle est dialectique!

Mme Catherine Génisson. Dans la région du Nord-Pas-de-Calais, les indicateurs de santé sont catastrophiques. Pour y être venue à plusieurs reprises, ce dont nous vous remercions, vous savez, madame la ministre, que la population n'y consomme pas les soins en fonction de ses besoins,...

M. Bernard Debré. Cela n'a rien à voir!

Mme Catherine Génisson. ...par manque d'éducation sanitaire.

Ayant présidé, ainsi que Cécile Gallez, une conférence régionale de santé, je me souviens que nos discussions ont été très difficiles avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parce que les contrats d'objectifs et de moyens tels qu'ils nous étaient proposés tenaient beaucoup plus compte de l'activité des services et de la consommation des soins que des besoins réels de santé. Faire mention des besoins de santé de la population est donc capital si l'on prétend faire une loi qui traite de l'organisation de l'offre de soins, de l'égalité d'accès aux soins et de la qualité des soins.

Le directeur de l'ARH suivant a mieux pris en compte ces propositions, mais parfois de manière arbitraire. Nous avons alors indiqué qu'il aurait été plus intéressant d'établir les contrats d'objectifs et de moyens en fonction d'une évaluation approfondie des besoins. Ce devrait être le fondement de ce texte.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis très sensible à ce que vient de dire Mme Génisson. Il est bien entendu que les contrats pluriannuels doivent intégrer les spécificités et les besoins de santé de la population.

M. Jacques Domergue. C'est la définition même du contrat.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La régionalisation est une démarche conceptuelle fondatrice du projet de loi que je vous présente. Vous avez eu raison, madame la députée, de rappeler que la région Nord-Pas-de-Calais a des spécificités culturelles dues, entre autres, à son histoire industrielle qui a pesé sur les problèmes de santé publique de sa population; de ce fait, elle ne peut pas être comparée à ma région des Pays de la Loire. La politique de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens doit donc bien tenir compte des besoins de santé de la population et des spécificités régionales. Si j'ai exprimé mon désaccord avec l'amendement n° 301, ce n'est pas parce que je ne souscrirais pas à votre vision des choses, mais parce que le projet de loi en tient déjà compte.

J'y insiste, madame Génisson, monsieur Prével, le texte que je propose prévoit que les contrats pluriannuels déterminent les objectifs des établissements sur la base du projet régional de santé.

M. Jean-Marie Le Guen. « Notamment »!

Mme la présidente. Je vous en prie, monsieur Le Guen.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est le concept fondateur des contrats pluriannuels et des schémas régionaux d'organisation des soins, lesquels ont pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population. Ce qui irrigue les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, c'est la réalité des territoires et des besoins de santé de la population!

Si j'ai émis à avis défavorable à cet amendement, c'est non seulement parce que vos préoccupations ont été prises en compte dans le texte, mais parce qu'elles en constituent le socle même!

Mme Bérengère Poletti. Très bien!

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

M. Jean-Marie Le Guen. La mention « en tenant compte des besoins de santé de la population » ne va pas de soi, loin de là. La tradition médicale et administrative de notre pays privilégie la problématique de l'offre par rapport à la problématique de la demande. C'est un élément central.

Un récent rapport de l'IGAS montre ainsi que la classification commune des actes médicaux a été construite à travers une valorisation des actes médico-techniques. Ce faisant, elle a négligé la prise en compte des besoins de la population, notamment en matière d'actes de médecine lente ou de médecine clinique.

M. Jacques Domergue. La CCAM a été fondée sur le calcul des coûts!

M. Jean-Marie Le Guen. N'allez pas croire de telles sornettes! Cette construction a été élaborée par des administratifs et des médecins qui ont considéré qu'il était plus important de prendre en compte les valeurs techniques que les valeurs humaines. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Si vous ne reconnaissez même pas que l'offre de soins a été privilégiée au détriment de la demande de soins, chers collègues de la majorité, je comprends pourquoi nous avons de telles divergences!

Il reste une révolution à opérer : faire en sorte que les politiques de santé soient élaborées en fonction de ce que pensent les usagers et non pas en fonction de ce que pense l'administration ou la profession médicale. Si vous n'avez pas compris qu'il y a encore un long chemin à parcourir pour y parvenir – et que c'est l'objectif que visent en théorie les contrats d'objectifs et de moyens –, c'est que vous n'avez vraiment pas saisi à quels enjeux notre système de santé était confronté.

(L'amendement n° 301 n'est pas adopté.)

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

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, lundi 16 février, à seize heures.

Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital.

La séance est levée.

(La séance est levée, le vendredi 13 février 2009, à zéro heure trente.)

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

CLAUDE AZÉMA



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	171,30
33	Questions 1 an	118,90
83	Table compte rendu 1 an	29,40
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	153,30
35	Questions 1 an	86,10
85	Table compte rendu 1 an	26,00
95	Table questions 1 an	18,10
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	894,50
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	865,90

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 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : 01-40-58-75-00 – Renseignements documentaires : 01-40-58-79-79 – Télécopie abonnement : 01-40-58-77-57

Prix du numéro : 2,50 €
(Fascicules compte rendu et amendements)