

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mardi 12 mai 2009

(98^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



7771050 905203

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME MONIQUE PAPON

Secrétaires :

MM. Jean-Pierre Godefroy, Jean-Noël Guérini.

1. Procès-verbal (p. 4334)

2. Décès d'un ancien sénateur (p. 4334)

3. Questions orales (p. 4334)

AVERTISSEMENT DE L'EMPLOYEUR EN CAS DE PERTE DE PERMIS DE CONDUIRE D'UN EMPLOYÉ AYANT DES OBLIGATIONS DE CONDUITE (p. 4334)

Question de Mme Françoise Férat. – M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports ; Mme Françoise Férat.

TRANSPORTS SCOLAIRES ET INTERPRÉTATION DE L'ARTICLE 29 DE LA LOI N° 82-1153 DU 30 DÉCEMBRE 1982 D'ORIENTATION DES TRANSPORTS INTÉRIEURS (p. 4335)

Question de M. Jacques Blanc. – MM. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports ; Jacques Blanc.

SÉCURISATION DES RÉSEAUX DE DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ (p. 4335)

Question de M. Michel Teston. – MM. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports ; Michel Teston.

COORDINATION ENTRE PROJETS DE TRAITEMENT DES DÉCHETS ET PLANS DÉPARTEMENTAUX EN COURS DE RÉVISION (p. 4337)

Question de M. Alain Vasselle. – MM. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports ; Alain Vasselle.

PROJET DE DÉCRET RELATIF À LA CRÉATION D'UN RÉPERTOIRE NATIONAL COMMUN DE LA PROTECTION SOCIALE (p. 4338)

Question de M. Guy Fischer. – MM. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports ; Guy Fischer.

RATTRAPAGE DES RETRAITES MINIÈRES (p. 4339)

Question de M. Jean-Claude Danglot. – MM. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports ; Guy Fischer, en remplacement de M. Jean-Claude Danglot.

MISE EN ŒUVRE DU PLAN LICENCE ET DE L'AUTONOMIE DES UNIVERSITÉS (p. 4340)

Question de M. Claude Bérit-Débat. – MM. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports ; Claude Bérit-Débat.

ÉVOLUTION ET USAGE DES CRÉDITS DU CONSERVATOIRE DE LA FORÊT MÉDITERRANÉENNE (p. 4341)

Question de M. Pierre-Yves Collombat. – MM. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche ; Pierre-Yves Collombat.

AIDE À LA GESTION LOCATIVE SOCIALE (p. 4343)

Question de Mme Bernadette Bourzai. – Mmes Christine Boutin, ministre du logement ; Bernadette Bourzai.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET MODALITÉS DE CALCUL DE L'APL (p. 4344)

Question de Mme Bernadette Dupont. – M. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services ; Mme Bernadette Dupont.

DÉVELOPPEMENT DES MAGASINS DE DÉSTOCKAGE ALIMENTAIRE (p. 4345)

Question de Mme Catherine Dumas. – M. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services ; Mme Catherine Dumas.

CONTRATS D'ASSURANCE VIE NON RÉCLAMÉS (p. 4346)

Question de M. Hervé Maurey. – MM. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services ; Hervé Maurey.

DÉLOCALISATION INJUSTIFIÉE DE L'ENTREPRISE MOLEX (p. 4347)

Question de M. Jean-Jacques Mirassou. – MM. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services ; Jean-Jacques Mirassou.

SITUATION FINANCIÈRE DES COMMUNES ENGAGÉES DANS DES OPÉRATIONS DE RENOUVELLEMENT URBAIN (p. 4349)

Question de M. Michel Boutant. – MM. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services; Michel Boutant.

SUICIDE DES JEUNES (p. 4350)

Question de Mme Marie-Thérèse Hermange. – M. Bernard Laporte, secrétaire d'État chargé des sports; Mme Marie-Thérèse Hermange.

FORMATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES (p. 4351)

Question de M. Marc Laménie. – MM. Bernard Laporte, secrétaire d'État chargé des sports; Marc Laménie.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH) (p. 4352)

Question de Mme Maryvonne Blondin. – M. Bernard Laporte, secrétaire d'État chargé des sports; Mme Maryvonne Blondin.

SUPPRESSION DE TROIS DES QUATRE TRIBUNAUX DES AFFAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN AUVERGNE (p. 4353)

Question de M. Jacques Mézard. – MM. Bernard Laporte, secrétaire d'État chargé des sports; Jacques Mézard.

Suspension et reprise de la séance (p. 4354)

PRÉSIDENCE DE M. GÉRARD LARCHER

4. Réforme de l'hôpital – Discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (*Texte de la commission*) (p. 4354)

Rappels au règlement (p. 4354)

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, MM. Jean-Pierre Bel, le président.

Suspension et reprise de la séance (p. 4356)

Discussion générale (p. 4356)

Mmes Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports; Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité; M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.

Organisation des débats (p. 4373)

MM. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales; le président, Mme la ministre.

Discussion générale (*suite*) (p. 4374)

Mme Marie-Thérèse Hermange.

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN

MM. Gilbert Barbier, Bernard Cazeau, Jean-Marie Vanlerenberghe, François Autain.

Suspension et reprise de la séance (p. 4385)

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD FRIMAT

MM. Alain Vasselle, Raymond Vall, Jacky Le Menn, Mmes Muguette Dini, Annie David, MM. Dominique Leclerc, Yves Daudigny, Gérard Dériot, Jean Desessard, André Lardeux, Jean-Jacques Mirassou, Jean-Claude Etienne, Mme Patricia Schillinger, MM. Alain Fouché, Claude Jeannerot, Pierre Bordier, Jacques Blanc, Mme Catherine Dumas.

Renvoi de la suite de la discussion.

5. Dépôt d'une question orale avec débat (p. 4414)

6. Transmission d'un projet de loi (p. 4414)

7. Dépôt de propositions de loi (p. 4414)

8. Textes soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution (p. 4415)

9. Dépôt d'un rapport (p. 4415)

10. Dépôt d'un texte d'une commission (p. 4415)

11. Ordre du jour (p. 4415)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME MONIQUE PAPON

vice-présidente

Secrétaires :

**M. Jean-Pierre Godefroy,
M. Jean-Noël Guérini.**

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

Mme la présidente. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

DÉCÈS D'UN ANCIEN SÉNATEUR

Mme la présidente. J'ai le regret de vous faire part du décès de notre ancien collègue Raymond Dumont, qui fut sénateur du Pas-de-Calais de 1978 à 1984.

3

QUESTIONS ORALES

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle les réponses à des questions orales.

AVERTISSEMENT DE L'EMPLOYEUR EN CAS DE
PERTE DE PERMIS DE CONDUIRE D'UN EMPLOYÉ
AYANT DES OBLIGATIONS DE CONDUITE

Mme la présidente. La parole est à Mme Françoise Férat, auteur de la question n° 488, adressée à M. le secrétaire d'État chargé des transports.

Mme Françoise Férat. Monsieur le secrétaire d'État, j'ai souhaité attirer votre attention sur un sujet qui me tient particulièrement à cœur, à savoir la nécessité d'avertir automatiquement les employeurs en cas de perte de permis de conduire d'un employé ayant des obligations de conduite.

Si l'employeur peut licencier son salarié au motif que celui-ci a perdu son permis, il n'existe à ce jour aucune procédure préventive permettant d'avertir automatiquement l'entreprise que l'un de ses employés s'est vu retirer son permis de conduire.

On constate de plus en plus souvent que le salarié qui perd son permis du fait d'infractions au code de la route au volant de son véhicule personnel dissimule cette situation à son employeur. Je pense notamment au drame survenu en février dernier à Grigny.

Une telle anomalie juridique peut entraîner des situations aberrantes, le salarié pouvant continuer à conduire durant plusieurs mois dans le cadre de son travail, sans posséder de permis.

Monsieur le secrétaire d'État, avez-vous l'intention de mettre en œuvre un système permettant d'informer l'employeur en cas de perte de permis de conduire de l'un de ses employés?

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

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports. Madame la sénatrice, vous avez raison de poser cette question compte tenu de l'accident qui s'est produit récemment et aussi parce que vous connaissez bien le monde de l'entreprise et que vous avez sans doute eu à connaître une telle situation.

En l'état actuel de la réglementation, les employeurs n'ont pas la possibilité de se voir communiquer les informations nominatives relatives à la situation du permis de conduire de leurs salariés. Le code de la route limite très précisément les personnes pouvant se voir divulguer ce type d'information.

Pour autant, à la suite de l'émoi provoqué récemment par un accident ayant fait cinq blessés et causé par un chauffeur de car faisant l'objet d'une invalidation de permis de conduire, le Gouvernement a décidé de mettre en place un groupe de travail, non pas pour enterrer cette question, mais pour étudier l'opportunité de la mise en place d'un dispositif d'information des employeurs concernant la situation du permis de conduire de leurs salariés, au regard des protections individuelles et des libertés publiques.

Ce groupe de travail sera composé des services dont relèvent ces questions au sein des ministères chargés des transports, de l'intérieur, de la justice et du travail. Les représentants des secteurs professionnels des transports y seront associés.

Les réflexions porteront notamment sur la possibilité d'annexer au contrat de travail une déclaration sur l'honneur, dans laquelle le salarié préciserait sa situation au regard du permis de conduire. De même, pourrait être mis en place un système d'alerte informant l'employeur que l'un de ses salariés fait l'objet d'une interdiction de conduire ou que le nombre de points de son permis de conduire – nous en avons débattu dans cet hémicycle la semaine dernière – est passé sous un seuil déterminé.

Je souhaite que ce groupe de travail nous fournisse des solutions avant l'été, afin que nous puissions les mettre en œuvre le plus rapidement possible.

Mme la présidente. La parole est à Mme Françoise Férat.

Mme Françoise Férat. Monsieur le secrétaire d'État, j'ai en effet rencontré une telle situation dans mon entreprise. Pendant plusieurs mois, un chauffeur a conduit un camion d'un gros tonnage, avec deux ouvriers à son bord. Rétrospectivement, nous avons réalisé que nous ne pouvions imaginer une telle situation !

Je me réjouis de la mise en place du groupe de travail que vous venez d'évoquer. Pour vous connaître, monsieur le secrétaire d'État, je sais qu'il n'est pas destiné à enterrer le sujet ! (*Sourires.*)

TRANSPORTS SCOLAIRES ET INTERPRÉTATION DE
L'ARTICLE 29 DE LA LOI N° 82-1153 DU 30 DÉCEMBRE
1982 D'ORIENTATION DES TRANSPORTS INTÉRIEURS

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Blanc, auteur de la question n° 497, adressée à M. le secrétaire d'État chargé des transports.

M. Jacques Blanc. Je m'adresse à la fois au secrétaire d'État chargé des transports et à l'ancien ministre de l'agriculture ayant signé la loi relative au développement des territoires ruraux.

Monsieur le secrétaire d'État, mon intervention porte sur la sécurisation de l'organisation des transports scolaires dans nos départements.

La loi relative au développement des territoires ruraux, qui a modifié la LOTI, la loi d'orientation des transports intérieurs, a permis de créer une situation favorable, dans la mesure où il est désormais précisé que, « en cas de carence de l'offre de transports, notamment suite à une mise en concurrence infructueuse, il peut être fait appel à des particuliers ou des associations inscrits au registre des transports, dans des conditions dérogatoires aux dispositions de l'article 7 prévues par décret [...] ».

Il s'agit non pas de remettre en cause le rôle des professionnels et des « taxiteurs », mais de permettre à un département, confronté à un seul adjudicataire ou à des pratiques tarifaires témoignant réellement d'une carence de concurrence, de bénéficier d'une certaine sécurité lorsqu'il traite avec des particuliers ou des associations.

Qui est juge de la carence de l'offre de transports ou d'une mise en concurrence infructueuse ? Dans un département comme la Lozère, cette question revêt une importance particulière, car les sommes en jeu sont très importantes. Les départements qui ne reçoivent qu'une seule offre de transports, provenant le plus souvent de grandes sociétés extérieures, sont confrontés à d'incontestables difficultés. Ils ont besoin d'une interprétation de la disposition précitée, ce qui permettra de sécuriser leurs décisions.

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

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports. Monsieur le sénateur, vous avez raison de poser cette question, qui m'intéresse également en tant que président d'un exécutif départemental.

Vous avez appelé mon attention sur l'interprétation de l'article 29 de la loi d'orientation des transports intérieurs.

La notion de carence de l'offre, notamment à la suite d'une mise en concurrence infructueuse, s'applique à tous les marchés relevant du code des marchés publics. La situation que vous évoquez ne peut donc faire l'objet d'une interprétation propre au secteur du transport scolaire ou du transport à la demande. Elle doit être appréciée au regard du droit général des marchés publics.

Ainsi, dans le cadre d'une mise en concurrence, lorsque l'unique offre remise est appropriée, régulière et acceptable au sens du code des marchés publics et qu'elle répond aux besoins exprimés par l'autorité publique, deux possibilités s'offrent à cette dernière. Elle peut soit conclure le marché, soit pour un motif d'intérêt général déclarer la procédure sans suite. La collectivité ne peut pas, en revanche, déclarer la procédure infructueuse, puisqu'il n'y a pas carence de l'offre.

En revanche, il y a carence lorsque les prix proposés sont prohibitifs ou abusifs. L'offre est alors considérée inacceptable et la procédure déclarée infructueuse.

C'est donc le contenu de l'offre unique, et non le fait que cette offre soit unique qui détermine la situation de carence et autorise l'autorité organisatrice des transports scolaires, par exemple un département ou une communauté de communes, à recourir aux particuliers ou aux associations pour ces services essentiels aux populations des départements ruraux. Je pense notamment au département de la Lozère, monsieur Jacques Blanc.

Je précise enfin qu'il appartiendrait au juge administratif, s'il était saisi par les professionnels d'un recours contre une situation de carence, d'apprécier la légalité de la mesure prise par l'autorité organisatrice. Comme vous pouvez le constater, une certaine souplesse existe, puisque l'offre peut être considérée comme inadaptée. La délicate décision finale revient aux commissions d'appel d'offres et au président de la collectivité organisatrice.

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

M. Jacques Blanc. Monsieur le secrétaire d'État, la disposition que j'évoque a été introduite dans la LOTI lors de la discussion de la loi relative au développement des territoires ruraux par le secrétaire d'État à l'agriculture de l'époque, M. Forissier.

Si la notion de carence de l'offre s'applique à tous les marchés, il s'agit toutefois d'un cas d'espèce.

Si je comprends bien, monsieur le secrétaire d'État, c'est l'appréciation du montant de la proposition qui permet à l'autorité départementale en l'occurrence de déclarer la procédure sans suite. Elle considère alors que la mise en concurrence s'est révélée infructueuse, ce qui lui permet *ipso facto* de traiter avec des particuliers, sans prendre le risque d'une condamnation par le tribunal administratif. C'est ce qui inquiète les responsables.

SÉCURISATION DES RÉSEAUX DE
DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Teston, auteur de la question n° 512, adressée à M. le ministre d'État, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire.

M. Michel Teston. Ma question porte sur la nécessaire sécurisation des réseaux de distribution d'électricité.

Au cours des derniers mois, la France a été touchée par plusieurs épisodes de fortes intempéries dans diverses parties de son territoire : très fortes chutes de neige dans le Massif central entre le 15 décembre 2008 et la fin du mois de février 2009 ; chutes de neige en région marseillaise début janvier 2009 ; passage de la tempête Klaus dans le sud-ouest le 24 janvier 2009 et de la tempête Quentin dans le centre et le nord le 10 février 2009.

Chaque fois, ces intempéries ont engendré de gros dégâts sur les réseaux de distribution d'électricité, privant, parfois pendant plusieurs jours, des milliers de foyers d'électricité et de chauffage, en dépit de la formidable mobilisation du personnel d'Électricité Réseau Distribution France, ERDF, et de ses prestataires, dont il faut une nouvelle fois saluer la qualité du travail.

L'importance de ces dégâts s'explique par le faible taux d'enfouissement – 37 % seulement – des réseaux de distribution d'électricité en France, combiné à la dégradation de leurs performances relevée dans le rapport annuel 2008 de la Commission de régulation de l'énergie.

Or, en dépit des annonces faites par M. le ministre chargé de la mise en œuvre du plan de relance le 6 mars dernier, il semble que les investissements de rénovation et les prévisions d'enfouissement des réseaux ne soient pas à la hauteur des besoins de sécurisation. Ils ne permettraient pas notamment d'atteindre avant longtemps le taux souhaitable de 50 %.

À titre de comparaison, il n'est pas inutile de rappeler que l'Allemagne a enfoui plus de 75 % de son réseau de transport et de distribution.

Aussi, je souhaite connaître quels enseignements le Gouvernement a tiré des récents épisodes d'intempéries en matière de sécurisation du réseau de distribution d'électricité et quelles mesures il entend mettre en œuvre pour renforcer, en période de crise, les dispositifs de communication entre, d'une part, le concessionnaire et, d'autre part, les autorités concédantes et les usagers.

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

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports. M. Jean-Louis Borloo, ministre d'État, vous prie tout d'abord de bien vouloir excuser son absence.

Comme vous l'avez rappelé, monsieur le sénateur, la fin de l'année 2008 et le début de l'année 2009 ont été marqués par des épisodes climatiques exceptionnels : le 14 décembre 2008, à la suite d'un épisode de neige collante, 100 000 de nos concitoyens ont été privés d'électricité dans le Massif central ; le samedi 24 janvier 2009, le passage de la tempête Klaus sur le sud-ouest de la France a laissé 1 700 000 particuliers sans électricité ; enfin, le mardi 10 février, 900 000 foyers ont été privés d'électricité après le passage de la tempête Quentin sur l'ouest et le nord de la France.

Face à ces événements, le gestionnaire du réseau de transport d'électricité, RTE, et le gestionnaire du réseau de distribution d'électricité, ERDF, ont mobilisé nombre de leurs collaborateurs, qui, malgré des conditions d'accès difficiles, ont rétabli en moins de cinq jours l'alimentation de plus de 90 % des usagers privés d'électricité, conformément aux engagements pris dans le contrat de service public conclu entre l'État et le groupe EDF.

Jean-Louis Borloo a demandé aux présidents de RTE et d'ERDF d'établir un « retour d'expérience » concernant chacun de ces événements, afin de prévenir et limiter à l'avenir leur ampleur. Par ailleurs, le ministre d'État a décidé de lancer prochainement une mission d'inspection générale afin de tirer tous les enseignements de ces événements et de proposer un plan d'action visant à sécuriser durablement les réseaux de distribution d'électricité.

L'entreprise ERDF a déjà lancé plusieurs actions de long terme. Elle s'est engagée depuis 2005 à construire plus de 90 % des nouvelles lignes moyenne tension en technique

souterraine, un objectif que l'entreprise a, depuis lors, chaque année dépassé. Elle a lancé en 2006 un plan d'action « Aléas climatiques », qui prévoit notamment l'enfouissement de plus de 30 000 kilomètres de réseau moyenne tension en dix ans, ainsi qu'un programme d'élagage ciblé. Ce plan sera complété et, si nécessaire, accéléré en fonction des résultats des différents « retours d'expérience » et des travaux de la mission d'inspection.

Le gestionnaire du réseau de transport, RTE, a, lui aussi, lancé des actions de long terme.

Il a pris des engagements importants pour la mise en souterrain des lignes nouvelles dans le cadre de son contrat de service public avec l'État. En 2008, 60 % des lignes à haute tension créées ou renouvelées l'ont été en souterrain.

À la suite des deux tempêtes de 1999, RTE a lancé un vaste programme de sécurisation mécanique de son réseau dont le montant annuel sera porté de 113 millions d'euros à 180 millions d'euros.

Plus généralement, les futurs tarifs d'utilisation des réseaux permettront à leurs gestionnaires d'investir davantage, ce qui contribuera à sécuriser l'alimentation en électricité de nos concitoyens.

Je conclus mon intervention en précisant que, pour ERDF, Jean-Louis Borloo a demandé à la Commission de régulation de l'énergie, la CRE, de retenir un programme d'investissements ambitieux, intitulé « Redressement ciblé de la qualité », qui prévoit le doublement des dépenses d'investissements entre 2008 et 2012. Pour RTE, le Gouvernement a demandé à la CRE de modifier sa proposition tarifaire afin de respecter l'échéance de son programme de sécurisation mécanique, fixée en 2017.

Enfin, en ce qui concerne les dispositifs de communication en cas de crise, j'ai pu moi-même constater que le Président de la République avait, lors d'un déplacement dans le Médoc au lendemain de la tempête de janvier dernier, demandé au Secrétaire général de la défense nationale d'établir un plan de gestion de crise nationale et de mieux informer nos concitoyens.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Teston.

M. Michel Teston. Je vous remercie de votre réponse, monsieur le secrétaire d'État.

Les constats effectués lors des très longues et très fortes chutes de neige qui ont touché la partie montagneuse de l'Ardèche au cours de l'hiver dernier me conduisent à formuler deux séries de remarques.

La première porte sur la sécurisation des réseaux. Il convient selon moi d'aller plus loin que les prévisions du plan d'action « Aléas climatiques » de 2006, qui ne prévoit d'enfouir que 30 000 kilomètres de réseau moyenne tension en dix ans. La Fédération nationale des collectivités concédantes et régies demande, à juste titre, que ce programme soit porté à 50 000 kilomètres de lignes enfouies. Elle demande aussi la suppression des « fils nus », techniquement très vulnérables, qui correspondent à environ 70 000 kilomètres de lignes en basse tension. Je considère pour ma part que ces programmes devraient être intégrés dans le plan de relance.

Ma seconde remarque porte sur la gestion des crises. Là encore, les demandes de la Fédération me paraissent tout à fait fondées. Parmi celles-ci, deux me semblent particulièrement essentielles : en premier lieu, la nécessaire optimisation de la gestion des groupes électrogènes ; en second lieu, l'instaura-

tion d'un lien de proximité – par exemple un interlocuteur privilégié – avec les usagers privés d'électricité et les élus. En effet, quels que soient les efforts effectués pendant ces périodes d'intempéries, c'est toujours en matière de communication que les craintes de nos concitoyens sont les plus grandes.

COORDINATION ENTRE PROJETS DE
TRAITEMENT DES DÉCHETS ET PLANS
DÉPARTEMENTAUX EN COURS DE RÉVISION

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, auteur de la question n° 513, adressée à M. le ministre d'État, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire.

M. Alain Vasselle. Madame la présidente, je me permets tout d'abord de saluer la polyvalence des membres du Gouvernement, qui sont capables de répondre à toutes les questions, y compris à celles qui ne relèvent pas de leur compétence directe. Il faut dire qu'ils sont entourés par des conseillers de qualité! Monsieur le secrétaire d'État, je ne doute pas que vous saurez répondre avec pertinence à la question que je vais vous poser.

Je voudrais attirer votre attention sur les désaccords et les tensions que nous constatons de plus en plus fréquemment entre les collectivités locales compétentes en matière de traitement des déchets ménagers et les conseils généraux, au moment de la révision des plans départementaux d'élimination des déchets ménagers et assimilés.

L'échelon intercommunal assume le plus souvent l'entière responsabilité de la gestion de la collecte et du traitement des déchets, et ne comprend pas l'attachement de certains conseils généraux à exercer ce qui s'apparente de plus en plus à un contrôle d'opportunité des projets, pourtant légitimes, des collectivités.

Je voudrais citer à titre d'exemple le cas d'une collectivité, qui aurait délibéré unanimement pour recourir à un mode de valorisation multi-filières associant le tri, la méthanisation et l'incinération avec valorisation énergétique pour le traitement de ses déchets ménagers résiduels, qui aurait choisi un cadre juridique pour l'élaboration de son projet, qui aurait retenu le site d'implantation, qui aurait recruté son assistance technique à maîtrise d'ouvrage pour l'aider à constituer le dossier de consultation des entreprises, et qui pourrait, *in fine*, voir son projet écarté par un conseil général chargé du plan départemental – celui-ci étant en cours de révision, c'est-à-dire non arrêté –, alors même que l'ensemble des documents préparatoires à cette révision recensent clairement l'existence du projet de la collectivité concernée.

Si, en outre, le projet en question permet à la collectivité légitimement compétente en matière de traitement des déchets de respecter, voire de dépasser les objectifs réglementaires, notamment ceux qui sont définis dans le cadre du Grenelle de l'environnement – cher à M. Borloo comme à vous-même, monsieur le secrétaire d'État –, sur quels fondements constitutionnel et juridique un conseil général pourrait-il s'appuyer pour exclure le projet de la collectivité du futur plan révisé?

Une circulaire, pourtant récente, d'avril 2007, précise que « ce serait une interprétation erronée des textes de voir la planification comme un instrument pour imposer des projets aux collectivités compétentes en matière de collecte ou de traitement des déchets ménagers ».

Je m'interroge donc sur la légalité constitutionnelle d'un plan départemental, alors qu'avant même son élaboration définitive le conseil général s'opposerait aux décisions, pourtant conformes à l'esprit et à la lettre de la réglementation, prises en amont par un établissement public de coopération intercommunale pour la mise en œuvre des installations de traitement, et exercerait par là même une tutelle d'une collectivité sur une autre!

Je souhaiterais donc, monsieur le secrétaire d'État, que vous puissiez nous éclairer sur les moyens que le Gouvernement compte employer pour remédier à cette situation pour le moins néfaste à la mise en œuvre des projets et des installations qui doivent, notamment, permettre de répondre rapidement aux objectifs retenus dans le cadre du Grenelle de l'environnement.

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

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports. Je vais essayer, au nom de M. Borloo, de répondre avec pertinence à cette question, d'autant qu'elle porte sur un sujet qui ne m'est pas inconnu : en effet, en tant que président d'une communauté d'agglomérations, j'ai demandé au président du conseil général, qui n'est autre que votre serviteur, de mettre au point un plan départemental.

Rappelons tout d'abord que le législateur communautaire a rappelé son attachement à la question de la planification de la gestion des déchets ménagers et assimilés en lui consacrant le chapitre V de la nouvelle directive-cadre sur les déchets du 19 novembre 2008.

Ce chapitre précise le contenu des plans, qui doivent notamment comporter des indications assez précises sur les nouveaux projets – type de traitement, capacité, critères de localisation, etc.

De même, le renforcement de la planification, dans son rôle de déclinaison territoriale et opérationnelle des politiques nationales en matière de gestion des déchets, constitue un engagement du Grenelle de l'environnement.

Nous vous rejoignons sur le fait que, d'un côté, le renforcement de la planification ne doit pas heurter le principe constitutionnel de libre exercice de leurs compétences par les communes. C'est précisément cette question complexe de l'articulation des compétences qui doit être posée comme point de départ de la réflexion sur une réforme de la planification en matière de gestion des déchets.

Jean-Louis Borloo a demandé aux services de son ministère d'engager d'ici à l'été les travaux relatifs à cette réforme, pour répondre à la fois aux objectifs du Grenelle et aux dispositions de la nouvelle directive-cadre sur les déchets.

Bien entendu, ces travaux associeront l'ensemble des acteurs concernés, notamment les représentants des différentes collectivités. M. Borloo souhaite que cette question complexe donne lieu à un travail de fond largement concerté, et pour lequel le temps de la réflexion serait pris.

En ce qui concerne les déchets relevant de la compétence des communes ou de leurs groupements – communautés de communes ou communautés d'agglomérations –, une piste pourrait être celle d'une meilleure formalisation des programmes et projets de ces derniers, en amont de l'élaboration ou de la révision d'un plan départemental. Dans une telle configuration, le rôle du conseil général serait d'agir en coordonnateur des programmes et projets des personnes compétentes en matière de gestion des déchets et, ce

faisant, de veiller à la mise en œuvre d'une politique efficace et respectueuse des objectifs et programmes nationaux et communautaires.

Pour avoir récemment interrogé le préfet de mon département à ce sujet, j'ajoute que, dans l'ancien système, ce n'était pas au département d'agir, mais que c'était l'État qui conservait la responsabilité de tout processus engagé en la matière, même, entre-temps, interrompu. Sur le plan juridique, l'action du conseil général s'exercera donc différemment selon que l'État est ou n'est pas déjà intervenu dans ce domaine.

Nous nous efforcerons de traiter cette question de coordination des compétences avant l'été, monsieur Vasselle. En termes de gestion de l'argent public, on voit bien qu'il est utile, surtout dans les grands départements comme le vôtre ou le mien, de coordonner l'action des différentes collectivités. Il est également légitime que les acteurs locaux puissent poursuivre leurs projets.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. Je voudrais remercier M. Dominique Bussereau de l'éclairage qu'il vient de m'apporter sur la manière dont il convient d'interpréter les dispositions législatives concernant la nécessaire coordination entre le plan départemental relevant de la responsabilité des conseils généraux, et les projets des collectivités ou groupements de collectivités.

J'ai écouté avec un intérêt particulier la fin de son propos, s'appuyant notamment sur son expérience et les éléments de réponse obtenus du préfet. Je retiens la volonté du Gouvernement de clarifier les compétences exercées par les uns et par les autres. Il s'agit de veiller au respect du principe constitutionnel selon lequel une collectivité locale ne peut exercer de tutelle sur une autre. Même si une loi ordinaire a prévu qu'une collectivité locale pouvait être responsable de la réalisation d'un plan départemental, les principes constitutionnels doivent être respectés.

J'ai noté que, lorsqu'un plan a été engagé par l'État, il est valable jusqu'au prochain plan, qui devra tenir compte des engagements précédemment réalisés.

J'attends avec intérêt les éléments de réponse complémentaires qui nous seront prochainement apportés.

PROJET DE DÉCRET RELATIF À LA
CRÉATION D'UN RÉPERTOIRE NATIONAL
COMMUN DE LA PROTECTION SOCIALE

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, auteur de la question n° 511, adressée à M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

M. Guy Fischer. Monsieur le secrétaire d'État, permettez-moi d'attirer votre attention sur le projet de décret relatif à la création du répertoire national commun de la protection sociale, ou RNCPS, institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Il aura vocation à regrouper des données d'état civil et d'affiliation, ainsi que les montants et la nature de toutes les prestations servies – en nature et en espèces –, les coordonnées géographiques, téléphoniques et électroniques déclarées par les assurés, allocataires et retraités, et leurs revenus. Il offrira simultanément un service de gestion des échanges informatisés aux organismes de protection sociale et aux administrations fiscales.

La conservation de données sensibles et privées sur une période de cinq ans, renouvelable indéfiniment tant que l'on reste assuré social, est prévue. Le RNCPS concernerait les données centralisées par les organismes contributeurs chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et le pôle emploi.

L'article R. 114-26 précise que le droit d'opposition ne s'appliquerait pas à ce dispositif.

L'article R. 114-28 renvoie à un arrêté à venir pour fixer la liste des très nombreux risques, droits, prestations et organismes présents dans le RNCPS.

Selon la direction de la sécurité sociale, « une soixantaine d'organismes sont concernés par l'alimentation du RNCPS » et « un nombre bien plus important encore de structures y aura accès ». Un certain nombre de nos collègues de la commission des affaires sociales ont entendu ces propos, qui ont été tenus lors d'une audition par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. N'est-ce pas, monsieur Vasselle ?

M. Alain Vasselle. Tout à fait !

M. Guy Fischer. Combiné à d'autres dispositifs similaires, ce système contribuerait à amplifier de façon considérable les divers croisements de fichiers de données sociales, fiscales et territoriales, hors de l'assentiment et de la connaissance des assurés sociaux, des familles et des retraités.

Il est clair que nous assistons là à une nouvelle attaque contre les personnes en grande difficulté, c'est-à-dire les personnes précaires, les chômeurs et les smicards. Lors du transfert de la gestion du RMI aux départements, une véritable chasse aux fraudeurs avait déjà été instaurée.

M. Alain Vasselle. Oh !

M. Guy Fischer. Ensuite, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait instauré un contrôle systématique du train de vie des allocataires des minima sociaux et fait du numéro d'inscription des personnes au répertoire national d'identification des personnes physiques, ou NIR, la clé d'accès au futur dossier médical personnel, ou DMP.

M. Alain Vasselle. Vous savez bien qu'il y a toujours des tricheurs !

M. Guy Fischer. Je m'étais déjà élevé, à l'époque, contre ces dispositions scandaleuses, fondées sur l'idée que tout allocataire de prestations pourrait être fraudeur parce qu'il est propriétaire de son logement ou de son véhicule. Je prédisais d'ailleurs que ce gouvernement envisageait d'aller plus loin et d'interconnecter tous les fichiers. *(M. Alain Vasselle s'exclame.)*

C'est quasiment chose faite, et vous parachevez aujourd'hui ce « super-contrôle » informatisé de nos concitoyens. Il s'agit là d'une atteinte inacceptable à la liberté de l'individu, doublée d'un cynisme stigmatisant les plus défavorisés.

Pour toutes ces raisons, je vous demande, monsieur le secrétaire d'État, le retrait du projet de décret concernant le RNCPS.

M. Alain Vasselle. Vous êtes tombé dans la caricature !

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

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports. Monsieur le sénateur Guy Fischer, je vous prie, tout d'abord, d'excuser l'absence de mon collègue Brice Hortefeux, qui m'a demandé de me faire son porte-parole auprès de vous.

La création du répertoire national commun de la protection sociale résulte non pas du décret mais de la loi. Plus précisément, il est issu d'un amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui avait été adopté sur l'initiative de votre collègue le député Pierre Morange.

Le décret que vous évoquez est donc préparé par le Gouvernement pour mettre en œuvre cette disposition législative.

Je voudrais rappeler les deux objectifs de la création de ce répertoire.

Il s'agit, tout d'abord, d'améliorer le service aux usagers. Le monde de la protection sociale étant complexe, il est utile de disposer d'une vue globale de la situation d'un assuré pour l'orienter au mieux vers l'organisme ou le guichet compétent.

Il s'agit, ensuite, d'améliorer les outils dont disposent les organismes de protection sociale pour maîtriser les risques d'erreur et de fraude. C'est un enjeu essentiel auquel, j'en suis sûr, tous les sénateurs, gestionnaires de l'argent public attachés au principe d'égalité, sont sensibles.

M. Alain Vasselle. Très bien !

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État. La maîtrise de ces risques doit constituer une préoccupation permanente dans un secteur qui verse, je le rappelle, 550 milliards d'euros de prestations par an.

M. Alain Vasselle. Ce n'est pas rien !

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État. Je voudrais également, monsieur Fischer, vous apporter plusieurs précisions.

Il n'est pas exact que les montants des prestations figureront dans ce répertoire, qui ne comprendra que les données relatives à l'état civil ainsi que la qualité de bénéficiaire ou non d'une prestation. De même, je souhaite vous rassurer sur un autre point : les revenus des intéressés ne figureront nullement dans ce répertoire.

J'ajoute que le travail mené conjointement avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la CNIL, nous a permis d'avoir des échanges approfondis avec elle à propos des finalités de ce répertoire et des modalités de sa mise en œuvre. Grâce à la CNIL, dont toutes les préconisations seront respectées, nous avons également pu améliorer le projet de décret.

Me fondant sur mon expérience d' élu local, j'ajoute que nous sommes tous très attentifs à toutes les tricheries possibles, que ne supportent pas nos concitoyens.

M. Guy Fischer. Elles sont marginales !

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État. Je pense que tout ce qui peut assurer l'équité et la justice va dans le sens voulu par tous les groupes politiques du Sénat. *(Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Monsieur le secrétaire d'État, vous venez, je le déplore, de me confirmer la volonté du Gouvernement d'utiliser les technologies informatiques, de plus en plus puissantes et performantes, au détriment de la liberté des personnes et du respect de leur intimité et de leur vie privée.

Le RNCPS croisera bientôt les innombrables données qui concernent les populations les plus modestes. C'est cette stigmatisation des plus faibles, des chômeurs et des précaires que je dénonce. Ce n'est cependant pas tout : vous préparez un autre mauvais coup *(M. Alain Vasselle s'exclame.)* avec un décret relatif au traitement automatisé des données à caractère personnel accompagnant la mise en œuvre du revenu de

solidarité active, le RSA, mis en place à partir du 1^{er} juin prochain et payé à partir du 1^{er} juillet ; vous savez que nous allons assister à une explosion du nombre d'allocataires du RSA.

Toujours selon votre conception du « chômeur-fraudeur », vous poursuivez la stigmatisation...

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État. Le contrôle !

M. Guy Fischer. ... et la discrimination des plus démunis.

Dès lors, pour percevoir quelques dizaines d'euros supplémentaires, il faudra tout dire de soi, de sa vie, de ses ascendants et descendants, de ses pauvres ressources et de celles de sa famille. Je juge cela particulièrement indigne et je tiens à le souligner solennellement.

Je ferai toujours en sorte de faire entendre la voix des plus pauvres, à l'heure où la France voit apparaître un nouveau concept, qui est aussi une réalité, celui de la pauvreté laborieuse. Or ce sont ces personnes et non pas les bénéficiaires de retraites-chapeaux et autres avantages qui sont l'objet des recherches les plus fouillées.

RATTRAPAGE DES RETRAITES MINIÈRES

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la question n° 501, de M. Jean-Claude Danglot, adressée à M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

La parole est à M. Guy Fischer, en remplacement de M. Jean-Claude Danglot.

M. Guy Fischer. Je remplace effectivement M. Danglot, qui vient de perdre son père.

M. Jean-Claude Danglot appelle l'attention de M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville sur l'engagement du Président de la République de mettre un terme aux inégalités de traitement qui perdurent entre les retraités des mines partis en retraite avant 1987 et les retraités des mines partis en retraite après 1987.

En effet, l'accord de 2001, qui n'a pas été signé par deux syndicats de salariés, induit une discrimination entre les retraités et veuves de mineurs résultant de la mise en place d'un rattrapage différencié selon l'année de départ en retraite. Par exemple, la revalorisation des pensions va de 0 % pour ceux partis en retraite avant 1987, soit 80 % des pensionnés, à 17 % pour ceux partis en 2001, et 25,5 % pour ceux partis en 2008. Les écarts entre les pensions résultant de ce système s'accroissent tous les ans.

Les veuves de mineurs sont encore plus touchées. Le montant de la pension de réversion étant de 54 % du montant de la pension de retraite, elles subissent encore plus ce système injuste. La plupart d'entre elles vivent désormais avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté.

M. Danglot demande donc à M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville de bien vouloir lui faire connaître les mesures que le Gouvernement envisage de prendre pour rétablir l'équité entre les retraités des mines et, c'est moi qui l'ajoute, pour tenir les promesses du Président de la République.

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

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports. Je vous prie, monsieur Fischer, de bien vouloir transmettre toutes nos amicales condoléances à M. Danglot.

Mon collègue Brice Hortefeux m'a prié de bien vouloir répondre en son nom à cette question des retraites des assurés relevant du régime des mines, auquel M. Danglot est très attaché.

Il s'agit d'un régime spécial dans lequel les pensions sont calculées sur une base forfaitaire en multipliant le nombre de trimestres par la valeur du trimestre. Cette situation a progressivement conduit, à partir de 1987, année depuis laquelle les pensions sont indexées sur les prix, à un décalage entre les prestations servies par ce régime et celles du régime général.

Il s'agissait de corriger ce décalage. Un accord a été conclu par l'État avec trois organisations syndicales représentatives des mineurs en 2002. Il prévoit plusieurs mesures en faveur des assurés du régime minier et de leurs ayants droit. Cet accord a visé à offrir à chaque génération une amélioration de ses conditions de liquidation pour tenir compte de l'amélioration de sa carrière.

Toutefois, ce dispositif n'a pas été suffisamment expliqué ni compris; je pense que cela explique la question de M. Danglot.

Aussi, comme le Gouvernement l'a écrit à M. le sénateur Danglot, nous avons décidé de réexaminer la situation des retraités du régime des mines. Je rappelle d'ailleurs que, comme vous le savez, dans cette attente, le régime des mines n'a pas été concerné, en 2008, par la réforme de régimes spéciaux de retraite. Il est resté à l'extérieur du champ de celle-ci.

Une première phase de concertation s'est déroulée au cours de l'été 2008. Elle a permis d'identifier plus précisément les positions et les propositions des uns et des autres et d'échanger informellement sur les mesures susceptibles d'améliorer le pouvoir d'achat des retraités les plus modestes et les plus âgés, tout en tenant compte de la situation financière du régime.

Ces premières discussions se prolongent dans le cadre d'un groupe de travail qui réunit l'ensemble des acteurs et des administrations concernées. Ce groupe s'est réuni pour la première fois le 9 mars dernier. Il a tenu, depuis lors, plusieurs réunions techniques.

Nous souhaitons que ces concertations s'achèvent au cours de ce printemps sur un consensus réunissant un nombre suffisant d'organisations syndicales. Brice Hortefeux m'a prié de souligner l'esprit de responsabilité dont témoignent toutes ces organisations dans le cadre des discussions en cours.

Ses propositions vont maintenant être mises sur la table. Le Gouvernement en tiendra informé la Haute Assemblée, particulièrement M. le sénateur Danglot.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Monsieur le secrétaire d'État, les organisations syndicales ont été reçues en 2008 par l'ensemble des groupes politiques de l'Assemblée nationale, qui ont reconnu la discrimination dont faisaient l'objet les mineurs retraités selon la date de leur départ à la retraite et l'injustice de cette situation. Depuis lors, de très nombreux parlementaires de toutes tendances sont intervenus à ce sujet.

Par la suite, la Présidente de la République a adressé une lettre aux syndicats les informant qu'il comprenait leur demande et qu'il s'investirait personnellement pour tenter de résoudre ce problème.

À cet effet, des groupes de travail ont été mis en place. La dernière réunion, qui a eu lieu le 6 avril, n'a débouché, à ma connaissance, sur aucune proposition concrète.

Par conséquent, il s'avère que le traitement de ce problème dépasse une dimension purement technique et qu'il conviendrait donc de confirmer une volonté politique, afin de respecter les positions des parlementaires et du Président de la République, pour que cesse rapidement cette discrimination, reconnue par tous les interlocuteurs du dossier.

MISE EN ŒUVRE DU PLAN LICENCE ET DE L'AUTONOMIE DES UNIVERSITÉS

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Bérit-Débat, auteur de la question n° 489, adressée à Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

M. Claude Bérit-Débat. Monsieur le secrétaire d'État, l'université connaît deux grands chantiers: la mise en place du plan licence et le passage à l'autonomie.

Elle est confrontée aussi à l'une des crises les plus graves qu'on ait connues depuis des décennies. Cette crise, les Français voient bien qu'elle s'enlise par la faute du Gouvernement.

Cette situation n'est plus acceptable. Dans certaines universités, on entre dans la quinzième semaine de grève et la délivrance des diplômes est compromise. Le Gouvernement a beau jeu de prétendre que les enseignants-chercheurs préfèrent refuser l'évaluation et pénaliser les étudiants plutôt que d'accepter les diktats auxquels ils sont soumis.

La réalité, c'est que vous préférez jouer le pourrissement plutôt que d'admettre l'inanité de réforme!

Monsieur le secrétaire d'État, le Gouvernement avançait que l'autonomie allait s'accompagner d'un effort financier massif de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros en direction des universités. Au final, selon les premières études réalisées, ce ne sont que 175 millions d'euros qui vont finir effectivement dans le budget de fonctionnement des universités au titre du plan licence et pour le passage à l'autonomie.

Ces 175 millions d'euros sont répartis de manière très inégale et surprenante. On est tellement loin des sommes promises que la Conférence des présidents d'université, qui avait soutenu cette réforme, la dénonce maintenant avec force.

Comme si cela ne suffisait pas, vous vous attaquez aussi au statut des enseignants-chercheurs. Avec le système d'évaluation que vous proposez, vous voulez ainsi faire entrer l'université dans l'ère des managers, comme si elle était une entreprise comme les autres!

Le pire, c'est que vous ne savez même pas comment réaliser effectivement cette évaluation. Le décret qui est paru en catimini pendant les vacances sur le statut des universitaires l'atteste: c'est un tel embrouillamini que personne n'y comprend plus rien! Il en est de même de la modulation des heures, dont les conditions de répartition sont si obscures qu'on ne sait pas quand les heures modulées commencent ni quand elles sont payées. La seule chose à peu près claire, c'est que ce sont bien les présidents d'université, ces nouveaux managers, qui auront le dernier mot dans la plupart des cas.

Mais ces derniers font face aujourd'hui à une véritable fronde, comme à Caen, à Paris ou même à Bordeaux. Et si certains jouent le jeu du délitement en menaçant les univer-

sitaires de sanctions financières, comme à Lille II, beaucoup expriment leur crainte devant la bombe à retardement qui menace désormais d'exploser à chaque instant.

Monsieur le secrétaire d'État, quand admettez-vous que cette réforme ne correspond ni aux besoins des étudiants ni à ceux des universitaires ? Que comptez-vous faire pour mettre fin à un conflit qui dure maintenant depuis trop longtemps, à un conflit qui pénalise les étudiants et les chercheurs, à un conflit qui, pour tout dire, est indigne de l'université française ?

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

M. Dominique Bussereau, secrétaire d'État chargé des transports. Monsieur le sénateur, vous parlez d'indignité ; encore faudrait-il savoir à qui elle incombe réellement !

Je vous prie d'excuser Valérie Pécresse, qui en ce moment accompagne le Président de la République à Nancy.

Vous interrogez le Gouvernement sur les conditions financières de réalisation du plan « Réussir en licence » et du passage à l'autonomie des universités.

Pour 2009, des moyens importants ont été attribués aux universités. Au total, elles disposeront de 300 millions d'euros de moyens nouveaux en 2009, contre simplement 78 millions d'euros en 2008 et 58 millions d'euros en 2007. C'est une augmentation de 17 % des moyens que l'État consacre au budget des universités.

À quoi sont destinés ces crédits ? Pour 67 millions d'euros en 2009, et 730 millions d'euros en cumulé pour la période 2008-2011, ces crédits serviront à aider toutes les universités à « booster » la réussite des étudiants de licence, dont on sait qu'ils sont les plus fragiles, en particulier ceux qui ont besoin d'être mieux orientés et plus accompagnés.

Ces crédits serviront également à mettre en œuvre un nouveau système d'allocation des moyens, qui repose sur un financement équitable valorisant tant la réalité de l'activité des universités que leurs performances.

Ils serviront aussi à rénover leurs bâtiments, ce qui n'est pas du luxe. Ainsi, 150 millions d'euros transitent directement par leur budget pour la mise en sécurité de leurs locaux. C'est trois fois plus qu'en 2008 ! Cela s'ajoute aux moyens directement financés par l'État *via* les contrats de projet État-région, à l'opération « campus » et aux projets « campus », qui sont prometteurs et innovants.

Enfin, ces crédits serviront à accompagner les universités qui passent aux compétences élargies. Ainsi, 5 millions d'euros en 2008 et 16 millions d'euros en 2009 leur ont été spécifiquement dédiés pour les accompagner dans cette évolution importante, afin de leur permettre de former les personnels particulièrement engagés dans ce processus et de rétribuer le travail de ceux-ci.

Quant aux 18 universités qui sont passées à l'autonomie, elles ont vu leurs crédits augmenter de 96 millions d'euros en 2009, ce qui représente une progression moyenne de 15,5 %, contre 12,6 % pour la moyenne des universités. Elles ont ainsi capté 33 % des moyens nouveaux des universités.

Monsieur le sénateur, je suis élu d'un département sur le territoire duquel se trouve l'université de La Rochelle, qui est devenue autonome. Je puis vous dire que ses professeurs sont à la fois d'excellents enseignants, mais aussi d'excellents managers. Cette université poursuit son développement et

tout le monde travaille à ce qu'elle réussisse son passage à l'autonomie. D'ailleurs, les examens se dérouleront normalement.

Le Gouvernement souhaite que, partout ailleurs, le défi de l'autonomie soit relevé. Il donne les moyens pour ce faire. Ainsi, ce n'est pas à lui qu'il faut poser la question de l'échec, mais c'est à ceux qui ne relèvent pas ce défi.

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Bérit-Débat.

M. Claude Bérit-Débat. Monsieur le secrétaire d'État, votre réponse ne me satisfait pas. Même si certaines décisions ont quelque peu changé le paysage universitaire, tout n'est pas revenu dans l'ordre. Et il est quelque peu cavalier, voire irresponsable, d'en attribuer la responsabilité aux étudiants et aux universitaires.

Étudions de près les chiffres. Le Gouvernement avait annoncé un effort sans précédent de près d'un milliard d'euros par an en faveur de l'université. En réalité, les chiffres sont les suivants : 175 millions d'euros pour le budget de fonctionnement des universités, 68 millions d'euros pour le plan licence et 107 millions d'euros pour le passage à l'autonomie.

Plus encore, la très forte disparité entre ces chiffres surprend. Ainsi, personne ne comprend pourquoi la dotation de l'université Lyon II progresse de 27 %, tandis que celle de l'université Montpellier II ne progresse que de 0,5 %. Il s'ensuit un certain nombre d'inégalités.

Enfin, monsieur le secrétaire d'État, au-delà des chiffres, il existe un vrai mécontentement à la fois des chercheurs et des présidents d'université. Vouloir que le monde de l'université et le monde de l'entreprise se rapprochent en faisant désormais de l'évaluation l'alpha et l'oméga de la mesure du travail, cela me semble excessif. Comment peut-on sortir de cette crise, alors que certains s'inquiètent de leurs examens, de la validité de leur diplôme ? Bref, la responsabilité de cette situation incombe bien au Gouvernement, et non aux étudiants.

ÉVOLUTION ET USAGE DES CRÉDITS DU CONSERVATOIRE DE LA FORÊT MÉDITERRANÉENNE

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre-Yves Collombat, auteur de la question n° 507, adressée à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche.

M. Pierre-Yves Collombat. Monsieur le ministre, ma question porte sur l'évolution des crédits alloués au Conservatoire de la forêt méditerranéenne, le CFM, et sur l'usage qui en est fait.

Je vous avais déjà interrogé à ce sujet lors de la discussion budgétaire, comme je l'avais fait avec vos prédécesseurs. Jusqu'à présent, je n'ai obtenu qu'une réponse rhétorique. J'espère donc qu'il en ira différemment ce matin.

Pour son premier exercice, en 1987, le CFM disposait d'un budget de 100 millions de francs, alimenté par des ressources propres : une taxe nouvelle sur les briquets et une hausse de la fiscalité sur les tabacs. Ces 100 millions de francs de 1987 représentent 22,8 millions d'euros en 2009, soit presque trois fois plus que les 8 millions d'euros budgétisés cette année. En conclusion, les deux tiers de ces fonds servent à autre chose qu'à la préservation de la forêt méditerranéenne.

Il s'agit là d'un premier détournement.

Second détournement : l'essentiel des ressources résiduelles a été affecté à un autre objet que celui qui était assigné au CFM lors de sa création, à savoir financer, en partenariat avec

les collectivités locales, dans quinze départements du sud de la France, les travaux de défense des forêts contre l'incendie, DFCI, – pistes, pare-feux, coupures agricoles, etc. –, leur entretien, et préfinancer l'exécution d'office du débroussaillage obligatoire, qui relève de la responsabilité des maires.

Comme l'observait déjà la Cour des comptes dans son rapport de l'année 2000, ces ressources servent aujourd'hui à financer tout autre chose: le carburant de la surveillance aérienne, des patrouilles et des guets, l'achat de véhicules ou des constructions. Entre 2003 et 2007, pour 90 %, ces crédits ont financé des missions à la charge de l'État et, pour 10 %, des opérations concernant directement les collectivités.

Or la plupart des communes forestières, qui sont des communes rurales, n'ont les moyens ni de préfinancer le débroussaillage d'office ni de faire face aux obligations découlant des plans de protection des risques d'incendies de forêts, les PPRIF, qui leur sont imposés.

Lors de la discussion budgétaire, j'avais évoqué l'exemple de la commune varoise de Collobrières, que je connais bien, située au cœur du massif des Maures, et qui compte un peu plus de 1 700 habitants. À Collobrières, le simple entretien des pare-feu et des pistes de DFCI coûterait 300 000 euros par an, soit 15,5 % du budget de fonctionnement de la commune. Je vous laisse deviner le coût des investissements imposés par les PPRIF aux 17 communes varoises concernées par cette obligation!

J'ai donc deux questions à vous poser, monsieur le ministre.

Premièrement, estimez-vous légal ce détournement massif de deux tiers des ressources attribuées en propre au CFM lors de sa création vers d'autres missions que la protection de la forêt méditerranéenne?

Deuxièmement, s'agissant des crédits résiduels, qui relèvent de votre responsabilité directe, envisagez-vous de les réorienter, conformément à la vocation du CFM, vers le financement d'opérations menées en partenariat avec les communes, notamment pour leur permettre de faire face aux obligations découlant des PPRIF qui leur sont imposés?

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

M. Michel Barnier, *ministre de l'agriculture et de la pêche.* Monsieur le sénateur, je vous remercie d'aborder de nouveau ce sujet.

Comme vous l'avez rappelé, le CFM a été créé en 1987. Dans la mesure où je ne suis en fonctions que depuis deux ans, il serait sans doute injuste de me rendre seul fautif d'une évolution budgétaire que vous avez qualifiée de détournement et aux termes de laquelle les fonds initialement prévus ont été consacrés à d'autres actions que celles en faveur desquelles ils étaient destinés. Depuis 1987, de nombreux gouvernements, de droite et de gauche, se sont succédé, et chacun doit sans doute assumer une part de responsabilité dans cette situation. Néanmoins, je prends note de vos propos, qui m'offrent l'occasion de revenir sur un certain nombre de points.

À la suite de votre première interpellation du 3 décembre dernier, je vous avais écrit en mars, comme je m'y étais engagé, pour vous apporter quelques précisions, que je suis heureux de compléter aujourd'hui.

À cette occasion, je vous ai confirmé que, en dépit de la diminution globale des crédits qui lui sont consacrés, la dotation réservée en 2009 aux actions de DFCI en zone

méditerranéenne a été maintenue à un niveau à peu près équivalent à ce qu'elle était en 2008, soit 8,9 millions d'euros contre 9,1 millions d'euros.

Le Conservatoire de la forêt méditerranéenne est un instrument financier particulier qui a été mis en place en 1987, lorsque le ministère de l'agriculture et de la pêche a dégagé des moyens financiers supplémentaires pour la prévention des incendies de forêts à la suite des très graves incendies de l'été 1986.

Le CFM est venu compléter la gamme des outils de financement dont disposait déjà le ministère en matière de prévention des incendies de forêts: les contrats de projets État-région, la convention-cadre avec l'Office national des forêts ou les conventions annuelles avec les départements dotés d'unités de forestiers-sapeurs.

Les capacités d'expertise que nous avons accumulées à la suite de ces grands incendies sont également mises à contribution dans le cadre des actions de coopération menées à l'étranger, par exemple en Grèce, où je me suis rendu voilà deux ans, après les dramatiques incendies qui ont touché ce pays.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi organique de 2001 relative aux lois de finances, les crédits du CFM relevaient d'une ligne budgétaire spécifique du ministère. Depuis, la programmation de ces crédits est déléguée par le ministère au préfet de la zone de défense sud, qui est chargé de l'harmonisation et de la coordination des politiques de prévention et de lutte contre l'incendie dans les quinze départements méditerranéens. Monsieur Collombat, ces crédits, désormais inclus dans le budget opérationnel de programme déconcentré « Forêt », ont été, comme je vous l'avais indiqué, maintenus en 2009 à un niveau équivalent à celui de 2008.

Vous m'interrogez aujourd'hui sur leur utilisation. À cet égard, plusieurs points méritent d'être confirmés devant la Haute Assemblée.

Les priorités de la programmation annuelle du Conservatoire sont fixées après avis du Conseil d'orientation de la forêt méditerranéenne, qui est présidé par le préfet de la zone de défense sud et qui rassemble l'ensemble des intervenants dans la prévention des incendies de forêts, notamment les collectivités territoriales et les services des autres ministères.

Ces dépenses doivent toutefois être éligibles à la liste arrêtée par circulaire du 2 juillet 2007: prévision et connaissance de l'aléa; stratégie, coordination et harmonisation; surveillance; équipements de défense des forêts contre les incendies; traitement des causes; prévention des dommages; information et formation; recherche et expérimentation.

En matière d'équipements de défense des forêts contre les incendies, le Conservatoire de la forêt méditerranéenne participe aux investissements, mais le financement de l'entretien incombe aux maîtres d'ouvrage.

En ce qui concerne la prévention des dommages, le Conservatoire ne finance pas les travaux de prévention rendus obligatoires. Il apporte son expertise ou son concours aux préfets, mais son rôle s'exerce dans les limites des dispositions du code forestier, qui stipule que le maire est chargé du contrôle des débroussaillages obligatoires.

Enfin, les mesures de prévention décidées dans le cadre des plans de prévention des incendies de forêts concernant les zones urbanisées sont quant à elles éligibles au Fonds de

prévention des risques naturels majeurs, géré par le ministère de l'écologie, qui est responsable de la mise en œuvre de ces plans.

Tels sont, monsieur le sénateur, les éléments complémentaires que je pouvais vous apporter. J'espère qu'ils répondront, au moins partiellement, à vos interrogations et qu'ils vous rassureront quant à la mobilisation du ministère de l'agriculture et de la pêche en faveur de la prévention des incendies de forêts dans la zone méditerranéenne. Cette mobilisation demeure entière. Nous travaillons non pas de façon isolée, mais avec d'autres administrations, les collectivités locales, qui sont en première ligne sur le terrain, et de nombreuses associations, ainsi que les sapeurs-pompiers, volontaires ou professionnels.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre-Yves Collombat.

M. Pierre-Yves Collombat. Monsieur le ministre, je vous concède bien volontiers que vous n'êtes pas responsable de tout. Néanmoins, vous êtes complice, et l'existence de circonstances atténuantes ne vaut pas absolution !

Cela étant, j'apprécie que vous soyez venu au Sénat ce matin, malgré votre emploi du temps chargé, pour répondre personnellement à ma question. Je salue cet effort, que tous vos collègues ne consentent pas...

Sur le fond, toutefois, votre réponse ne comportait pas d'élément nouveau. Vous avez rappelé la situation actuelle, qui me chagrine !

Les élus qui participent au Conseil d'orientation de la forêt méditerranéenne se plaignent d'être considérés comme des plantes vertes – forestières ! – et de ne pas avoir voix au chapitre. En réalité, le préfet de région fait ce qu'il veut, à savoir détourner les crédits – je maintiens le mot – au bénéfice de missions d'État qui ne sont pas celles en vue desquelles le Conservatoire de la forêt méditerranéenne avait été créé, voilà déjà longtemps, par Jacques Chirac.

Monsieur le ministre, vous ne serez sans doute plus en fonctions dans quelque temps, mais j'insiste sur le fait que la forêt méditerranéenne exige une action sur le long terme. Il faut s'appuyer sur les communes, en les aidant à conduire des actions qui relèvent certes de leur responsabilité, mais qu'elles n'ont pas, aujourd'hui, les moyens de financer.

AIDE À LA GESTION LOCATIVE SOCIALE

Mme la présidente. La parole est à Mme Bernadette Bourzai, auteur de la question n° 476, adressée à Mme la ministre du logement.

Mme Bernadette Bourzai. Ma question porte sur l'aide à la gestion locative sociale des résidences sociales, l'AGLS. Instituée en 2000, elle constitue un des moyens de la politique de lutte contre les exclusions.

Au moment où elle a été mise en place, les réflexions menées avaient mis en évidence la nécessité d'un suivi individualisé des personnes en situation d'exclusion afin de les réinsérer dans la société et dans le droit commun.

L'AGLS se distingue de cette approche personnalisée et lui apporte un complément indispensable. Elle consiste à garantir et à financer la présence d'intervenants, qui sont attachés non pas à une personne, mais à une résidence sociale. Leurs compétences et leurs contacts leur permettent de répondre aux difficultés communes que rencontrent les résidents dans leur parcours vers un logement banalisé et vers l'emploi. Le

rôle de ces intervenants est ainsi de fournir un soutien aux habitants des résidences sociales, au travers d'un accueil, d'une médiation et d'une orientation. Il s'agit toujours de viser le retour au droit commun des publics les plus en difficulté, mais en rapprochant le droit des personnes et, d'une certaine façon, en appliquant déjà une démarche de droit commun à tous les résidents.

Aujourd'hui, une des fonctions de l'AGLS est de faciliter la mise en œuvre de la loi instituant le droit au logement opposable, dite loi DALO, qui doit fluidifier et sécuriser les parcours résidentiels des structures d'hébergement vers des logements de droit commun.

Née en 2000, l'AGLS a toujours toute sa place. On sait que, dans le domaine de l'insertion, l'effort doit être global. Aucune réalité ne doit être contournée.

Pour être efficace, l'AGLS doit reposer sur une mise en réseau, donc s'inscrire dans la durée. L'aide aux personnes en grande difficulté est un domaine où le mot « rupture » n'a pas sa place : il y est synonyme d'échec et de gâchis.

L'aide à la gestion locative sociale est une aide d'État. Elle n'est pas obligatoire. La circulaire de 2000 fixe des plafonds, mais aucun plancher.

J'ai été alertée récemment par le directeur du foyer de jeunes travailleurs de Tulle, lui-même informé par l'Union pour l'habitat des jeunes du Limousin de risques de réduction, voire de suppression, de l'AGLS dans certains territoires en 2009. Les décisions seraient prises par les préfets de région dans le cadre du budget opérationnel de programme 177 pour la période 2009-2011.

Si elles devaient vraiment être mises en œuvre, de telles mesures ruinerait les efforts des associations et des centres communaux d'action sociale concernés, aussi bien pour les projets en préparation que pour les actions en cours.

Confrontées à la défaillance de l'État, les associations se retournent vers les collectivités territoriales en raison de leur caractère public et de leur proximité. Ces dernières, déjà très sollicitées depuis l'entrée en vigueur des dernières lois de décentralisation, se mobilisent aujourd'hui pour faire face à la crise économique. Contraintes d'assumer leurs responsabilités, elles sont parfois critiquées par certains membres de la majorité, qui les accusent d'augmenter les impôts...

Ma question est très simple : comment l'État va-t-il assumer ses responsabilités en matière d'aide à la gestion locative sociale ? Quelles instructions allez-vous donner aux préfets de région pour assurer l'efficacité de ce dispositif, dans cette période où la crise aggrave la situation de précarité vécue par certains de nos concitoyens ?

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

Mme Christine Boutin, ministre du logement. Madame le sénateur, avec plus de 70 000 places, les résidences sociales jouent en effet un rôle important dans le champ du logement social.

Comme vous le soulignez, ce dispositif a prouvé son efficacité en tant que support d'une démarche d'insertion sociale et il constitue une étape importante dans un parcours vers le logement autonome pour des personnes qui, à un moment donné, ont pu rencontrer des difficultés particulières.

Depuis sa mise en œuvre au travers des décrets de décembre 1994, ce dispositif a été adapté aux enjeux et évolutions de la société : la force de la résidence sociale est d'être un produit évolutif et vivant. Grâce à sa souplesse, il a pu

répondre à de nombreux besoins qui n'avaient pas été identifiés voilà quelques années, notamment ceux qui sont liés à la mobilité professionnelle. La résidence sociale remplit pleinement sa fonction dès lors qu'elle prend bien sa place dans la gamme des réponses en matière d'hébergement et de logement.

Le très bon travail accompli par les gestionnaires depuis plusieurs années est à saluer et à encourager. Le secteur s'est fortement professionnalisé, dans des conditions pas toujours faciles, et la qualité des prestations aujourd'hui offertes aux résidents, qu'il s'agisse des locaux, de l'accueil ou du suivi personnalisé, s'est notablement améliorée, même si des efforts, mobilisant également les pouvoirs publics, restent à poursuivre.

C'est pour aider les gestionnaires dans cette tâche qu'a été mise en place l'aide à la gestion locative sociale, par une circulaire du 31 août 2000. La gestion locative sociale permet notamment d'assurer la bonne intégration des nouveaux résidents, la médiation au sein de la résidence, la liaison avec le comité de résidents et avec les services sociaux, et surtout la fluidité des parcours vers le logement ordinaire.

Il n'est donc pas question, à l'heure où les services de l'État sont mobilisés, notamment pour le développement de l'offre de logement adapté, en particulier dans le cadre du plan de relance de l'économie, de supprimer ni même de diminuer le soutien financier apporté aux gestionnaires de ces structures en vue de la réalisation de leurs missions.

D'une part, le budget pluriannuel pour la période 2009-2011 du programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » ne prévoit nullement la disparition de cette aide, qui y est inscrite pour chacune des trois années considérées.

D'autre part, s'agissant du budget opérationnel de programme pour 2009 du programme 177, les crédits ouverts au titre de l'AGLS sont identiques à ceux de l'exercice 2008, soit 5,716 millions d'euros.

Par ailleurs, il faut rappeler que le montant de l'AGLS peut être modulé en fonction des difficultés constatées dans le secteur de la résidence sociale et des moyens en personnel consacrés à la gestion sociale. L'AGLS ne revêt pas de caractère d'automatisme et est accordée en fonction de la validité du projet social qui est présenté. Cela signifie que son montant et son principe peuvent être revus si les conditions de mise en œuvre du projet social viennent à changer.

J'ajoute, madame le sénateur, que, dans le cadre du plan de relance, 12 millions d'euros supplémentaires sont prévus pour financer des mesures d'accompagnement social dans et vers le logement.

Il faut enfin préciser que l'AGLS, comme les mesures d'accompagnement social, vient en complément des aides existantes, apportées par les caisses d'allocations familiales et le Fonds de solidarité pour le logement, par exemple, auxquelles elle n'a pas vocation à se substituer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Bernadette Bourzai.

Mme Bernadette Bourzai. Madame la ministre, je vous remercie de ces assurances, que je ne manquerai pas de transmettre à mes interlocuteurs. J'espère qu'elles se vérifieront sur le terrain.

Il aurait été dommage de supprimer un dispositif dans lequel les associations et les collectivités locales se sont beaucoup investies. À titre personnel, j'ai travaillé pendant deux ans, à l'échelon d'une commune de 5 000 habitants, sur un projet de résidence sociale. Celle-ci accueille aujourd'hui vingt-cinq jeunes travailleurs et dix personnes en grande difficulté sociale, cinq chambres étant en outre réservées à des personnes sans domicile fixe de passage. Il aurait été scandaleux que l'aide à la gestion locative sociale soit supprimée pour cette structure.

Vous nous avez apporté des apaisements, madame la ministre, mais sachez que nous resterons vigilants.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET MODALITÉS DE CALCUL DE L'APL

Mme la présidente. La parole est à Mme Bernadette Dupont, auteur de la question n° 500, transmise à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi.

Mme Bernadette Dupont. Je souhaite attirer l'attention de Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi sur les effets de l'article 2 du décret n° 2008-608 du 26 juin 2008 relatif à l'aide personnalisée au logement et modifiant le code de la construction et de l'habitation, qui élargit le champ des ressources prises en compte pour déterminer l'éligibilité à l'aide personnalisée au logement.

L'article 81 *quater* du code général des impôts, introduit par l'article 1^{er} de la loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, a notamment posé le principe d'une exonération de l'impôt sur le revenu des salaires au titre des heures supplémentaires et complémentaires.

Or l'article 2 du décret susvisé intègre précisément ces mêmes éléments de rémunération dans les ressources prises en compte pour le calcul de l'APL.

Cette modification aboutit donc au paradoxe que si, d'un côté, la loi fiscale encourage les salariés à travailler davantage pour améliorer leur pouvoir d'achat, de l'autre, ces mêmes salariés voient finalement diminuer l'aide sociale dont ils peuvent bénéficier.

Cette situation apparaît particulièrement pénalisante pour les salariés rémunérés au SMIC, le gain net après exonération d'impôt sur le revenu de ces rémunérations et nouveau calcul de leur APL étant quasiment nul dans leur cas. Il en résulte que ce type de disposition risque de créer une trappe à inactivité en décourageant, au final, les salariés de travailler davantage.

Je souhaiterais donc savoir, monsieur le secrétaire d'État, si le Gouvernement entend mettre en œuvre des mesures destinées à assurer aux salariés les plus modestes une juste prise en charge sociale sans pénaliser leur activité. Je pense que tout cela est lié au versement du revenu de solidarité active, le RSA.

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

M. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services. Madame la sénatrice, je vous prie tout d'abord d'excuser Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, qui ne pouvait être présente ce matin dans l'hémicycle.

Je vous rappelle que la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat a pour objet, en ce qui concerne les heures supplémentaires réalisées par les salariés, d'établir des mesures d'exonération de l'impôt sur le revenu et de réduction des cotisations sociales.

Ces mesures ont été voulues par le Gouvernement et la majorité pour renforcer le pouvoir d'achat des salariés. Ainsi, les salariés qui effectuent des heures supplémentaires perçoivent, en contrepartie, une rémunération majorée de 25 % ou de 50 % sur laquelle ils ne paient pas d'impôt sur le revenu. Ils bénéficient en outre d'une réduction de cotisations salariales de sécurité sociale : c'est une disposition importante et incitative. C'est la première fois que les cotisations salariales de sécurité sociale font l'objet d'une réduction.

Cette rémunération supplémentaire participe ainsi aux capacités contributives des salariés concernés par cette disposition de la loi TEPA, qui, selon la dernière enquête du ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, étaient près de 5,5 millions en 2008. En moyenne, leur salaire net a augmenté de 10 %.

Il est justifié que cette augmentation soit prise en compte pour l'attribution de l'aide personnalisée au logement. Je comprends bien votre préoccupation, madame la sénatrice, mais l'intégration de ces revenus dans la détermination du droit à l'aide personnalisée au logement répond à un souci d'équité. Pourquoi, en effet, devrions-nous traiter différemment des salariés qui perçoivent le même montant de revenus selon que ces revenus correspondent ou non à des heures supplémentaires ? Aux yeux du Gouvernement, il ne serait ni justifié ni équitable de ne pas prendre en compte la totalité des revenus perçus par un salarié pour l'attribution de l'aide personnalisée au logement sous prétexte qu'ils sont, pour une part, la contrepartie d'heures supplémentaires, d'autant que celles-ci sont assorties, par ailleurs, d'une exonération d'impôt sur le revenu et d'une réduction de cotisations salariales de sécurité sociale.

Telle est, madame la sénatrice, la position du Gouvernement sur la question légitime que vous venez de poser.

Mme la présidente. La parole est à Mme Bernadette Dupont.

Mme Bernadette Dupont. Je voudrais préciser que la rémunération des heures supplémentaires effectuées par les salariés payés au SMIC, travaillant notamment dans des entreprises d'insertion, n'atteint pas le montant de l'APL, même majorée de 25 % ou de 50 %. En effet, cela représente en général très peu d'heures, une dizaine par mois environ, ce qui ne compense pas la perte de l'aide personnalisée au logement.

Je maintiens donc que des effets pervers risquent d'apparaître : un certain nombre de salariés préféreront continuer à toucher l'aide personnalisée au logement plutôt que d'effectuer des heures supplémentaires. Celles-ci sont pourtant gratifiantes sur le plan de la dignité humaine : elles prouvent que l'on est capable de travailler.

Par conséquent, pour inciter ces salariés à travailler davantage et leur permettre d'asseoir leur position dans l'économie française, il vaudrait mieux ne pas les priver de l'aide personnalisée au logement, d'autant que, en tout état de cause, leurs revenus resteront modestes.

DÉVELOPPEMENT DES MAGASINS DE DÉSTOCKAGE ALIMENTAIRE

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Dumas, auteur de la question n° 502, adressée à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi.

Mme Catherine Dumas. Depuis plusieurs semaines, les médias mettent en exergue le développement d'un nouveau mode de commerce, par le biais de magasins dits « de déstockage alimentaire ».

Installés principalement dans les quartiers les moins cotés de nos villes, dans des locaux sans appareil et avec une décoration réduite à sa plus simple expression, ils se sont fait une spécialité de présenter à leurs clients des produits à peine sortis de leurs cartons d'emballage et dont la date limite de consommation est près d'expirer et celle d'utilisation optimale fréquemment dépassée.

Ces nouveaux centres d'approvisionnement « d'occasion » se multiplient notamment aux abords de Paris. Alors que le *hard discount* propose déjà, à meilleur marché que le commerce traditionnel, des produits identiques du 1^{er} janvier au 31 décembre, les rayons des spécialistes du déstockage alimentaire dépendent, quant à eux, des « opportunités ». En effet, ils ne vendent que des produits en fin de vie commerciale, voire presque périmés, qu'ils rachètent aux industriels de l'agroalimentaire ou au réseau classique de distribution à des prix cassés.

Ce nouveau mode de commerce vend aujourd'hui ce que l'on donnait hier aux associations humanitaires de proximité. Il met donc en difficulté les associations d'aide aux sans-abri qui, par exemple à Paris, trouvaient auprès de la grande distribution implantée dans les divers arrondissements un approvisionnement régulier et gratuit en produits certes proches des dates limites, mais qu'elles se chargeaient de distribuer rapidement par le biais de leur réseau d'entraide.

Par ailleurs, l'arrivée de ces nouveaux commerçants aux frontières du cadre légal contribue à dévaloriser sensiblement les notions de date limite de consommation – DLC – ou de date limite d'utilisation optimale – DLUO –, initialement conçues par le législateur en vue d'une meilleure information du consommateur.

Monsieur le secrétaire d'État, quelle valeur pourra-t-on durablement accorder à ces indications d'aide à la bonne consommation, obligatoires pour tous les produits alimentaires, si peuvent être commercialisées des denrées atteignant leur DLC, voire dépassant très nettement leur DLUO ?

Vous le savez, la confusion est déjà réelle parmi les consommateurs, y compris dans la gestion personnelle de leur réfrigérateur. J'ajoute que les médias font également état de pratiques de « réétiquetage sauvage » ayant pour objet de prolonger la durée de vie de produits périmés.

Monsieur le secrétaire d'État, pourriez-vous nous indiquer les résultats des enquêtes spécifiques déjà réalisées sur ce circuit d'approvisionnement souvent opaque, ainsi que les mesures envisageables pour réaffirmer l'utilité d'un respect strict des dates limites de vente ?

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

M. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services. Madame le sénateur, votre question sur le développement d'un nouveau mode de commerce par le biais de magasins dits « de déstockage alimentaire » est tout à fait importante et légitime. Il convient en effet de clarifier l'ensemble des données pour que le consommateur puisse s'y retrouver.

L'apposition sur l'emballage des denrées alimentaires d'une date limite d'utilisation optimale ou d'une date limite de consommation est une obligation instaurée par le 5° de l'article R. 112-9 du code de la consommation, dans les conditions fixées par l'article R. 112-22 du même code.

Ces articles sont la transposition du paragraphe 5 de l'article 3 et de l'article 9 de la directive 2000/13/CE du 20 mars 2000 relative au rapprochement des législations des États membres concernant l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires.

La DLC est une date impérative, tandis que la DLUO est une date indicative. Un produit dont la DLC est dépassée est considéré impropre à la consommation et doit être retiré du marché, tandis que la sécurité d'un produit dont la DLUO est dépassée n'est pas mise en question. Pour autant, prolonger la DLUO d'un produit en fin de vie serait constitutif du délit de tromperie.

Une enquête couvrant onze régions et portant sur les produits vendus en fin de vie commerciale, près d'atteindre leur DLC ou dont la DLUO est dépassée, a été réalisée par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, la DGCCRF, au cours de l'année 2008.

Des prélèvements microbiologiques ont été réalisés. Sur 557 produits analysés, tous se sont révélés conformes à la réglementation microbiologique. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait qu'il s'agissait de produits préemballés, présentant un faible risque de contamination par des manipulations.

Par ailleurs, sur 378 établissements visités, 1,8 % ont fait l'objet de suites, soit pour mise en vente de produits à DLC dépassée indépendamment de leur conformité à la réglementation microbiologique – deux procès-verbaux ont été relevés à ce titre –, soit pour température de stockage non réglementaire, ce qui est dans la moyenne des constatations opérées par les services de contrôle, toutes formes de distribution confondues.

Cette année, une enquête explicitement ciblée sur les commerces de déstockage alimentaire vient d'être lancée à l'échelon national. Elle doit couvrir l'ensemble de ces commerces. Ses résultats ne sont pas encore disponibles, mais ils devraient l'être dans les semaines à venir.

À l'occasion des discussions en cours à l'échelon communautaire sur la révision de la directive sur l'étiquetage et sur les questions d'hygiène, les autorités françaises s'attachent à ce que l'importance des informations apportées au consommateur par la DLC et la DLUO soit pleinement reconnue.

Au-delà de la vente de produits en fin de vie commerciale, les services de contrôle sont particulièrement attentifs aux pratiques de « remballage » de produits avec prolongement illicite de DLC. Les infractions constatées dans ce domaine sont lourdement sanctionnées.

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

Mme Catherine Dumas. Je voudrais tout d'abord remercier M. le secrétaire d'État de cette réponse particulièrement détaillée, qui intéressera notamment les Parisiens, que je représente ici.

Je me permets d'insister, monsieur le secrétaire d'État, sur les conséquences de l'apparition de ce nouveau mode de commerce pour les associations humanitaires de proximité. Pour m'être rendue voilà quelques jours dans le quartier des Halles en compagnie du maire du 1^{er} arrondissement, M. Legaret, je puis témoigner une fois encore de l'engagement total de nombreux bénévoles en faveur des plus démunis.

CONTRATS D'ASSURANCE VIE NON RÉCLAMÉS

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé Maurey, auteur de la question n° 503, adressée à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi.

M. Hervé Maurey. Monsieur le secrétaire d'État, je souhaite vous interroger sur le devenir des contrats d'assurance vie non réclamés par leurs bénéficiaires.

L'assurance vie est un produit d'épargne très populaire auprès des Français. Ainsi, au 1^{er} janvier 2009, près de 12 millions de nos concitoyens avaient souscrit un tel contrat, pour un encours total de 1 147 milliards d'euros, c'est-à-dire deux fois la capitalisation boursière du CAC 40.

Cependant, les contrats d'assurance vie non réclamés par leurs bénéficiaires à la suite du décès du souscripteur représentent un problème récurrent. Les montants en jeu atteindraient aujourd'hui 5 milliards d'euros, et plusieurs centaines de milliers de Français sont concernés.

Cette situation n'est pas tolérable d'un point de vue éthique, parce qu'il est normal que les sommes souscrites profitent à leurs bénéficiaires, ni d'un point de vue économique et fiscal, puisqu'il serait beaucoup plus utile que cet argent soit réinjecté dans l'économie plutôt qu'inscrit dans les comptes des sociétés d'assurances.

Une loi a été adoptée en 2007 – il me semble même que le Sénat l'a votée à l'unanimité –, faisant obligation aux assureurs de s'informer de l'éventuel décès des souscripteurs et de rechercher, le cas échéant, les bénéficiaires. Elle prévoyait également que le Gouvernement remettrait un rapport au Parlement avant le 1^{er} janvier 2009, ce qui n'a pas été fait.

Monsieur le secrétaire d'État, quand recevrons-nous ce rapport? Êtes-vous d'ores et déjà à même de nous donner quelques éléments d'information sur la situation actuelle et les effets de la loi de 2007? Les dispositions de celle-ci vous paraissent-elles avoir été efficaces et suffisantes, ou conviendrait-il d'aller un peu plus loin? Encore une fois, il est plus que jamais nécessaire que ces sommes soient réinvesties dans l'économie.

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

M. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services. Monsieur le sénateur, la question que vous soulevez est importante. L'encours des contrats d'assurance vie non réclamés fait l'objet à la fois de nombreuses estimations et de nombreux débats : le chiffre de 5 milliards d'euros que vous mentionnez n'en est qu'un parmi d'autres, diverses hypothèses faisant varier le montant desdits contrats entre 1 milliard et 10 milliards d'euros.

Comme vous l'avez relevé, monsieur le sénateur, des évolutions législatives sont intervenues sur cette question ces dernières années.

Ainsi, la loi du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance et la loi du 17 décembre 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans les domaines économique et financier constituent un ensemble aujourd'hui cohérent visant à réduire très sensiblement le phénomène des contrats non réclamés. Ces textes permettent en effet de faire converger, sur ce sujet, les incitations des assureurs, celles des assurés et celles des bénéficiaires.

La loi du 17 décembre 2007 représente, de ce point de vue, une étape très importante. Vous le savez, l'une des principales dispositions de cette loi a pour objet de permettre aux organismes d'assurances d'effectuer des traitements de données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques, tenu par l'INSEE, et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites.

Or cette disposition n'a été rendue opérationnelle que récemment, grâce à l'entrée en vigueur des textes d'application nécessaires. L'arrêté relatif au transfert des données issues du répertoire national d'identification des personnes physiques à l'Association de gestion des informations sur le risque en assurance, l'AGIRA, a en effet été publié au *Journal officiel* le 29 janvier 2009, après l'avis rendu par la Commission nationale de l'informatique et des libertés le 18 décembre 2008.

Du fait du caractère récent de la publication de ces autorisations et compte tenu du rôle central de l'outil ainsi mis à la disposition des organismes d'assurances pour la détection des situations de non-réclamation de contrats, il est apparu souhaitable de prendre quelques mois de recul, le temps de vérifier le bon fonctionnement et l'efficacité de ce mécanisme, avant de rendre compte au Parlement. La remise du rapport prévue à l'article 4 de la loi du 17 décembre 2007 pourrait ainsi intervenir au terme du premier semestre de cette année, soit dans quelques semaines.

La remise de ce document sera l'occasion de procéder à une analyse complète du dispositif adopté en 2007. L'utilisation des moyens de recherche mis à la disposition des entreprises par l'intermédiaire de leurs organismes professionnels, le nombre de cas qu'ils auront permis d'identifier et les encours associés seront ainsi détaillés. Sera également abordé le sujet du versement au Fonds de réserve des retraites des contrats d'assurance vie dont les actions sont prescrites du fait de l'écoulement d'un délai de trente ans depuis le décès de l'assuré ou le terme du contrat.

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé Maurey.

M. Hervé Maurey. Je me réjouis d'apprendre que nous n'avons plus que quelques semaines à patienter avant de pouvoir disposer de ce rapport tant attendu !

Le chiffre de 1 milliard d'euros que vous avez évoqué, monsieur le secrétaire d'État, est effectivement cité par les sociétés d'assurances, mais il paraît peu vraisemblable dans la mesure où il correspond à une estimation réalisée voilà déjà dix ans. Or on sait bien que l'encours des contrats d'assurance vie n'a fait qu'augmenter ; en outre, avaient alors été pris en compte uniquement les contrats dont les souscripteurs étaient nés voilà plus de cent trois ans ! (*Sourires.*) Dans ces conditions, le chiffre de 5 milliards d'euros que j'avais avancé est plus vraisemblable.

Par ailleurs, s'il est acquis que, désormais, les assureurs pourront accéder au fichier de l'INSEE et identifier les souscripteurs décédés, cela ne règlera pas toutes les questions puisque ce fichier n'indique pas, évidemment, les bénéficiaires des contrats d'assurance vie ! De surcroît, il suffit par exemple d'une erreur de saisie pour que le fichier ne soit pas pertinent.

Il conviendra bien sûr d'examiner le rapport qui nous sera prochainement remis, mais j'ai aujourd'hui le sentiment que la loi n'a pas vraiment permis d'atteindre les objectifs assignés et qu'il faudra sans doute aller plus loin. En particulier, un meilleur suivi des souscripteurs par les sociétés d'assurances serait nécessaire. Nous resterons bien entendu vigilants.

DÉLOCALISATION INJUSTIFIÉE DE L'ENTREPRISE MOLEX

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou, auteur de la question n° 506, adressée à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi.

M. Jean-Jacques Mirassou. Je ne doute pas que M. Novelli remplacera avantageusement Mme Lagarde ! (*Sourires.*)

Monsieur le secrétaire d'État, ma question est relative à la situation de l'entreprise Molex, sise à Villemur-sur-Tarn, dans le département de Haute-Garonne.

Il est important de préciser que la direction de Molex avait déclaré, pour l'exercice 2008, un bénéfice de 1,2 million d'euros. Pourtant, cette direction, elle-même délocalisée aux États-Unis, a annoncé très rapidement aux trois cents salariés de l'entreprise une délocalisation à très court terme. Trois cents salariés licenciés, ce sont trois cents familles touchées, c'est un nouveau coup porté à un bassin d'emploi déjà sinistré, la direction justifiant cette délocalisation par l'anticipation de pertes éventuelles...

Du reste, la direction de Molex est restée longtemps incapable de justifier économiquement son choix. De surcroît, un cabinet d'expertise mandaté par le comité d'entreprise n'a pas réussi, malgré une décision du tribunal compétent, à obtenir qu'elle produise des éléments comptables permettant d'apprécier clairement la situation de l'établissement. S'abritant derrière le droit américain, la direction de Molex s'est livrée à une véritable obstruction, empêchant tout contrôle de la réalité de la situation économique et adoptant à l'égard des trois cents salariés une attitude inqualifiable.

Mme Lagarde avait alors été interrogée sur les moyens d'intervention dont dispose l'État pour assurer le simple respect du droit du travail. Cependant, en un mois et demi, les choses ont évolué très vite, et le cas de l'entreprise Molex, d'abord de portée locale, a pris pour différentes raisons une dimension nationale.

En effet, les salariés de Molex ont eu accès à des informations leur permettant de prouver que, au moment même où la direction américaine envisageait une délocalisation pour le moins erratique, d'abord en République tchèque, puis en Chine, une autre chaîne de production de connectique fonctionnait déjà aux États-Unis, pour un résultat d'une qualité très discutable.

Tout cela tend à montrer que la décision de supprimer le site de Villemur-sur-Tarn était programmée de longue date, et justifie pleinement la procédure pour délit d'entrave engagée par les salariés de Molex.

Or, monsieur le secrétaire d'État, il faut savoir que le principal client de Molex est le groupe PSA Peugeot Citroën, qui a reçu de l'État, au titre du pacte automobile, une somme très importante. Compte tenu des quatre mois de sursis qui ont été accordés au site de Villemur-sur-Tarn, l'urgence est désormais de rétablir des relations directes et préférentielles, en matière de commandes, entre ce dernier et PSA Peugeot Citroën. Étant donné l'aide financière consentie par l'État, j'estime que le Gouvernement doit obtenir satisfaction sur ce point auprès de ce groupe. Est-il disposé, monsieur le secrétaire d'État, à agir en ce sens ? C'est un passage obligé : ce n'est qu'à ce prix que nous parviendrons à apporter la preuve que l'outil de Villemur-sur-Tarn peut être pérennisé.

J'ajoute que d'autres informations font peser une incertitude sur l'avenir de la production aux États-Unis. Si d'adventure le site de Villemur-sur-Tarn était rayé de la carte et si, par la suite, la direction décidait de supprimer sa production en Amérique, cela signifierait tout simplement que l'industrie automobile française, privée de fournisseurs de cet élément essentiel que représente la connectique, courrait un véritable danger. J'aimerais savoir, monsieur le secrétaire d'État, si vous en êtes bien conscient.

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

M. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services. Monsieur le sénateur, la question de la fermeture du site que vous avez évoqué préoccupe aujourd'hui les quelque trois cents salariés de l'entreprise Molex et, au-delà, l'ensemble du bassin de Villemur-sur-Tarn.

Cette décision a été perçue comme totalement injustifiée par la plupart des salariés de l'établissement et a donné lieu à l'expression d'un profond désarroi, qui a été par la suite, et cela est tout à fait regrettable, instrumentalisé par certains *leaders*. Cela a mené, on le sait, à la séquestration de dirigeants de la société, action que le Gouvernement a très fermement condamnée parce qu'elle ne peut en aucun cas déboucher sur le règlement de la situation, si difficile soit-elle. Rien ne peut remplacer le dialogue entre les organisations syndicales et la direction de l'entreprise.

Le secrétaire d'État chargé de l'industrie, Luc Chatel, ses collaborateurs et les services de l'État en région ont été impliqués vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans la résolution d'une crise qui, de jour en jour, gagnait en intensité. Grâce à l'engagement total du Gouvernement, le dialogue entre les organisations représentatives des salariés et la direction a été renoué et un accord de fin de crise a pu être trouvé.

Vous connaissez, monsieur le sénateur, les principaux points de cet accord : le report au 31 octobre de l'arrêt d'activité ; la reprise d'activité à un niveau satisfaisant avec une période de montée en charge progressive de quinze jours ; la mobilisation d'importants moyens supplémentaires pour la revitalisation de ce territoire, la priorité étant donnée aux projets « internes » de réindustrialisation à partir des compétences des équipes et des matériels présents sur le site.

Notons que cet accord aurait pu être obtenu plus tôt si la direction et les syndicats ne s'étaient pas enfermés pendant des semaines dans un dialogue de sourds. Aujourd'hui encore, des actions en justice menées par le comité d'entreprise fragilisent, alors qu'il aurait pu, j'en suis convaincu, constituer la base d'une relance des négociations de fond entre les représentants des salariés et la direction de Molex.

Les demandes des salariés rejoignent l'inquiétude que vous manifestez quant aux motivations économiques de la décision prise par le groupe Molex. Lorsqu'elle envisage un plan de sauvegarde de l'emploi, et *a fortiori* la fermeture d'un site de production, une entreprise doit fournir aux représentants des salariés les arguments économiques qui justifient sa décision. Les salariés de Molex estiment, en l'espèce, que l'information qui leur a été transmise n'était pas loyale. La justice a été saisie. Comme l'a indiqué M. le Premier ministre, si le délit d'entrave dont le comité d'entreprise accuse Molex est confirmé par la justice, alors l'entreprise sera condamnée, et nous veillerons à ce que toutes les conséquences de cette condamnation soient tirées. Néanmoins, vous le savez, nous devons attendre le résultat de la saisine du juge des référés, le 19 mai prochain, avant toute déclaration péremptoire.

La situation de Molex, dont le principal client est effectivement français mais dont la production est délocalisée dans d'autres pays, fait également écho au problème des relations entre les constructeurs automobiles et leurs sous-traitants.

L'État a mis en place un pacte automobile très ambitieux pour répondre à la grave crise qui secoue le secteur et tenter de pallier ses effets. La mise en œuvre de ce pacte a été conditionnée notamment à une amélioration du comportement des constructeurs à l'égard de leurs sous-traitants. En l'espèce, PSA Peugeot Citroën est mis à l'index pour avoir contribué à la délocalisation d'une production stratégique.

Vous m'avez interrogé, monsieur le sénateur, sur l'action du Gouvernement dans cette affaire. Je vous indique que l'attitude du constructeur fera l'objet d'un examen et, si nécessaire, donnera lieu à un rappel à l'occasion du comité que Luc Chatel, secrétaire d'État chargé de l'industrie et de la consommation, réunit tous les mois pour piloter la mise en œuvre du pacte automobile. Des règles ont été collectivement fixées, qui s'imposent donc à toute la filière automobile. En effet, seule l'implication de tous les partenaires, en particulier des producteurs et des sous-traitants, permettra de maintenir dans la durée une filière automobile qui se trouve aujourd'hui affectée par la crise mais qui demain, j'en suis convaincu, pourra être de nouveau performante et pourvoyeuse d'emplois dans nos territoires.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou.

M. Jean-Jacques Mirassou. Monsieur le secrétaire d'État, nous attendrons avec au moins autant d'impatience que vous la date fatidique du 19 mai !

Par ailleurs, je vous laisse toute la responsabilité du jugement que vous avez porté sur les dérapages ayant eu lieu dans cette entreprise. Vous avez désigné des coupables supposés, mais je vous rappelle que ces incidents ont été engendrés dans une large mesure par le mépris affiché par la direction de Molex à l'égard des salariés, ainsi que par certaines déclarations plus qu'intempestives du dirigeant local, selon lesquelles les salariés manquaient de moyens intellectuels et de discernement pour se rendre compte qu'ils étaient manipulés à des fins médiatiques... En ce qui les concerne, l'ensemble des élus de Haute-Garonne ont choisi leur camp !

Dans votre réponse, vous ne niez pas, bien au contraire, la nécessité, à travers le fameux pacte automobile, de renforcer les liens entre le groupe PSA Peugeot Citroën et le site de Villemur-sur-Tarn. C'est là une sorte d'euphémisme, car le retour de l'activité à son niveau normal dépend bien plus du premier que du second !

Enfin, je souhaite attirer l'attention sur le paradoxe suivant : comment la direction peut-elle envisager des pertes en 2009 tout en demandant aux salariés une productivité encore bien plus forte pendant les quatre mois de sursis accordés qu'avant la crise ? S'il est nécessaire de travailler autant, c'est bien que les débouchés existent !

Nous serons très vigilants pour éviter que, passé le cap de la crise, la direction de Molex ne procède à ce que l'on appelle, dans le jargon du rugby, un « cadrage-débordement ».

Mme Françoise Laborde. C'est parfait !

SITUATION FINANCIÈRE DES COMMUNES
ENGAGÉES DANS DES OPÉRATIONS DE
RENOUVELLEMENT URBAIN

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Boutant, auteur de la question n° 483, adressée à M. le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

M. Michel Boutant. Monsieur le secrétaire d'État, je souhaite ce matin attirer l'attention sur la situation financière des communes engagées dans des opérations de renouvellement urbain, en particulier sur celle de la ville d'Angoulême.

Les villes concernées voient leur population diminuer, car ces opérations de renouvellement urbain entraînent la destruction de logements, la reconstitution de l'offre s'opérant presque exclusivement dans les communes périphériques. Tel est le cas d'Angoulême, dont le dernier recensement a révélé la perte de 1 193 habitants.

Cette situation entraîne une diminution des dotations de l'État – dotation forfaitaire, dotation de solidarité urbaine, Fonds de péréquation de la TVA –, qui sont établies en fonction du nombre d'habitants, tandis que la destruction de logements se traduit par des pertes de bases de taxe d'habitation et de taxe sur le foncier bâti, ainsi que par un moindre rendement de la fiscalité pesant sur les ménages.

Dans le même temps, la signature de conventions entre les villes et l'Agence nationale de renouvellement urbain, l'ANRU, fige les recettes affectées par cette dernière et par les autres cofinanceurs aux opérations de renouvellement urbain, ce qui conduit la commune, maître d'ouvrage, à devoir assumer seule l'augmentation systématique des budgets affectés aux opérations.

À l'image d'Angoulême, c'est l'ensemble des communes engagées dans des opérations de renouvellement urbain qui vont devoir supporter une hausse des dépenses pour financer ces opérations, tout en subissant une diminution des dotations de l'État et de leurs ressources fiscales propres.

Telle est la raison pour laquelle il est absolument indispensable de maintenir le pacte de stabilité au profit des collectivités engagées dans des opérations de renouvellement urbain pour une durée de cinq ans au moins, correspondant à la durée de la réalisation matérielle et financière de celles-ci.

Monsieur le secrétaire d'État, pourriez-vous, d'une part, préciser les intentions du Gouvernement à l'égard de ce pacte de stabilité s'agissant des collectivités engagées dans des opérations de renouvellement urbain, et, d'autre part, confirmer son maintien pour une durée de cinq ans ?

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

M. Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services. Monsieur le sénateur, la question que vous soulevez reflète des difficultés bien réelles, mais je souhaiterais que celles-ci puissent être replacées dans un contexte un peu plus large.

Des communes engagées dans des opérations de rénovation urbaine peuvent, en effet, pâtir d'un transfert de population, généralement limité, qui a pour effet mécanique de réduire la dotation globale de fonctionnement. Toutefois, s'il s'agit là d'un réel manque à gagner, cela ne doit pas faire oublier le soutien financier dont ces communes bénéficient au titre du programme national de rénovation urbaine : plus de 12 milliards d'euros sont consacrés au total par l'État, au

travers des dotations de l'ANRU, aux collectivités porteuses de projets. Celles-ci peuvent, en outre, bénéficier de nombreux autres dispositifs de soutien.

En ce qui concerne la ville d'Angoulême, elle est concernée par deux projets de rénovation urbaine, situés l'un dans le quartier « Ma campagne », l'autre dans le quartier « Basseau Grande Garenne », les subventions de l'ANRU s'élevant, respectivement, à 31 millions d'euros et à 20 millions d'euros, soit un effort financier total de 51 millions d'euros.

Au-delà de ces chiffres, je rappelle que la finalité des projets de rénovation urbaine est de réintégrer des quartiers dans une dynamique de développement urbain et de revitaliser un tissu économique et social. À terme, ces projets visent à permettre un plus fort développement, ce qui apportera un surcroît de recettes aux collectivités territoriales concernées, même si, dans un premier temps, il arrive que les communes-centres subissent une baisse de leurs dotations forfaitaires. Cependant, pour faire face à cet effet mécanique de baisse, elles peuvent bénéficier de différents dispositifs.

Le premier, inscrit dans la loi de finances de 2009, permet de lisser l'incidence d'une diminution de la population sur le montant des dotations de l'État. Cela renvoie à la problématique générale de l'incidence sur les finances locales de fortes variations de population. La loi de finances de 2009 introduit un dispositif de lissage sur deux ans des pertes de dotations pour les communes connaissant une variation de population de plus de 10 % entre 2008 et 2009. Le bénéfice de ce dispositif est ouvert quelle que soit l'origine de la diminution de la population.

En outre, le renforcement de la péréquation, au travers d'une dotation de solidarité urbaine renouée, est également un instrument de soutien important à des communes engagées dans des projets de rénovation urbaine. La DSU est devenue un outil majeur de solidarité grâce à la réforme engagée depuis 2005 et accentuée encore récemment pour 2009. Du reste, son montant a quasiment doublé entre 2004 et 2009, selon les engagements pris dans la loi de programmation pour la cohésion sociale en 2005 : la DSU a été abondée chaque année de 120 millions d'euros !

Par ailleurs, le Gouvernement a lancé en 2009 la première étape d'une réforme de la DSU : l'intégralité de sa hausse, soit 70 millions d'euros, a été partagée, en 2009, entre les communes les plus défavorisées de la catégorie des villes de plus de 10 000 habitants. Angoulême fait partie des 476 communes les plus démunies qui bénéficient d'une DSU majorée de 2 % en 2009 : cela représente 1,7 million d'euros supplémentaires à ce titre pour la ville d'Angoulême. Cette réforme de la DSU doit se poursuivre sur la base des réflexions du groupe de travail du comité des finances locales.

Je citerai également la nouvelle dotation de développement urbain créée en 2009. Cette dotation de 50 millions d'euros est destinée à soutenir les 100 villes comportant les quartiers les plus défavorisés.

Au total, la loi de finances initiale de 2009 consacre 120 millions d'euros supplémentaires, par rapport à 2008, au dispositif de solidarité en faveur des villes urbaines. C'est la somme maximale prévue dans le plan de cohésion sociale.

Monsieur le sénateur, j'espère que ces rappels vous auront convaincu de la largeur de l'éventail des mesures d'ores et déjà mises en œuvre au profit de nos villes engagées dans des opérations de rénovation urbaine, à l'instar de la ville d'Angoulême.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Boutant.

M. Michel Boutant. Monsieur le secrétaire d'État, j'ai pris bonne note de vos indications.

Toutefois, s'agissant des financements de l'ANRU, il faut souligner que des aménagements initialement prévus dans les quartiers que vous avez cités ont été sortis de la convention en cours de contrat. Leur réalisation repose aujourd'hui entièrement soit sur le département, soit sur la ville d'Angoulême. Je pense notamment aux centres médico-sociaux, destinés aux populations les plus fragiles.

Certes, la DSU augmentera, mais il n'en demeure pas moins que, dans les faits, la collectivité maître d'ouvrage est confrontée à des dépenses qu'elle n'avait pas prévues, tandis que ses rentrées fiscales connaissent malgré tout une baisse considérable.

SUICIDE DES JEUNES

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, auteur de la question n° 505, adressée à Mme la ministre de la santé et des sports.

Mme Marie-Thérèse Hermange. La France connaît l'un des plus forts taux de suicide en Europe. Entre 35 ans et 44 ans, le suicide constitue la première cause de mortalité, et la deuxième entre 15 ans et 24 ans.

Sous-estimé, le suicide des adolescents est devenu aujourd'hui un grave problème de santé publique. Il est, bien sûr, dû à des facteurs psychologiques, liés à l'angoisse inhérente à la période de transition qu'est l'adolescence.

Cependant, il peut aussi être lié aux addictions, bien souvent révélatrices de souffrances psychiques chez les jeunes. De nouvelles pratiques comme les scarifications, l'alcoolisme allant jusqu'au coma éthylique, les poly-addictions, la cyberdépendance expriment le profond mal-être que connaissent près de 900 000 adolescents âgés de 11 ans à 18 ans.

Par ailleurs, la question du suivi psychologique des jeunes ayant fait une tentative de suicide est préoccupante. En effet, aux dires des associations, des carences existeraient dans le suivi post-hospitalier de ces adolescents, en dépit de l'action des maisons des adolescents, qui doivent être présentes dans tous les départements.

L'accompagnement socio-éducatif et le suivi médico-psychologique de ces jeunes sont indispensables pour écarter le risque de récurrence. Il est donc de notre devoir de dire à ces jeunes qu'ils ont leur place dans notre société et que si la vie n'est pas facile, elle vaut la peine d'être vécue.

Quelles mesures concrètes le Gouvernement compte-t-il mettre en place, au titre du plan national d'action face au suicide 2008-2012, dans les domaines de la prévention des addictions et de l'accès aux soins psychiques pour les jeunes ?

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

M. Bernard Laporte, secrétaire d'État chargé des sports. Madame la sénatrice, vous avez interrogé Mme Bachelot-Narquin sur la question du suicide chez les jeunes.

Le suicide reste en France, après les accidents de la route, la deuxième cause de décès chez les jeunes âgés de 15 ans à 24 ans. Cette situation n'est pas admissible. C'est pourquoi la prévention du suicide chez les jeunes constitue l'un des enjeux majeurs de la politique de prévention de Mme Bachelot-Narquin.

Même si les données de l'INSERM, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, confirment que la mortalité des jeunes par suicide est en recul depuis dix ans, la France est l'un des pays européens les plus frappés par ces morts prématurées.

L'addiction représente un facteur de co-morbidité fréquent lors de la « crise suicidaire ». De 20 % à 60 % des jeunes concernés présentent en effet une dépendance alcoolique. Ce constat amène à s'interroger sur le lien entre comportement suicidaire, comportement addictif et comportement à risques. Tous sont révélateurs d'une souffrance psychique.

Pour renforcer les capacités de repérage précoce de la souffrance psychique des enfants et des adolescents, le ministère de la santé soutient une action de formation, en liaison avec l'École des hautes études en santé publique, l'EHESP. Il s'agit, depuis 2006, de former les professionnels de santé de première ligne, c'est-à-dire les médecins de la protection maternelle et infantile, les médecins de santé scolaire, les pédiatres.

Les interlocuteurs du monde de la santé, de l'éducation, de l'insertion sociale, familiale et professionnelle sont également impliqués dans une logique de réseau et de pluridisciplinarité.

Cet effort de formation a été confirmé dans le cadre du plan « Santé des jeunes » que Roselyne Bachelot-Narquin a présenté en février 2008.

Ce plan, qui s'attaque aux addictions chez les jeunes, particulièrement aux phénomènes d'alcoolisation aiguë, repose également sur des actions de prévention et de prise en charge.

Ainsi, des contrats-cadres de partenariat en santé publique entre le ministère de la santé et des sports et ceux qui sont chargés de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de l'agriculture ou de la justice sont signés en vue de mettre en œuvre des actions communes d'information, de repérage des situations difficiles et de formation des professionnels.

Quant au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, il prend en compte, dans son titre consacré à la santé publique, une partie du problème, en interdisant la vente d'alcool aux moins de 18 ans, ainsi que les *open bars*.

Concernant l'amélioration du repérage et de la prise en charge, Mme la ministre de la santé et des sports soutient la création de maisons des adolescents : soixante-cinq structures bénéficient ainsi d'aides financières.

Enfin, Roselyne Bachelot-Narquin a confié en juillet 2008 à David Le Breton, sociologue à l'université de Strasbourg, la mission de proposer une stratégie de prévention du suicide, avec des experts, acteurs institutionnels et associatifs. Il a remis récemment son rapport, et les services ministériels déclinent actuellement en mesures les propositions que celui-ci comporte, en particulier à destination des jeunes.

Comme vous le voyez, madame la sénatrice, le ministère de la santé et des sports accorde à ces douloureux problèmes l'attention qu'ils méritent.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je tiens à vous remercier de votre réponse, monsieur le secrétaire d'État.

Dans l'attente de la création des soixante-cinq maisons des adolescents annoncées, il faudrait prévoir, dans le cadre de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et

relatif aux patients, à la santé et aux territoires, que chaque centre hospitalier universitaire soit doté d'un service de prise en charge des addictions et du suicide pour mener une véritable politique de prévention. Actuellement, c'est loin d'être le cas, car de tels services ne sont pas considérés comme « nobles », au contraire par exemple des services de chirurgie hépatique ou de chirurgie cardiaque, et rapportent également moins d'argent à l'hôpital. Là aussi, il faut mener une réforme des mentalités !

Monsieur le secrétaire d'État, je me permettrai de poser une autre question dans quelque temps pour savoir si les CHU ont progressé en la matière.

FORMATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Laménie, auteur de la question n° 493, adressée à Mme la ministre de la santé et des sports.

M. Marc Laménie. Monsieur le secrétaire d'État, ma question a trait à la formation des infirmiers et infirmières.

Le programme des études conduisant à cette profession est actuellement en cours de réorganisation, avec l'entrée en vigueur d'un nouveau référentiel de formation proposé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé et des sports.

Cette réforme, qui doit entrer en vigueur à la rentrée de septembre 2009 et permettrait d'intégrer le diplôme dans la filière LMD, licence-master-doctorat, semble poser un certain nombre de problèmes.

Tout d'abord, le nombre important d'heures de travail personnel prévu dans le cursus d'enseignement ne correspond pas forcément au mode d'enseignement le plus approprié dans ce type d'études ni en tout cas au profil d'études défini par les directives européennes.

Ensuite, il serait sans doute préférable de substituer aux stages de terrain, d'une durée relativement longue, à savoir huit semaines, des stages plus courts, d'une durée de l'ordre de cinq semaines, mais répartis entre davantage de services.

Enfin, certaines unités d'enseignement sont moins intéressantes que d'autres, voire peu intéressantes, en termes d'unités de valeur, pour l'obtention du diplôme, alors qu'elles correspondent à des préoccupations très importantes, voire prioritaires, comme les soins relationnels, les soins éducatifs et préventifs ou les soins palliatifs.

À l'heure où le Parlement procède à une intense réflexion sur le nouveau paysage médical que l'on souhaite offrir aux Français, notamment sur l'exécution par les infirmiers et infirmières d'actes jusqu'alors réservés aux médecins, il importe que la formation initiale de ces professionnels soit la meilleure possible.

Je me permets donc de vous demander, monsieur le secrétaire d'État, de bien vouloir nous préciser les orientations définitives du ministère de la santé et des sports en la matière.

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

M. Bernard Laporte, secrétaire d'État chargé des sports. Monsieur le sénateur, vous avez appelé l'attention de Roselyne Bachelot-Narquin sur le programme des études conduisant à la profession d'infirmier et d'infirmière.

Cette profession est au cœur de notre système de santé. La confiance que nos concitoyens lui témoignent, le dévouement et le professionnalisme des infirmiers appellent une juste

reconnaissance des compétences liées à l'exercice de leurs missions. Cela commence par la reconnaissance de leur formation initiale.

Ainsi, la ministre attend de leur programme de formation qu'il valorise les infirmiers et les prépare mieux encore qu'aujourd'hui aux défis de demain, c'est-à-dire au vieillissement de la population et à la prise en charge des pathologies chroniques. C'est pourquoi l'élaboration du nouveau programme des études conduisant à la profession d'infirmier a fait l'objet d'une très large concertation avec l'ensemble des représentants de la profession et des étudiants.

Cette concertation, également menée avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ainsi qu'avec la conférence des présidents d'universités, a abouti à un programme d'études fondé, pour la première fois en France, sur l'élaboration d'un référentiel des compétences. C'est sur cette base qu'a été conçu le référentiel de formation dont il est aujourd'hui question et qui répond aux attentes des infirmiers.

De plus, et conformément à l'engagement du Gouvernement d'intégrer la formation des infirmiers au cursus européen licence-master-doctorat, ce nouveau programme sera reconnu par l'université.

Le diplôme d'État d'infirmier, fondé sur cette formation rénovée, sera reconnu au grade de licence dès 2012. Il s'agit là d'une avancée historique pour cette profession. Grâce à cette intégration universitaire, les infirmiers de demain pourront se spécialiser et combler le manque de professionnels situés entre les soignants et les médecins que connaît notre système de soins.

Dans cette perspective, le niveau de la formation a été amélioré, notamment en renforçant les matières scientifiques et en axant beaucoup plus sur la clinique le contenu des programmes.

De surcroît, pour répondre aux critères du cursus LMD, l'organisation du diplôme sera fondée sur la notion de crédit européen, qui tient compte de l'ensemble de la charge de travail de l'étudiant, y compris le travail qu'il réalise chez lui. Il ne s'agit donc pas tant de faire travailler les étudiants chez eux plus qu'aujourd'hui que de comptabiliser les heures de travail personnel qu'ils effectuent déjà. La nouvelle maquette répond ainsi aux exigences des directives européennes en la matière.

Par ailleurs, conformément à la demande des professionnels et des étudiants, la durée de chacun des stages cliniques a été augmentée afin de renforcer l'apprentissage auprès des malades, indispensable dans une formation professionnelle.

Enfin, la durée prévue pour les soins relationnels, les soins éducatifs et préventifs, ainsi que les soins palliatifs, n'a jamais été aussi élevée.

Il n'y a donc pas d'ambiguïté sur le fait que ce nouveau programme répond bien à la demande des professionnels et des étudiants infirmiers, qui pourront ainsi envisager de poursuivre leur cursus en master, voire en doctorat. J'en veux pour preuve le fait que ce nouveau programme de formation a fait l'objet, le mois dernier, d'un vote très largement majoritaire au sein du Haut Conseil des professions paramédicales.

In fine, c'est surtout aux besoins des usagers que répondra ce nouveau programme de formation, en mettant à disposition du système de soins des infirmiers mieux formés, plus autonomes et en mesure de poursuivre leur formation à l'université tout au long de leur vie.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie de votre réponse, qui permettra de rassurer les étudiants, alors que la profession à laquelle ils se destinent est de plus en plus difficile et exigeante en termes de disponibilité et de dévouement. Il convient que leur formation soit pleinement reconnue et débouche sur la délivrance d'une licence.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES
MAISONS DÉPARTEMENTALES DES
PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

Mme la présidente. La parole est à Mme Maryvonne Blondin, auteur de la question n° 479, adressée à Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité.

Mme Maryvonne Blondin. Je souhaiterais revenir sur les grandes difficultés rencontrées par les maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH, pour obtenir de l'État les moyens humains et financiers initialement prévus lors de la signature des conventions de mise en place.

L'esprit de la loi de février 2005, qui a véritablement redonné espoir à de nombreuses personnes en situation de handicap et à leurs familles, se trouve aujourd'hui menacé par les graves problèmes de fonctionnement auxquels les MDPH sont confrontées.

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité a déjà été interpellée à plusieurs reprises sur ce sujet, mais les éléments de réponse qu'elle nous a transmis n'ont pas suffi à faire disparaître nos inquiétudes : il est de fait que l'État ne respecte pas ses engagements initiaux en la matière, remettant en cause le versement de sa quote-part financière au fonctionnement des MDPH. C'est notamment le cas pour celle du Finistère, à qui l'État a décidé de ne pas verser sa quote-part pour 2008, indiquant qu'il en irait probablement de même pour les années à venir.

Ce désengagement de l'État ne peut que nuire au fonctionnement des MDPH et à la qualité des services proposés, alors que ces établissements se voient régulièrement confier de nouvelles missions : je pense à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, au versement de la prestation de compensation du handicap pour les enfants ou encore au financement du transport pour les adultes et les enfants.

Aujourd'hui, la continuité et la qualité des actions entreprises en faveur des personnes handicapées ne sont maintenues que grâce à un effort financier supplémentaire des conseils généraux, ainsi que par l'engagement de personnels dévoués et le bénévolat de nombreux militants associatifs.

Plus inquiétante encore est la non-compensation des départs d'agents de l'État mis à disposition, compensation à laquelle l'État s'était pourtant engagé. Encore un transfert de charges sans juste compensation financière qui porte atteinte au principe de l'autonomie et de la libre administration des collectivités locales, pourtant inscrit dans notre Constitution !

Cette situation n'est ni acceptable ni supportable pour les maisons départementales des personnes handicapées. Ainsi, le 19 mars dernier, les membres de la commission exécutive de la MDPH du Finistère, à l'exception bien entendu des repré-

sentants de l'État, ont voté en faveur d'un recours contre l'État devant le tribunal administratif, visant à obtenir près de 156 000 euros en compensation du départ des quatre agents de l'État qui ont voulu regagner leur administration d'origine. Ceux-ci ont été remplacés par des contractuels payés par le conseil général du Finistère, qui n'avait guère le choix : quatre postes laissés vacants sur soixante, c'est énorme !

Il faut savoir qu'en 2008 la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées a examiné plus de 35 000 demandes de prestation, soit près de 115 dossiers par jour !

Je rappelle aussi que, globalement, le conseil général consacre quelque 90 millions d'euros au handicap et qu'il a en outre financé la dizaine de nouveaux postes créés à la MDPH depuis son ouverture en 2006.

Je me dois également de souligner que de nombreux conseils généraux se sont déjà engagés bien au-delà de leurs obligations. Cependant, si l'État ne respecte pas réellement ses engagements initiaux, la situation des MDPH continuera inexorablement de se détériorer, ce qui aura pour conséquence un allongement des délais de réponse et d'instruction des dossiers.

Depuis leur création, les MDPH n'ont eu de cesse de prouver leur utilité. Elles parviennent à gérer efficacement les problèmes quotidiens des personnes en situation de handicap en mettant en place un accompagnement individualisé et en amenant chacune d'elles à construire son projet de vie.

Nous nous devons de continuer ensemble à faire de la compensation du handicap une action prioritaire et à permettre aux personnes handicapées de trouver pleinement leur place dans la société.

Monsieur le secrétaire d'État, c'est la demande que je vous adresse au nom de toutes les personnes handicapées et de leurs familles : l'État va-t-il pleinement respecter les engagements qu'il a pris lors de la signature des conventions de mise en place des MDPH, au travers de sa contribution au financement du Fonds de compensation du handicap et de la compensation du départ des personnels mis à disposition, personnels dont il faudra bien clarifier les statuts ?

Enfin, permettez-moi, en tant qu'élue de la Bretagne, de vous demander si vous avez apprécié la soirée de samedi dernier, sur les plans tant sportif que festif, et particulièrement l'ambiance bretonne qui a régné au Stade de France ! (*Sourires.*)

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

M. Bernard Laporte, secrétaire d'État chargé des sports. Madame la sénatrice, j'ai effectivement beaucoup apprécié l'ambiance extraordinaire dans laquelle s'est déroulée cette rencontre !

Je vous prie d'excuser Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, qui m'a demandé de vous communiquer la réponse suivante.

Je ne peux pas vous laisser dire que l'État ne s'est pas investi dans la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées, qui sont effectivement un élément clé de la réforme de 2005.

Aujourd'hui, un millier d'agents de l'État sont mis à disposition des MDPH et, depuis la création de ces dernières, l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,

la CNSA, ont consacré 245 millions d'euros à leur fonctionnement, ce qui en fait les premiers financeurs, à hauteur de 60 % du budget.

L'État s'était engagé à mettre à disposition des MDPH l'ensemble des moyens, humains et matériels, qui étaient jusque-là affectés aux services de l'État accomplissant les mêmes missions. Cet engagement sera tenu en 2009 : tout sera mis en œuvre pour que les postes devenus vacants depuis la création des MDPH en 2006, pour quelque motif que ce soit, soient effectivement pourvus, et ceux qui ne le seraient pas donneront systématiquement lieu à une compensation financière. Un premier versement provisionnel sera opéré avant l'été selon les besoins constatés, et le solde sera versé en fin d'année en fonction des postes encore vacants à cette échéance.

Par ailleurs, c'est bien parce que les MDPH ont des missions plus larges que celles qui étaient auparavant dévolues aux services de l'État que le législateur avait prévu une contribution de la CNSA à leur financement. Fixée au départ à 30 millions d'euros, elle a été portée l'an passé à 45 millions d'euros, pour tenir compte de la charge de travail réellement engendrée.

Récemment encore, de nouvelles réformes ont été décidées : extension de la prestation de compensation du handicap aux enfants, réforme de l'allocation aux adultes handicapés. Pour les mettre en œuvre, il fallait donner aux MDPH des moyens supplémentaires ; nous les avons prévus. C'est ainsi que la CNSA a de nouveau augmenté de 15 millions d'euros sa dotation aux MDPH. Quant à la dotation de chaque département, elle a été recalculée et la régularisation est intervenue le 5 mai dernier.

Mais, vous en conviendrez, on ne peut en rester là : améliorer réellement et durablement le fonctionnement des MDPH suppose désormais de faire évoluer leur statut et celui de leur personnel. Compte tenu de l'urgence qu'il y a à donner aux MDPH les moyens de remplir leurs missions, le Gouvernement a engagé une réflexion en ce sens.

En tout état de cause, cette évolution se fera en concertation avec les différents partenaires concernés, au premier rang desquels les conseils généraux, afin de s'assurer que tout est mis en œuvre pour permettre aux MDPH de jouer correctement et efficacement leur rôle auprès des personnes handicapées.

Mme la présidente. La parole est à Mme Maryvonne Blondin.

Mme Maryvonne Blondin. Vous m'avez apporté une bonne nouvelle, monsieur le secrétaire d'État, puisqu'il semble que les sommes dues vont être versées aux conseils généraux ! Je vous en remercie !

Dans l'intérêt des personnes en situation de handicap et de leurs familles, l'État devra continuer à assumer ses responsabilités, d'autant que le champ du dispositif va s'étendre, d'autres compétences et d'autres missions étant confiées aux MDPH. Les conseils généraux ne pourront assumer seuls le financement de ces dernières.

SUPPRESSION DE TROIS DES QUATRE
TRIBUNAUX DES AFFAIRES DE SÉCURITÉ
SOCIALE EN AUVERGNE

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Mézard, auteur de la question n° 498, transmise à M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

M. Jacques Mézard. Monsieur le secrétaire d'État, ma question fait suite à celle que M. Teulade avait posée sur le même sujet le 31 mars 2009, et je me servirai d'ailleurs des éléments de réponse que vous lui aviez alors communiqués pour établir certains constats.

Il est question de supprimer quarante-quatre tribunaux des affaires de sécurité sociale en France : ceux qui traitent moins de 550 dossiers par an. En Auvergne, trois tribunaux sur les quatre existant actuellement sont concernés ; seul celui de Clermont-Ferrand subsisterait.

Une telle suppression aurait des conséquences tout à fait néfastes pour les justiciables, qui doivent se présenter au tribunal, la procédure étant orale : par exemple, il faut cinq heures de trajet aller et retour, dans des conditions très difficiles, pour se rendre d'Aurillac à Clermont-Ferrand. Je souligne qu'il s'agit souvent de personnes fragilisées, dont la mobilité peut être réduite.

Le 19 février dernier, le Conseil national des barreaux s'est d'ailleurs prononcé contre cette réforme et a transmis à la Chancellerie un avis en ce sens. Il serait tout à fait incohérent de supprimer cette juridiction de proximité, à l'instar d'un certain nombre de tribunaux d'instance, alors même que l'on a créé, voilà quelques années, le juge de proximité !

Monsieur le secrétaire d'État, dans la réponse que vous avez faite le 31 mars 2009 à M. Teulade, vous indiquiez que la suppression de ces tribunaux ne serait pas un problème pour les personnels, « qui seraient affectés aux directions régionales ou départementales du secteur social, sans mobilité géographique obligatoire », mais surtout que, « afin que la consultation soit la plus large et la plus complète possible, il a été décidé de prolonger la période de concertation jusqu'au 3 avril prochain. À cette fin, il a notamment été demandé aux préfets de région de porter une attention spécifique à la consultation des parlementaires et des élus locaux. »

Monsieur le secrétaire d'État, contrairement à ce que vous annonciez vous-même dans cet hémicycle le 31 mars dernier, nous n'avons été aucunement consultés ! J'ai interrogé sur ce point mes collègues parlementaires du département du Cantal ainsi que, tout à l'heure, Mme Anne-Marie Escoffier, sénatrice de l'Aveyron : nous partageons les mêmes inquiétudes et déplorons tous l'absence de concertation.

Cette situation est tout à fait désagréable : en tant que parlementaires, nous avons un avis sur ce projet qui vise une juridiction proche des citoyens, souvent saisie par des personnes démunies. Faute de concertation, nous ne savons même pas où en est aujourd'hui ce dossier...

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

M. Bernard Laporte, secrétaire d'État chargé des sports. Monsieur le sénateur, je vous prie tout d'abord d'excuser M. Brice Hortefeux, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, qui m'a demandé de vous communiquer la réponse suivante.

Les tribunaux des affaires de sécurité sociale, les TASS, au nombre de 115, sont chargés de régler les litiges d'application de la législation de la sécurité sociale. Chacun de ces TASS est présidé par un magistrat de l'ordre judiciaire, assisté de deux assesseurs et d'un secrétariat composé d'agents administratifs. Les TASS constituent, à ce titre, une juridiction sociale.

Afin d'obtenir une meilleure affectation des moyens de la justice et d'améliorer la qualité du service public rendu aux justiciables, un avant-projet de réforme, élaboré conjointe-

ment par les ministères de la justice, du travail et de l'agriculture en octobre 2008, envisage de rassembler, au sein de tribunaux de taille plus importante, les TASS saisis de moins de 550 requêtes nouvelles en moyenne annuelle. Leur nombre est estimé à quarante-quatre à l'échelon national, dont trois sont situés en Auvergne, à Moulins, à Aurillac et au Puy-en-Velay.

Cet avant-projet de réforme a été conçu dans la perspective d'une diminution, grâce à la récente simplification des procédures administratives, du nombre de requêtes émanant d'institutions publiques, qui va réduire sensiblement la charge de travail des TASS et avoir un effet positif sur les délais de jugement, parfois trop longs.

Je tiens néanmoins à préciser qu'il ne s'agit que d'un avant-projet : rien n'est encore décidé.

Afin de vérifier l'adéquation des propositions envisagées aux réalités locales, notamment en matière d'accessibilité des tribunaux pour les justiciables, cet avant-projet a fait l'objet, durant les mois de février et de mars derniers, d'une large consultation locale menée, d'une part, par les premiers présidents de cours d'appel et les procureurs généraux près les cours d'appel, et, d'autre part, par les préfets de région. Il a été demandé à ces derniers de porter une attention spécifique à la consultation des parlementaires et des élus locaux, et d'examiner en profondeur la question de l'accessibilité pour les justiciables, qui sont souvent des personnes fragilisées. Dans le même esprit, la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés, la FNATH, a été reçue par les directions des ministères concernés.

En fonction des résultats de la concertation menée à l'échelon local qui viennent de nous parvenir et qui vont faire l'objet d'une analyse approfondie au cours du mois de mai par les ministères concernés, cet avant-projet pourra être mis en œuvre totalement ou partiellement, ou encore faire l'objet d'un réexamen. Ainsi, vous l'aurez compris, il ne s'agit ni d'un projet définitivement entériné, ni d'une réforme visant à remettre en cause l'existence et la spécificité des TASS.

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

M. Jacques Mézard. Monsieur le secrétaire d'État, la consultation dont les résultats vont être analysés par les ministères concernés n'a pas eu lieu ! Il est facile de s'auto-consulter : cela permet de simplifier l'examen des problèmes ! Toutefois, je ne pense pas que ce soit la bonne solution.

Je ne doute pas, monsieur le secrétaire d'État, que vous vous ferez notre porte-parole pour expliquer combien il est pénible d'effectuer un aller et retour de cinq heures sur les routes difficiles de notre région. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une très bonne réforme !

Mme la présidente. Mes chers collègues, l'ordre du jour de ce matin étant épuisé, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à seize heures.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à midi, est reprise à seize heures cinq, sous la présidence de M. Gérard Larcher.)

PRÉSIDENTE DE M. GÉRARD LARCHER

M. le président. La séance est reprise.

4

RÉFORME DE L'HÔPITAL

DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI
DÉCLARÉ D'URGENCE

(Texte de la commission)

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n^{os} 290, 380 et 381).

RAPPELS AU RÈGLEMENT

M. le président. La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, pour un rappel au règlement.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.)* Monsieur le président, mon intervention a trait à l'organisation de nos travaux...

M. François Autain. Les conditions sont scandaleuses !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. ... et, plus précisément, aux droits du Parlement.

M. Alain Gournac. C'est parti !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Le débat sur le projet de loi relatif à l'hôpital s'ouvre aujourd'hui au Sénat dans des conditions qui mettent en lumière, il faut bien le dire, l'inféodation croissante des assemblées au pouvoir exécutif, c'est-à-dire au Président de la République. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste. – M. Jean-Claude Gaudin s'exclame.)*

M. Guy Fischer. C'est vrai !

M. François Autain. C'est la vérité !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. En effet, le Président de la République, hier soir, a dicté à la majorité sa ligne de conduite : ...

M. Guy Fischer. N'est-ce pas, monsieur Gaudin !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. ... voilà ce que j'accepte ; voilà ce que je n'accepte pas ; voilà ce que je veux ; voilà ce que je ne veux pas.

M. Guy Fischer. Voilà !

M. Jean-Louis Carrère. On appelle cela un monarque !

M. Jean-Claude Gaudin. Il a quand même été élu !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Les sénateurs de la commission des affaires sociales ont d'ailleurs été saisis à quinze heures – quel formidable délai, et quel respect ! – de trente amendements, ...

M. Guy Fischer. Les voilà ! *(M. Guy Fischer brandit la liasse d'amendements.)*

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. ... et encore uniquement sur les articles 1^{er} à 13, ce qui donne à penser qu'il en surviendra d'autres aux articles suivants...

Le principe républicain de la séparation des pouvoirs est bafoué, c'est le moins que l'on puisse dire ! Point ne sera besoin de discours annuel devant les parlementaires réunis en Congrès à Versailles : Nicolas Sarkozy est présent tous les jours dans l'hémicycle !

Si l'on ajoute à cela la présence permanente du Gouvernement durant l'examen du rapport et des amendements en commission et la récente décision du Conseil constitutionnel, qui n'évoque pourtant que la présence du Gouvernement au moment du vote, on voit que la pression est encore plus claire, d'autant que les conditions de travail imposées aux groupes et aux sénateurs, notamment en matière de délais, sont très difficiles ! Mais peut-on d'ailleurs encore parler de délais lorsqu'il est demandé à la commission d'examiner, entre quinze heures et seize heures, trente amendements tombés du ciel, ...

M. Guy Fischer. N'est-ce pas, madame la ministre ?

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. ... que dis-je, non pas du ciel, mais du trône ! (*Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. Voilà la vérité !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Cela ne prête pas à rire ni même à sourire, hélas !

La révision constitutionnelle ne renforce pas le Parlement dans ses droits ; elle le soumet au Président de la République, elle le disperse et, au bout du compte, elle l'humilie.

Il faut bien le dire, l'opposition massive au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires est sans doute pour quelque chose dans les tergiversations du Gouvernement et dans ces amendements de dernière minute, si tant est qu'ils visent bien à modifier le fond de ce texte. Mais chacun d'entre nous ici dira ce qu'il en pense...

En tout état de cause, est-il admissible, est-il même conforme à l'esprit de la Constitution s'agissant de la navette parlementaire que la déclaration d'urgence soit maintenue sur ce texte, de sorte que les députés n'aient jamais la possibilité d'examiner ce qui doit pourtant être considéré comme un nouveau projet de loi ?

Mme Annie David. Absolument !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Madame la ministre, il importe de lever la présente déclaration d'urgence. Il y va de la démocratie ! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. C'est du jamais vu !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Monsieur le président, je le dis avec une certaine solennité, les conditions dans lesquelles s'ouvre au Sénat ce débat sur l'hôpital doivent véritablement nous alerter sur le devenir même de la démocratie parlementaire, sur les droits de chaque parlementaire et sur ceux de la Haute Assemblée tout entière. (*Applaudissements sur les mêmes travées.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Bel, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Pierre Bel. Monsieur le président, après notre collègue et amie Nicole Borvo Cohen-Seat, je souhaite revenir à mon tour sur les conditions d'examen de ce projet de loi.

M. Jean-Louis Carrère. Très bien !

M. Jean-Pierre Bel. Si gouverner, c'est prévoir, le moins que l'on puisse dire de l'examen en commission du projet de réforme de l'hôpital, c'est que rien n'avait été prévu.

Je pense d'abord au temps de travail en commission, qui a duré au final quatre journées entières, dont deux jusque tard dans la nuit, ce qui est inédit. En effet, si les nocturnes en

séance publique sont habituelles au Sénat, elles étaient encore inédites en commission. Las, l'une de nos réunions s'est achevée à trois heures du matin !

M. Guy Fischer. En effet !

M. Jean-Pierre Bel. Je pense également aux délais de dépôt des amendements, ainsi qu'aux conditions du débat, en présence de Mme la ministre – j'ai cru comprendre qu'elle n'avait pas totalement apprécié – et de ses conseillers.

La mise en application des nouvelles règles de travail issues de la révision constitutionnelle de juillet 2008, voulue par la majorité sénatoriale, montre, de fait, une absence de préparation, qui aboutit à une improvisation totale mais aussi à des conditions de travail déplorables pour les sénateurs siégeant en commission.

Mais là n'est pas le plus grave, même s'il nous faudra y revenir.

L'urgence sur ce projet de loi devient de plus en plus insupportable avec l'improvisation qui le dispute au changement de pied.

Nous avons connu plusieurs phases.

Le projet initial contenait trente-trois articles. C'était le premier texte « hôpital ».

À l'issue des travaux de l'Assemblée nationale, le projet de loi comprenait cent trois articles. C'était le deuxième texte « hôpital ».

La commission des affaires sociales du Sénat a ensuite presque totalement réécrit le texte, même si rien n'est réellement changé sur le fond, que ce soit sur le démantèlement progressif, mais programmé, du service public hospitalier, sur la logique purement comptable de la gestion hospitalière, sur l'absence d'une réelle politique de santé publique. Tout changer pour ne rien changer, telle a été la devise, semble-t-il. Reste que c'était là le troisième texte « hôpital ».

Et hier, le Président de la République, devant ce que l'on pourrait appeler la fronde de certains médecins parisiens, n'a pas hésité à contredire sa volonté proclamée de n'avoir qu'un seul chef à l'hôpital.

Cette fronde l'interpelle d'ailleurs apparemment plus que la colère des agents hospitaliers face à la « vente à la découpe » programmée de l'hôpital public et au véritable plan social mis en place dans les hôpitaux publics.

Le Président de la République utilise donc un rapport sur les centres hospitaliers universitaires rendu le jour même pour exiger un nouveau changement du projet de loi...

Si la majorité sénatoriale entérine cette manière de traiter le Parlement, nous aurons donc un quatrième texte « hôpital » !

Mes chers collègues, la modification plus que substantielle d'un texte après son examen en commission et pendant le débat, d'ailleurs certainement inconstitutionnelle, n'est de toute manière pas acceptable.

Cette manière de faire est encore moins acceptable si le Gouvernement décide de maintenir la déclaration d'urgence. En réalité, cela signifierait l'impossibilité pour les députés d'examiner ce nouveau projet de loi, puisque le texte issu du Sénat n'aura plus rien à voir avec celui qu'ils ont eux-mêmes discuté. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Madame la ministre, madame la secrétaire d'État, l'urgence doit être levée. C'est une nécessité, parce que le Parlement doit être le lieu d'élaboration de la loi, et non une chambre d'enregistrement des désirs changeants et versatiles de l'exécutif. C'est une nécessité aussi parce que ce projet de loi, malvenu et dangereux pour l'hôpital public, doit faire l'objet préalablement d'une réelle concertation avec les acteurs de santé, ce que ces derniers ne cessent de demander.

Cette demande légitime avait été formulée lors de la dernière séance de questions d'actualité au Gouvernement. Mme la secrétaire d'État avait alors lu une déclaration qui n'avait, je crois, rien à voir avec la question, mais n'avait pas répondu.

Nous posons donc une nouvelle fois la question : madame la ministre, levez-vous l'urgence ?

Monsieur le président, je demande une suspension de séance pour permettre au Gouvernement de nous répondre. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. François Autain. Très bien !

M. le président. Madame Borvo Cohen-Seat, monsieur Bel, après vous avoir donné acte de vos rappels au règlement respectifs, et sans prétendre répondre à la place du Gouvernement, je me permettrai quelques observations.

D'abord, il ne m'appartient pas de commenter une décision du Conseil constitutionnel, qui s'impose.

Ensuite, en considération des travaux qu'ils ont conduits au sein de la commission des affaires sociales, je tiens à rendre un hommage particulier au président Nicolas About, au rapporteur Alain Milon, ainsi qu'à l'ensemble des commissaires, hommage auquel j'associe les collaborateurs de la commission. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur certaines travées de l'Union centriste.*)

M. Jean-Louis Carrère. C'est du masochisme !

M. le président. Je vous renvoie à l'ensemble des travaux de la commission publiés, notamment au tome II, qui rend compte des interventions de nos collègues. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

Mme Dominique Voynet. M. Sarkozy ne l'a pas lu !

M. le président. Oui, monsieur Bel, comme nous l'avons dit en conférence des présidents, nous avons des leçons à tirer pour améliorer notre mode de fonctionnement dans le cadre de la nouvelle procédure née de la révision constitutionnelle.

M. Guy Fischer. Il faut faire vite, monsieur le président !

M. le président. Monsieur Fischer, pour être étroitement associé à cette démarche, vous n'ignorez pas que nous comptons bien agir rapidement. En ce sens, j'ai confié à Jean-Jacques Hyst, président de la commission des lois, et à Bernard Frimat, vice-président du Sénat, le soin de nous faire des propositions d'ici à la fin du mois de juin.

Je rappelle, néanmoins, les efforts qui ont été accomplis.

Le compte rendu des deux premières séances de la commission des affaires sociales des 29 et 30 avril, qui portaient sur le titre I^{er} et le titre II, a été mis à disposition sur Internet dès le samedi 2 mai.

M. Jean-Pierre Michel. Sans comparatif !

M. le président. Le lundi 4 mai, au matin, le texte a été distribué à tous les sénateurs membres de la commission.

M. Jean-Pierre Michel. Sans comparatif !

M. le président. Le mardi 5 mai a été publié le compte rendu relatif aux titres I^{er} et II rectifiés correspondant à la séance du lundi 4 mai.

Le mercredi 6 mai au matin - pardonnez-moi, mais la chronologie est importante -,...

M. Jean-Pierre Michel. Rideau de fumée !

M. le président. ... le titre III a été publié sur papier et, dans l'après-midi, le titre IV a été mis à disposition sur Internet.

M. Guy Fischer. On nous enfume !

M. le président. Le jeudi 7 mai, à dix-sept heures, 700 amendements ont été distribués et mis en ligne. Le rapport a été publié le samedi 9 mai, puis, le lundi 11 mai, les amendements sur le titre IV ont été mis à disposition.

Ce bref rappel témoigne de l'intensité du travail accompli et du souhait qui est le nôtre de permettre à chacun de nos collègues de travailler dans les conditions les meilleures. Au reste, cette démarche a été fructueuse puisque nous constatons que plus de 1 000 amendements ont été déposés.

Plusieurs sénateurs socialistes. Ce n'est pas la question !

M. le président. Mais je me tourne vers le Gouvernement pour savoir ce qu'il pense de la demande de suspension de séance formulée par M. Bel.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est vous qui décidez, monsieur le président !

M. le président. Mes chers collègues, nous allons donc interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à seize heures quinze, est reprise à seize heures vingt.*)

M. le président. La séance est reprise.

DISCUSSION GÉNÉRALE

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à Mme la ministre. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.- Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Jean-Pierre Sueur. Il n'y a pas eu de réponse à notre question !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Monsieur le président, cher Gérard Larcher, monsieur le président de la commission des affaires sociales, cher Nicolas About, monsieur le rapporteur, cher Alain Milon, mesdames, messieurs les sénateurs, réformer pour moderniser (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*),...

M. Jean-Louis Carrère. Non ! Non ! Non !

M. François Autain. Non, madame la ministre !

M. René-Pierre Signé. Une réponse, nous voulons une réponse !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... réformer pour renforcer : tel est notre devoir le plus impérieux. (*Protestations vives et continues sur les mêmes travées.*) Nos concitoyens attendent que nous l'assumions avec courage et détermination. (*Brouhaha sur les mêmes travées.*)

M. le président. S'il vous plaît, mes chers collègues...

M. Jean-Louis Carrère. Ce n'est pas la réponse à la question posée !

M. le président. Chers collègues, laissez parler Mme la ministre ! (*Plusieurs sénateurs socialistes et du groupe CRC-SPG scandent les mots : « Et la question ! Et la question ! »*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Dans un monde en mutation (*Protestations redoublées sur l'ensemble des travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*), il s'agit de garantir les valeurs...

M. le président. Laissez parler Mme la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... qui fondent notre système de santé, de le sauvegarder durablement et de préparer son avenir. (*Le brouhaha persiste et s'amplifie.*)

Plusieurs sénateurs socialistes et du groupe CRC-SPG. Nous voulons une réponse !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'origine et la raison d'être du projet de loi (*Le brouhaha atteint une telle intensité que les propos de l'orateur deviennent peu à peu inaudibles.*) ... une loi aussi fondamentale... ne peut qu'être le fruit d'un profond débat (*Plusieurs sénateurs socialistes et du groupe CRC-SPG se lèvent et protestent de plus belle.*)...

M. Bernard Frimat. Il n'y a pas de réponse !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... raison pour laquelle, mesdames, messieurs les sénateurs,...

M. François Autain. Aucune réponse, qu'est-ce que c'est que ça ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... je ne demanderai pas (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, ainsi que Mme Nicole Bricq et MM. Daniel Reiner, Jean-Louis Carrère et Jean-Pierre Michel, debout, apostrophent le Gouvernement, imités bientôt par d'autres sénateurs socialistes et du groupe CRC-SPG.*)...

M. François Autain. On veut une réponse !

M. Jean-Louis Carrère. Arrêtez de finasser !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... que soit levée la procédure d'urgence (*Le brouhaha s'amplifie encore.*)...

M. le président. Chers collègues, je vous prie instamment d'écouter Mme la ministre, qui est précisément en train de vous répondre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... que réclament les auteurs des rappels au règlement. (*Les sénateurs du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG se mettent à frapper en cadence sur leur pupitre.*)

M. le président. Je vous en prie, chers collègues, la ministre est vous répond !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le débat a été très largement nourri. (*Le brouhaha atteint son paroxysme.*)

M. le président. Madame la ministre, pouvez-vous répéter ce que vous venez de dire ? Nous ne vous entendions plus !

M. François Autain. Nous voulons une réponse !

M. Jean-Louis Carrère. Une réponse !

M. Jean-Pierre Michel. Oui, la réponse à la question !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais je vous ai répondu !

M. François Autain. À quelle question répondiez-vous ?

Mme Nicole Bricq. Pourquoi l'urgence ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Si vous vous taisiez pour m'écouter, mesdames, messieurs les sénateurs, vous auriez déjà votre réponse ! (*Les sénateurs qui s'étaient levés se rassoient peu à peu, tout en continuant d'apostropher le Gouvernement.*)

Je vais donc me répéter, puisque visiblement vous ne m'écoutez pas, et réexpliquer pourquoi je ne demanderai pas la levée de la procédure d'urgence. (*Exclamations renouvelées sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. Mes chers collègues, Mme la ministre l'avait déjà dit !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Parfaitement, monsieur le président, vous faites bien de le signaler !

M. Jean-Louis Carrère. Oui, mais on ne se lasse pas de vous l'entendre dire !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les hurlements ne créent pas le débat. Nous devons nous écouter les uns les autres ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. René-Pierre Signé. L'urgence n'est pas la démocratie !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires a été préparé grâce à un débat démocratique d'une largeur et d'une profondeur sans égales. (*Vives protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. René-Pierre Signé. Arrêtez !

M. Jean-Louis Carrère. Pour quel résultat ?

M. François Autain. Il y a eu des manifs dans les rues !

M. René-Pierre Signé. Vous n'avez pas écouté les manifestants !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce débat a été précédé par deux importants rendez-vous démocratiques.

Mme Nicole Bricq. Cela va faire comme pour les universités : même méthode !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il a d'abord été précédé par les états généraux de l'organisation de la santé, qui ont permis de consulter de très nombreux professionnels libéraux et d'autres acteurs du monde de la santé. (*Exclamations continues sur les mêmes travées.*)

Il a également été précédé par la commission Larcher, qui a interrogé, écouté, confronté, sous la houlette du président Gérard Larcher, plusieurs centaines de spécialistes de l'hôpital.

De nombreux rapports parlementaires ont permis de creuser ces questions. Je pense, en particulier, aux travaux des députés André Flajolet et Marc Bernier, et à ceux du sénateur Jean-Marc Juillard.

Des débats approfondis ont été conduits ici, au Sénat, sur des sujets comme la démographie médicale, l'accès aux soins, au cours desquels nous avons pu confronter nos points de vue.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a mené un travail extrêmement approfondi. Certains ont jugé que c'était trop, mais les trois semaines de débat ont abouti à un enrichissement considérable du texte.

M. Jean-Louis Carrère. Lequel ? Le quatrième ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le débat au sein de la commission des affaires sociales du Sénat a duré plusieurs jours. On a même reproché à certaines discussions de se poursuivre parfois fort tard dans la nuit. Les échanges ont été vifs ; ils ont été fructueux. Il est normal que le débat public, comme le débat parlementaire, fasse progresser le texte.

Je considère qu'il est sain que les choses se passent ainsi (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste.*), surtout lorsqu'il s'agit de questions qui, touchant à la santé de tous, concernent chacun d'entre nous. J'y vois même le signe que notre démocratie fonctionne correctement. (*Un grand nombre de sénateurs socialistes et du groupe CRC-SPG s'esclaffent.*)

Accepter un ou plusieurs amendements, ce n'est pas reconnaître une erreur, c'est donner du prix à la concertation. Ce n'est pas reculer, c'est donner toute sa valeur à la démocratie.

M. Jean-Louis Carrère. C'est faire volte-face !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Des inquiétudes se sont exprimées ; je les ai entendues, avec l'esprit d'ouverture et de dialogue qui n'a jamais cessé de m'animer.

J'ai longuement discuté, encore ces derniers jours, dans un climat sérieux et apaisé, avec les membres de la conférence des présidents, avec votre rapporteur, pour trouver une réponse qui puisse restaurer la sérénité sans dénaturer le texte.

Au nom de la démocratie, qu'hommage soit rendu à mes interlocuteurs.

Pour avoir moi-même siégé au Parlement pendant de nombreuses années, je sais l'importance et la qualité de la réflexion qui y est menée.

Comme je l'ai fait pendant la longue phase d'élaboration du projet de loi, puis lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, c'est avec une grande attention que j'ai suivi les travaux de la commission des affaires sociales du Sénat et que j'ai examiné les enrichissements qu'elle a pu apporter.

La commission a su se mobiliser, se saisir de l'enjeu majeur que représente ce projet de loi pour l'avenir de notre système de santé. Si l'on doit en préserver l'esprit, le texte que vous aurez à examiner, déjà de très grande qualité, peut et doit encore évoluer.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je serai à votre écoute en séance plénière, comme je l'ai été en commission.

Je remercie plus particulièrement le président de la commission des affaires sociales, Nicolas About, qui a mis sa hauteur de vues, sa sagacité, son humanité, au service d'un travail de fond (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*), et ce dans des conditions nouvelles, que nous avons découvertes en même temps et avec lesquelles il a composé en virtuose.

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude. (*Plusieurs sénateurs socialistes et du groupe CRC-SPG s'esclaffent de nouveau.*)

M. René-Pierre Signé. Ça suffit !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je veux également saluer le rôle déterminant du rapporteur, Alain Milon, à qui je souhaite rendre hommage. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Investi et rigoureux, expert autant que pédagogue, il a mené un travail exceptionnel.

Je veux enfin remercier Gérard Larcher, président de la Haute Assemblée, dont le grand rapport sur les missions de l'hôpital, que j'ai déjà évoqué, a inspiré une part importante du projet de loi. Depuis, sa compétence, son expertise lucide...

M. Jean-Louis Carrère. Sa malignité, aussi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... ont constitué un atout considérable, dont chacun mesure les bénéfices. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mesdames, messieurs les sénateurs, je sais la sagesse de la Haute Assemblée, justement réputée, et sa capacité à s'approprier les projets les plus ambitieux. À l'aube du débat qui s'annonce, je suis donc confiante.

Vous le savez, il est plus que temps d'entreprendre cette réforme.

Depuis des années, j'entends dire qu'il faut mettre fin à la complexité et aux cloisonnements de notre système de santé, dont nos concitoyens sont les premiers à souffrir. De toute évidence, personne ne trouve normal que certains malades aillent aux urgences alors que leur médecin aurait pu les recevoir.

M. Jean Desessard. À quelle heure ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Personne ne tolère que le transfert d'une personne âgée de l'hôpital vers une maison de retraite – quand il y a de la place ! – soit un véritable parcours du combattant pour ses proches.

M. René-Pierre Signé. Cela n'a rien à voir !

M. François Autain. Le texte n'y changera rien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai entendu le constat. Il fallait des solutions, il faudra des outils.

Vous le savez, et le vote de l'Assemblée nationale l'a confirmé, le *statu quo* n'était pas tenable. Depuis des années, j'entends dire qu'il faut lutter contre les inégalités territoriales devant l'accès aux soins et contre les déserts médicaux. Faut-il attendre, pour agir, que nos concitoyens éprouvent de très grandes difficultés à trouver des médecins dans les zones urbaines défavorisées ou dans les zones rurales ? (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. René-Pierre Signé. La loi n'apporte rien !

M. Jean-Louis Carrère. C'est de la communication !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, nous ne pouvons pas laisser se poursuivre cette « démedicalisation » des territoires !

Grâce à ce projet de loi, et pour la première fois, nous disposons d'une matrice offrant les outils pour nous aider à mettre en œuvre nos ambitions.

Au-delà de la technicité de certains de ces outils, au-delà aussi de nos divergences politiques, ce sur quoi vous aurez à vous prononcer peut finalement se résumer en quelques mots : oui ou non, pouvons-nous continuer à observer ces fragilités sans agir ?

M. François Autain. C'est pourtant ce que vous faites !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je vous le dis avec force : il faut mettre fin à ces dysfonctionnements et améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens. Comment pourrait-il en aller autrement ?

J'ai longuement écouté les professionnels de santé et les représentants des usagers, qui ont, les uns et les autres, exprimé leurs besoins et leurs attentes. Aujourd'hui, les aspirations ne sont plus les mêmes qu'hier. Nos concitoyens souhaitent désormais être acteurs de leur propre santé. Ils désirent bénéficier de soins et d'une prévention adaptés à leurs particularités et à leurs besoins.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Ils pourront aller acheter leurs médicaments au supermarché !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ils ne veulent plus être victimes de l'éclatement des structures, de la multiplicité des interlocuteurs, du manque de coordination, ou de la lenteur des décisions.

Les professionnels médicaux et paramédicaux, notamment les nouvelles générations, sont volontaires pour de nouveaux modes d'organisation et d'exercice, plus souples, plus cohérents, plus efficaces.

De la même manière que je veux les écouter, j'ai choisi de ne pas ignorer les défis et les évolutions majeurs auxquels notre système de santé doit faire face.

Ne nous y trompons pas, ni la force de l'attachement des Français à notre système de santé, ni le positionnement favorable de notre pays en termes d'indicateurs de santé ne doivent faire illusion : la survie de notre modèle solidaire est en jeu.

Je n'ai pas peur de le dire, nous ne sommes encore qu'à l'aube des défis que nous aurons à relever.

Alors que les passages aux urgences ont doublé depuis dix ans, peut-on décemment refuser de prendre ses responsabilités ? Alors que, pour 100 000 habitants, on compte 830 médecins à Paris contre seulement 198 dans l'Eure, peut-on laisser la répartition des médecins sur le territoire se dégrader sans agir ?

M. Adrien Gouteyron. Non !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est pourquoi je vous le demande instamment : prenez conscience des changements que nous sommes en train de vivre, et tirons ensemble toutes les conséquences nécessaires !

La population vieillit. Nous sommes actuellement en pleine transition démographique. Ce défi d'envergure nous pousse à développer les soins de suite et le médico-social, dont vous parlera Valérie Létard.

Les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins se creusent : il nous faut impérativement réduire ces écarts.

Les progrès techniques se multiplient : ils nous incitent à repenser l'organisation des soins, dans un souci constant de qualité et de sécurité. Peut-on accepter des disparités entre hôpitaux, au détriment des patients et de l'impératif de justice qui nous guide ?

Les outils que le texte nous offre pour relever ces défis sont nombreux et variés. Je veux cependant souligner qu'ils constituent un ensemble de mesures cohérentes, répondant aux exigences d'une politique de prévention ambitieuse.

Comment transmettre sans dommage notre système de santé aux générations futures ? Comment garantir, aujourd'hui et demain, la qualité et la sécurité des soins ? Comment assurer, partout en France et à tous les Français, un égal accès aux soins ?

M. Jean-Louis Carrère. Vous ne faites que poser des questions ! Nous attendons des réponses !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ce sont de bonnes questions ! Les réponses viendront ensuite !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comment offrir aux établissements de santé et aux professionnels les moyens de mieux accomplir leurs missions ?

En un mot, comment préserver durablement les principes de qualité, de solidarité et de justice ?

M. René-Pierre Signé. Avec un directeur tout puissant ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce projet de loi procède ainsi d'une visée résolument prospective, Nicolas Sarkozy et François Fillon l'ont voulu ainsi. (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste.*)

Il nous faut, en effet, agir sur le long terme et anticiper les dégradations prévisibles de notre patrimoine.

Notre système de santé a besoin de moyens et d'organisation. Pourquoi opposer les deux ?

Les moyens dont notre système de soins a besoin, nous les lui donnons et nous continuerons à le faire. Sur plusieurs années, nous investissons pour donner aux hôpitaux et à l'ensemble de notre système de santé les moyens de fonctionner et de se moderniser. La dernière loi de financement de la sécurité sociale, au terme d'un débat que nous avons conduit ensemble, avec son rapporteur, Alain Vasselle, a accordé pour 2009 près de 5 milliards d'euros de plus qu'en 2008, soit une progression de 3,1 % pour l'hôpital comme pour la médecine de ville. Le plan Hôpital 2012 mobilisera, pour la période 2008-2012, près de 10 milliards d'euros d'investissements ; par ailleurs, 279 projets ont d'ores et déjà été notifiés, pour un montant d'environ 2,5 milliards d'euros.

Mais notre système de santé a aussi besoin d'organisation, pour assurer partout et toujours la qualité et la sécurité des soins. Malgré le dévouement et le talent de tous les professionnels de santé, auxquels je veux rendre un plein et sincère hommage, notre système présente des fragilités, nous venons d'en parler. Dans ce contexte, il m'a paru essentiel de proposer, pour la première fois, la mise en place d'un véritable système de santé.

Nous ne pouvons plus continuer à parler de « système de santé » sans établir une vraie cohérence entre l'organisation de la médecine libérale et celles de l'hôpital, de la prévention et du médico-social, sans rapprocher l'organisation et le financement, sans mettre fin au cloisonnement d'entités performantes, mais trop souvent isolées, trop enclines à agir pour leur propre compte et à se rejeter la responsabilité d'un dysfonctionnement.

Il faut donc repenser l'organisation de notre système, dans une perspective de santé durable et solidaire. (*M. Autain manifeste son agacement.*)

Cette nouvelle organisation a pour socle les agences régionales de santé, les ARS, conçues pour unir nos forces au lieu de les disperser. Leur création vise à simplifier notre système en réunissant, au niveau régional, sept services différents de l'État et de l'assurance maladie. On a trop longtemps séparé l'organisation des soins de leur financement. Cela doit changer.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Exactement !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il faut cesser de croire que l'organisateur et le financeur peuvent continuer à rester séparés, car c'est mettre en danger non seulement l'efficacité de notre réponse, mais aussi la préservation même de notre système. Nicolas About nous l'a indiqué lors des travaux de la commission et je suis pleinement d'accord avec lui : il ne peut y avoir de dyarchie au niveau régional !

Il faut cesser de croire que l'organisateur peut organiser sans se préoccuper du financement et des éventuels déficits, et que le financeur peut financer sans penser à l'organisation ni aux

territoires. Nous connaissons le résultat : il n'est pas satisfaisant. Qu'avons-nous obtenu ? Tout à la fois les déficits et les inégalités territoriales !

Les agences régionales de santé sont un outil indispensable de réconciliation, d'autant plus qu'elles ont aussi pour but de dépasser les cloisonnements sectoriels en investissant l'ensemble du champ de la santé, grâce à l'addition des forces de l'État et de l'assurance maladie. Les ARS permettront ainsi une réponse plus efficace et plus cohérente, ainsi qu'une efficience accrue dans la gestion des dépenses.

Leur mission consistera, en particulier, à organiser l'offre de santé sur tout le territoire, dans une perspective d'amélioration de l'accès aux soins et de l'état de santé de nos concitoyens.

Votre commission a eu raison de mieux mettre en perspective le niveau national et le niveau régional : nous avons besoin d'un pilotage national affirmé avec des contours et des pouvoirs clairs. Les dispositions adoptées en commission garantiront que les ARS disposent, à tout moment, d'instructions cohérentes, malgré la diversité des donneurs d'ordre.

Les membres du conseil de surveillance contribueront à la définition de la stratégie de l'agence. La composition du conseil de surveillance est fondée, en effet, sur une double volonté : volonté d'équilibre entre l'État et l'assurance maladie et, surtout, volonté d'ouverture à la démocratie sanitaire, à la démocratie politique, représentée par les élus locaux, à la démocratie sociale, représentée par les partenaires sociaux, et à la présence de représentants des usagers.

Dans la définition de la politique régionale de santé, les agences s'appuieront sur les conférences régionales de santé, lieu de concertation entre les agences et tous les acteurs régionaux, notamment les élus.

Sur un territoire de santé dont elle sera libre de définir le périmètre, l'agence régionale de santé pourra également constituer des conférences de territoire. Celles-ci permettront de conjuguer les expertises, en partageant avec les acteurs locaux les analyses précises des besoins existants et la définition des actions adaptées aux réalités concrètes des territoires.

Par ailleurs, la volonté d'ouverture et de dialogue avec les partenaires légitimes de l'agence se marque par une concertation étroite de l'ARS avec les unions régionales des professionnels de santé.

Les ARS contribueront à améliorer l'accès aux soins, qui est une priorité absolue : nous devons, collectivement, une réponse aux Français. Chacun doit pouvoir accéder à la même qualité de soins, quels que soient son lieu de vie ou ses moyens financiers.

Je soutiens notamment l'initiative tendant à instituer un devis obligatoire pour les prothèses dentaires, complémentaire de la politique de transparence tarifaire menée par le Gouvernement. Il convient d'aboutir au même équilibre que dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Je suis certaine que nous réussirons !

Puisque cette réforme se veut préventive, nous devons aussi nous donner les moyens de mieux organiser l'offre de soins, dans le respect de la liberté d'installation.

M. François Autain. Au détriment du patient !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous devons agir ensemble, en responsabilité, pour anticiper nos difficultés démographiques et pour nous organiser.

Je le dis d'emblée : les mesures proposées procèdent d'une logique de confiance tout autant que d'efficacité.

M. Guy Fischer. Et vous instaurez la contrainte !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous faisons le pari de la responsabilité, de l'implication de médecins libéraux, disposant d'un grand nombre d'atouts et investis au quotidien pour répondre aux besoins des patients.

M. René-Pierre Signé. Aux heures ouvrables !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. On n'a jamais, en effet, conduit de bonne politique de santé contre les professionnels de santé. (*M. Gilbert Barbier applaudit.*) Le temps du manichéisme stérile est dépassé : nous devons agir ensemble, dans l'intérêt de nos concitoyens.

Puisque 70 % des médecins s'installent dans la région où ils ont fait leurs études, il importe de former les médecins là où leur présence est la plus nécessaire. Ainsi, ce projet de loi prévoit que le *numerus clausus* de première année et la répartition des internes dans les régions au moment de l'examen national classant se fassent non plus à la discrétion de quelques-uns, mais en fonction des besoins constatés de la population et de l'état de l'offre de soins en ville et à l'hôpital.

M. Adrien Gouteyron. Très bien ! C'était nécessaire !

M. Jacques Blanc. Tout à fait !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sur ce point, les internes et les étudiants eux-mêmes ont témoigné un profond sens des responsabilités. Je les en remercie.

Votre rapporteur a souhaité corriger une incohérence qui voulait que les étudiants français diplômés d'un second cycle dans un des pays de l'Union européenne ne puissent pas se présenter à l'examen national classant. Je me félicite d'une telle initiative, qui remédie à une situation inégalitaire et nous évite ainsi des contentieux communautaires.

La proposition de Marie-Thérèse Hermange concernant le mi-temps thérapeutique des internes a également retenu toute mon attention : c'est une mesure de justice.

M. Paul Blanc. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Dans le domaine de la formation, je veux encourager le développement professionnel continu, que nous devons mettre en place avec un réel pragmatisme.

Pour les médecins, votre rapporteur a jeté les bases d'un véritable dispositif de validation des acquis de l'expérience, qui coordonne utilement l'université et l'ordre des médecins. Cette mesure est importante : je veillerai à ce qu'elle se mette en place au plus vite et dans le respect des prérogatives de chacun.

Pour les professionnels de santé, je souhaite que les formations puissent légitimement être intégrées au schéma européen licence-maîtrise-doctorat, ou LMD. Cette démarche trouvera à s'appliquer dès cette année pour les infirmières. Les échanges en commission ont également démontré notre volonté commune d'avancer rapidement sur la « masterisation » de la formation des sages-femmes. (*Mmes Gisèle Printz et Raymonde Le Texier approuvent.*) Je présenterai un amendement en ce sens.

Mme Isabelle Debré. Très bien !

M. Adrien Gouteyron. Oui, très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'évolution des métiers et leur modernisation nous permettront de mieux répondre aux besoins de nos concitoyens. Parallèlement, il

s'agit de définir un schéma d'aménagement de l'offre de soins de premier recours sur l'ensemble du territoire, et pas uniquement dans les zones en difficulté.

Les professionnels de santé et les élus contribueront à la définition de ce schéma par l'ARS, schéma ambulatoire qui viendra compléter le schéma hospitalier, le schéma de prévention et le schéma médico-social. Là encore, il s'agit d'unifier sans contraindre. Bien entendu, le schéma régional d'organisation sanitaire, le SROS, n'entrave en rien le dispositif du médecin traitant, qu'il n'est pas question d'affaiblir ou de remettre en cause.

Enfin, pour améliorer l'accès de nos concitoyens à des soins de qualité, les coopérations entre professionnels de santé au niveau local doivent être renforcées.

Le texte tend à moderniser les ordres professionnels et nous avons eu de nombreux échanges en commission à ce sujet. Je vous proposerai des ajustements aux dispositions sur les réformes des ordres médicaux et paramédicaux. Ces instances sont des rouages essentiels dans notre système de santé ; elles auront un rôle important à jouer dans la mise en place des coopérations. Je me réjouis que vous participiez activement à l'optimisation de leur fonctionnement.

Dans le même esprit, je veux saluer aussi les travaux de la commission concernant les pharmaciens d'officine. (*Ah ! sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Les défis sociaux, économiques et démographiques qui se présentent nous imposent de faire évoluer les pratiques et d'instaurer des modes de prise en charge différents.

Je suis attachée à ce que les coopérations soient mises en œuvre à partir du terrain, entre des professionnels de santé volontaires qui y trouvent un intérêt pour mieux prendre en charge leurs patients.

Les maisons de santé ou pôles de santé ont largement fait leurs preuves. Même dans les zones les moins dotées, les maisons de santé n'ont aucun problème de recrutement. Nous devons diffuser ces expériences concrètes réussies par les professionnels au bénéfice de tous.

Enfin, destiné à inciter les médecins à pratiquer dans les zones déficitaires en médecins,...

M. René-Pierre Signé. Et les dispensaires ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... au cas où les mesures d'organisation s'avèreraient insuffisantes, le contrat santé solidarité tel qu'il est défini dans la « petite loi » marque un point d'équilibre entre les exigences des professionnels et les attentes de nos concitoyens. J'y suis particulièrement attachée, et je souhaite que ce point puisse être réexaminé.

Je n'ai jamais pensé, contrairement à certains, que c'est en réduisant la liberté et l'indépendance des médecins que l'on améliorera l'accès aux soins.

Cela étant, il appartient aux médecins de s'approprier, en conscience, avec audace et responsabilité, le vaste espace de liberté que leur ouvre ce projet de loi.

M. René-Pierre Signé. Et le serment d'Hippocrate ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous devons ensemble mieux répondre aux besoins des Français. C'est notre responsabilité.

La réforme de la biologie médicale s'inscrit dans ces grandes orientations.

Cette réforme structurelle, profonde, est impérative et urgente.

Permettre à chacun d'avoir accès à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix est, en effet, un objectif que nous ne pouvons ignorer plus longtemps.

Peut-on laisser des défauts de fiabilité perdurer, alors que le diagnostic et les décisions thérapeutiques dépendent de cette étape cruciale du parcours de soins ?

Ce projet de loi fait, pour la biologie, le choix de la médicalisation et de l'amélioration du maillage territorial, dans l'intérêt du patient.

Pour mieux répondre aux besoins de nos concitoyens, la réforme de notre système hospitalier procède d'une logique similaire, puisqu'elle vise à mieux adapter l'hôpital aux situations réelles.

Il est impératif, en ce sens, de moderniser notre hôpital.

Que n'ai-je pas entendu sur la gouvernance des hôpitaux ? (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. François Autain. Et nous donc !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, gouverner, ce n'est pas se mêler de tout. Non, gouverner, ce n'est pas harceler. Non, gouverner, ce n'est pas caporaliser.

M. François Autain. Gouverner, c'est prévoir, et rien n'est prévu !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Gouverner, c'est donner les moyens d'atteindre ses objectifs, c'est donner les moyens de prendre des décisions positives. C'est identifier les responsabilités.

Je fais confiance aux ressources humaines de ce corps vivant qu'est l'hôpital public, aux professionnels de santé et aux directeurs. Je veux donner aux soignants, médecins ou paramédicaux, aux cadres, aux personnels administratifs et médico-techniques les moyens de porter haut les valeurs de l'hôpital public.

M. François Autain. On en reparlera !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je le dis très clairement : tous les services doivent être unis autour d'une même cause, la qualité et la sécurité des soins.

Certains voudraient faire porter à ce texte des responsabilités qui ne sont pas les siennes. Ils se trompent de combat, car, ce qu'ils dénoncent, en réalité, c'est la situation actuelle.

M. René-Pierre Signé. La direction collégiale ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Certains voudraient faire croire que ce projet prive les médecins de pouvoir ; c'est le contraire !

M. René-Pierre Signé. Mais non, ils n'auront aucun pouvoir !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Entendons-nous bien : en plaçant le président de la commission médicale d'établissement, la CME, dans une position déterminante au sein de l'exécutif, le projet de loi renforce le projet médical, qui, bien entendu, sera élaboré par le président de la CME, avec le directeur. Ce projet médical sera d'ailleurs, grâce au texte adopté par la commission des affaires sociales, approuvé par le directoire, composé majoritairement de médecins.

De la même manière que l'on ne peut pas opposer organisation et financement, on ne peut pas opposer soin et administration de l'hôpital. (*M. le président de la commission des affaires sociales acquiesce.*) Sortons, une bonne fois pour toutes, de cette opposition absurde entre administration et médecine...

M. René-Pierre Signé. C'est l'administration qui commande!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... que certains agitent en laissant penser que l'un pourrait fonctionner sans l'autre.

Rien n'est moins vrai : comme l'ensemble du corps médical et des soignants, l'administration est d'abord, elle aussi, au service des soins.

L'acte de soin est un acte d'équipe, qui engage toute la communauté hospitalière.

Si l'hôpital a bien un directeur, qui est un homme ou une femme de gestion, mais aussi un homme ou une femme de santé publique...

M. François Autain. Ou du secteur privé!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... et de synthèse - personne d'ailleurs ne conteste la nécessité d'un responsable pour l'hôpital -, il est un service public relevant de l'ensemble de la communauté hospitalière.

Ainsi, j'entends que soit mise en place une gouvernance unie, rassemblée, soudée, autour d'un projet médical, au bénéfice des patients.

Nous devons construire l'hôpital de demain et cela passe par une appropriation du texte soucieuse des responsabilités de chacun. Vous le savez mieux que quiconque, pouvoir et responsabilité vont de pair.

M. René-Pierre Signé. Donc, on a intérêt à rester bien portants!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sur cette question de la gouvernance, j'ai volontairement privilégié à l'origine un texte limité, preuve de ma confiance dans la richesse des débats. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Jean-Louis Carrère. Plus riches que le projet du Gouvernement!

M. François Autain. On aura tout entendu!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce choix a pu susciter des inquiétudes. (*Nouvelles exclamations sur les mêmes travées.*)

Je veux vous rassurer : je ne doute pas un seul instant que nous parviendrons à une décision équilibrée, sans dénaturer la règle d'un fonctionnement qui respecte chacun dans ses prérogatives.

J'ai exprimé mon ouverture à des évolutions du texte sur la gouvernance et la commission des affaires sociales a également amendé le texte. La discussion nous permettra, j'en suis convaincue, de parvenir à un équilibre satisfaisant pour tout le monde.

Il ne faut pas confondre indépendance de la décision médicale et individualisme.

Croyez-vous vraiment que le directeur, homme de santé publique,...

M. Guy Fischer. Ce ne sera plus un homme de santé publique!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... ne se préoccupe pas du soin (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) et que le médecin ne se soucie pas de l'avenir de son établissement, et donc de sa pérennité financière?

Des directeurs et des présidents de CME, j'en ai rencontré beaucoup.

M. François Autain. Des directeurs de supermarché essentiellement!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai vu combien ils étaient souvent solidaires, unis dans la même volonté que leur hôpital progresse,

M. René-Pierre Signé. Ce sont des fonctionnaires de passage!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... que leur hôpital réponde au mieux aux besoins et aux attentes des patients.

M. François Autain. C'est n'importe quoi!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je les ai vus, je les ai entendus, et je ne peux pas faire mine de l'oublier.

Parce que l'hôpital est un corps vivant...

M. François Autain. Turbulent, même!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... et que cette réforme devra être mise en œuvre par une communauté, nous devons ensemble nous assurer de l'apaisement et de relations pacifiées, au sein d'une gouvernance unie.

M. François Autain. C'est très mal parti!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai manifesté clairement mes intentions en décidant des gestes forts vis-à-vis de la communauté médicale : rappeler dans le texte l'existence des services hospitaliers, qui structurent l'activité d'enseignement et les spécialités ; nommer les chefs de pôle sur proposition du président de la CME, afin de manifester leur légitimité auprès de l'ensemble de la communauté médicale, tout en s'assurant d'une procédure de déblocage pour préserver les prérogatives du directeur ; faire élaborer le projet médical par le président de la CME, même si cet exercice, qui engage l'ensemble de l'hôpital, doit être fait avec le directeur ; faire approuver le projet médical par le directoire, composé d'une majorité médicale.

Le président de la CME est élu par ses pairs. Il représente l'autorité morale médicale de l'hôpital. Je souhaite que son avis soit obligatoirement recueilli pour toutes les décisions concernant les médecins.

Mais ne serait-il pas extrêmement difficile pour lui de garantir l'indépendance de ses décisions s'il devait nommer seul et directement les confrères qui l'ont élu?

Et comment rendre, ensuite, le directeur responsable de la gestion de son établissement s'il n'a pas pris, *in fine*, les décisions correspondantes?

C'est cette ligne de partage qu'il nous faut préciser, pour construire une gouvernance unie et renouvelée, donnant au président de la CME comme au directeur la plénitude de leurs attributions et leur offrant les conditions qui leur permettent de participer ensemble au développement de leur hôpital.

En cas de conflits - ils sont toujours possibles, même s'ils sont heureusement rares (*M. le président de la commission des affaires sociales le confirme*) -, les avis écrits du président de la

CME seront les témoins de ses positions et, à tout moment, le conseil de surveillance pourra les consulter et demander, s'il le souhaite, des explications au directeur.

Le directeur devra assumer toutes ses responsabilités devant le conseil de surveillance, pour que celui-ci exerce son pouvoir de contrôle. À qui demandera-t-il des comptes s'il ne peut identifier quelqu'un pour les assumer ?

Ne recréons pas les situations de blocage dont notre système de santé a trop longtemps pâti.

M. René-Pierre Signé. Et le malade, dans tout cela ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ne privons pas l'hôpital de cette occasion de clarification.

Notre débat sera fructueux, j'en suis certaine, sur ce sujet fondamental pour l'avenir de notre hôpital public.

Réformer l'hôpital, c'est aussi mieux prendre en compte la gradation des besoins et y répondre par une gradation des structures.

Dans une logique de gradation des soins et de complémentarités, les communautés hospitalières de territoire offriront la garantie d'une offre cohérente, bien visible et adaptée aux besoins de santé sur chaque territoire.

À aucun moment je ne l'oublie : les hôpitaux de proximité sont un maillon essentiel de l'offre de soins. Ces coopérations renforcées entre établissements leur redonneront toute leur place.

La commission des affaires sociales a exprimé des inquiétudes fortes à ce sujet ; le débat sera l'occasion de préciser les choses, pour lever définitivement ces inquiétudes et aboutir à une solution qui pourra convenir à tout le monde. Là aussi, j'ai des propositions à vous faire.

Je veux vous redire que mon objectif, en créant les communautés hospitalières de territoire, n'est pas de donner naissance à des « mastodontes régionaux » ; il est de renforcer les complémentarités entre établissements de taille moyenne, pour une activité totale MCO – médecine, chirurgie, obstétrique - de l'ordre de 400 à 600 lits.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je sais votre attachement à des regroupements qui fassent sens. Je vous proposerai donc de modifier le texte issu de votre commission pour prévoir que les conseils de surveillance pourront s'opposer à l'adhésion à des communautés hospitalières de territoire, CHT, comprenant un centre hospitalier et universitaire, CHU. En revanche, je vous proposerai de maintenir la capacité d'initiative du directoire dans les autres cas.

Ces communautés doivent ressortir au volontariat de tous, sinon elles ne pourront pas produire leur plein effet.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Votre commission a proposé des amendements en ce sens. J'y suis favorable, même si je pense qu'il faut préserver la capacité d'initiative de l'agence régionale de santé – nous en sommes convenus - en cas de situations critiques en matière de qualité des soins ou de finances. Ce sont d'ailleurs les mêmes conditions qui permettent aujourd'hui aux agences régionales de l'hospitalisation de prononcer des fusions d'établissements. Elles le font peu,...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Dans deux cas seulement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... mais cette possibilité permet de débloquent des situations très dégradées.

Je veux aussi m'efforcer de lever des difficultés soulevées par la notion « d'établissement siège ».

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ah !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Si le Gouvernement a souhaité introduire cette notion, c'est uniquement pour éviter de devoir créer systématiquement une nouvelle structure « chapeautant » l'ensemble des établissements de la CHT.

Le texte prévoyait d'ailleurs que la gouvernance des établissements siège relèverait des établissements composant la CHT, qu'il s'agisse du directoire ou du conseil de surveillance.

À ce titre, je salue la clarification de votre commission, qui a modifié le mode de nomination des directeurs dans une CHT. Maintenir cette nomination dans le droit commun évitera les craintes, qui seraient au demeurant infondées, d'une « mainmise » de l'établissement siège sur tous les autres établissements de la CHT.

Pour autant, si nous ne développons pas les conditions d'un rapprochement harmonieux et structuré par une direction respectueuse de chacun des établissements de la communauté, nous ne tirerons pas les pleins bénéfices du dispositif des CHT.

J'en suis convaincue, des hôpitaux mieux adaptés sont aussi des hôpitaux plus sûrs. Nous ne pouvons pas nous permettre de passer à côté de l'occasion historique qui nous est offerte de faciliter les coopérations entre établissements de santé pour améliorer à la fois la qualité du service rendu à nos concitoyens et l'efficacité de leur fonctionnement.

Doit-on condamner, en effet, certains de nos concitoyens à des soins de qualité discutable, pour des pathologies parfois graves, au nom de la proximité ? Je ne le crois pas.

C'est la raison pour laquelle je souhaite que certains hôpitaux convertissent ou fassent évoluer certaines de leurs activités.

La modernisation de nos structures aura ainsi pour effet de consolider la réputation d'excellence de notre système hospitalier.

Mieux adapter l'hôpital, c'est aussi mieux prendre en compte l'évolution des parcours de soins.

Les soins et hospitalisations à domicile se développent, la population âgée en maisons de retraite et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est de plus en plus nombreuse. Il est donc impératif de faciliter les transferts par un décloisonnement de notre système de santé.

J'entends renforcer le dialogue entre l'hôpital, le secteur ambulatoire et le secteur médico-social.

Une meilleure continuité des soins sera ainsi assurée.

En ce sens, la commission des affaires sociales a formalisé la nécessaire coordination qui doit exister entre les professionnels libéraux et leurs confrères hospitaliers lors de l'hospitalisation des patients.

M. Jean-Pierre Fourcade. C'est essentiel !

Mme Isabelle Debré. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour conclure sur notre système hospitalier, je veux dire un mot de la mission que le Président de la République a confiée au professeur Marescaux, qui a remis officiellement son rapport hier. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. François Autain. Ah ! Enfin !

M. Guy Fischer. Il fallait commencer par là !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour avoir beaucoup travaillé avec le professeur Marescaux et les experts qui l'entourent, j'avais d'ailleurs été en mesure de vous dévoiler largement, et en avant-première, ses orientations. Vous n'avez donc pas été surpris de ses propositions.

Le sujet de la recherche et de l'enseignement dans les CHU est vital pour notre pays.

La recherche et l'enseignement doivent, au sein des CHU, être plus visibles et mieux financés. Il ne faut pas hésiter à le dire, car ce n'est qu'à cette condition que nous pourrions rester au plus haut niveau mondial dans ces domaines. Certains CHU ont d'ailleurs beaucoup travaillé en ce sens, notamment celui de Lille, qui diffuse les résultats d'allocation des MERRI, les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, à tous les chefs de pôle.

Le Gouvernement a donc été très attentif aux conclusions de la mission de M. Marescaux. À cet effet, il a déposé deux amendements, qui ont été adoptés par la commission. Ils visent à ajuster la gouvernance des CHU pour mieux prendre en compte leur triple mission de soin, de recherche et d'enseignement. Il s'agit, d'une part, d'associer le ministre de la recherche et de l'enseignement supérieur à la nomination des directeurs généraux de CHU et, d'autre part, de prévoir, outre le président de la CME – il reste le vice-président du directoire comme pour les autres hôpitaux –, deux autres vice-présidents, le doyen de la faculté de médecine et un autre chargé de la recherche.

Je souhaite que nous ayons un débat approfondi sur ces sujets et je proposerai de nouveaux amendements centrés sur la valorisation des conventions hospitalo-universitaires.

M. François Autain. Quand disposerons-nous de ces amendements ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je ne doute pas que les conclusions du rapport Marescaux recueilleront un large consensus.

À l'inverse, si cette valorisation de la dimension hospitalo-universitaire des CHU est indispensable, elle ne doit pas occulter la nature hospitalière de ces derniers. C'est pourquoi je réaffirmerai mon attachement à ce que, dans les CHU, au moins l'un des membres du directoire soit un praticien hospitalier. Les praticiens doivent pouvoir prétendre être chefs de pôle, lesquels pôles pourraient désormais être qualifiés d'« hospitalo-universitaires ». La rédaction du rapport Marescaux pouvait laisser penser que les praticiens hospitaliers auraient pu être exclus de ces fonctions : je le dis clairement, ce n'est pas mon intention.

M. Michel Mercier. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous devons pour cela améliorer, comme le suggère le professeur Marescaux dans son rapport, la participation de tous aux trois missions des CHU.

Enfin, ce projet de loi, prospectif et responsable, est aussi consacré à la prévention, qui, avec la thématique de la santé publique, inspire tout le texte : il s'agit non seulement de la politique de prévention, si essentielle et trop souvent oubliée, mais également de la prévention des difficultés futures de notre système de santé.

Notre politique de prévention ne se réduit évidemment pas à ce projet de loi. Pour accompagner la loi et la compléter, un travail de fond est mené, qui s'appuie sur la mobilisation de tous les acteurs concernés et sur des mesures et des programmes nationaux.

Le texte « Hôpital, patients, santé et territoires » n'a bien sûr pas vocation à être une loi de santé publique. Cette dernière, qui existe déjà, est actuellement en cours d'évaluation ; nous aurons l'occasion d'en débattre lors de sa révision, en 2010.

Cela étant, dans le cadre de ce projet de loi, j'ai tenu à proposer quelques mesures importantes, emblématiques, pour protéger les populations les plus vulnérables, singulièrement les personnes malades et les jeunes.

Mesdames, messieurs les sénateurs, améliorer l'état de santé de nos concitoyens et, de ce fait, les aider à préserver, le plus longtemps possible, leur autonomie est un impératif essentiel.

Vous connaissez le poids croissant des maladies chroniques, qui concernent plus d'un Français sur cinq.

L'éducation thérapeutique du patient doit être développée afin de lui permettre de mieux comprendre sa pathologie et de devenir un véritable acteur de sa santé. Cela permettra d'améliorer sa qualité de vie, de stabiliser sa maladie et de réduire les complications. À ce propos, je veux d'ailleurs saluer la mobilisation des associations de patients, tout particulièrement du Collectif interassociatif sur la santé, qui a participé au débat et beaucoup apporté sur le plan conceptuel.

M. Guy Fischer. Oui, parlons-en !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent trouver toute leur place dans le parcours de soins des malades. Cette mesure consacre le franchissement d'une nouvelle étape dans la relation du patient et de son entourage avec les professionnels de santé et les associations de malades.

Certes, de nombreuses initiatives existent d'ores et déjà sur le terrain. Nous devons nous en inspirer, les structurer et assurer leur développement dans des conditions permettant de fournir à la fois qualité et proximité.

Pour offrir à nos concitoyens une prévention réellement efficace, nous devons aussi agir en amont, avant l'apparition de la maladie.

Le tabac et l'alcool ont clairement été identifiés comme facteurs de risques. Nous savons qu'il s'agit là des premières causes de mortalité évitable. En particulier, il est impératif de protéger les plus jeunes, qui sont aussi les plus vulnérables. La consommation d'alcool chez les jeunes est, en effet, en constante augmentation.

Par ailleurs, nous sommes aujourd'hui confrontés à un changement radical des modes de consommation, avec une hausse importante des ivresses alcooliques. La proportion de jeunes hospitalisés pour ivresse aiguë a bondi de 50 % chez les 15-24 ans entre 2003 et 2007.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous savez le lourd tribut que les jeunes continuent de payer sur les routes. Les 15-24 ans représentent 12,6 % de la population, mais

25,6 % des personnes tuées sur la route en 2007. Chaque semaine, en France, 25 jeunes perdent la vie dans un accident de la route, ce qui représente 41 % des causes de décès chez les garçons de 15 à 19 ans. (*Marques d'approbation de M. le président de la commission des affaires sociales.*)

Nous devons garder à l'esprit qu'il est de la responsabilité des pouvoirs publics de protéger la santé de nos concitoyens, en particulier des plus fragiles.

Lors de la discussion du texte à l'Assemblée nationale, les députés se sont saisis de la question avec un indéniable sens des responsabilités, qui, je le sais, est aussi le vôtre. La vente ou la distribution gratuite d'alcool aux mineurs, ainsi que les *open bars* ont été interdits, tandis que les fêtes traditionnelles et les dégustations, qui n'ont d'ailleurs jamais été menacées, ont été préservées.

C'est un compromis équilibré et consensuel, qui conjugue les enjeux économiques et commerciaux avec les impératifs de sécurité routière et de santé publique. Les débats permettront de trancher, mais, en tout état de cause, l'équilibre initial, acquis de haute lutte, doit être, selon moi, préservé.

Comme les députés, vous avez souhaité ajouter à ce texte des mesures de santé environnementale. Je pense notamment à la protection des personnes dans leur logement, avec l'interdiction du radon et de l'amiante. Je m'en réjouis d'autant plus qu'elles viendront renforcer la politique de santé publique en matière de lutte contre le cancer.

Si la nutrition ne figurait pas à l'origine dans mon projet de loi, les débats à l'Assemblée nationale ont confirmé combien elle constitue une préoccupation quotidienne de la population, en particulier de celle qui est la plus en difficulté.

Je remercie ceux qui ont participé à ces échanges d'avoir su mettre cet enjeu majeur de santé publique au cœur du débat citoyen.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous l'aurez compris, c'est bien le patient, non pas abstrait, mais incarné et concrètement situé, qui est au cœur de nos préoccupations.

C'est bien la philosophie du pacte de 1945 qui inspire tous les choix d'une telle réforme.

M. René Teulade. Ce n'est pas vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Rappeler les exigences de solidarité et de justice est non seulement utile, mais également indispensable.

Faut-il rappeler que ces principes fondamentaux sont mis en péril par les cloisonnements de notre système ou par les déserts médicaux ? C'est une évidence.

Pour autant, ces vieux refrains ne doivent pas rester de vaines incantations, coupées de toute réalisation concrète, pragmatique et efficace. Cette santé durable et solidaire que nous appelons de nos vœux dépend de notre action commune, de notre implication collective.

Je le répète, le *statu quo* n'est pas possible.

Le débat que nous engageons aujourd'hui déterminera en grande partie l'avenir de notre système de santé. Si la santé ne fait pas partie, à proprement parler, des fonctions régaliennes de l'État, elle constitue à n'en pas douter une préoccupation majeure de nos sociétés, nous ne devons jamais l'oublier.

Pour ma part, j'entre dans ce débat avec gravité, consciente de la responsabilité qui est la mienne, et qui est aussi la vôtre, mesdames, messieurs les sénateurs. Évitions les caricatures et

les raccourcis, dissipons tout malentendu qui pourrait subsister. Œuvrons résolument ensemble, comme nos concitoyens le souhaitent, à la recherche d'un texte équilibré et harmonieux.

Mais j'entre aussi dans ce débat avec conviction et enthousiasme, persuadée que cette réforme saura donner corps, de manière pérenne, à notre ambition partagée, celle d'un patrimoine commun consolidé. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. Monsieur le président, madame la ministre, chère Roselyne (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG*), mesdames, messieurs les sénateurs, étant chargée du volet médico-social de ce projet de loi, aux côtés de la ministre de la santé et des sports, mon intervention portera uniquement sur le titre IV de ce texte, qui crée les agences régionales de santé.

Ce titre IV, pilier majeur de la réorganisation de notre système sanitaire et médico-social, engage, avec l'article 28, une réforme profonde de la création et du financement des établissements médico-sociaux.

La réforme qui vous est soumise est véritablement fondamentale pour l'ensemble des établissements et services accueillant des personnes âgées et handicapées.

Dans les prochaines années, notre pays devra faire face aux enjeux du vieillissement de sa population. Si, comme nous nous en réjouissons, l'espérance de vie en bonne santé ne cesse d'augmenter, l'accroissement du nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée va constituer un défi majeur pour notre société.

À cela viennent s'ajouter les attentes de plus en plus grandes des personnes concernées et de leurs familles pour une amélioration de la prise en charge non seulement de la dépendance, mais aussi du handicap. Je citerai notamment le souhait d'une nouvelle approche concernant la prise en charge de l'autisme. Nous devons aux Français concernés de nous battre pour leur apporter des solutions de qualité, respectueuses de leur dignité et de leur volonté d'autonomie.

Pour cela, il faut bien opérer des découplages entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette évolution ne pourra pas s'accomplir sans une adaptation de ce dernier à ces nouvelles attentes et à ces besoins accrus. Disposer d'outils plus performants pour répondre à cette demande pressante est impératif.

Voilà pourquoi ce projet de loi est tout aussi fondateur pour le monde médico-social que pour le monde hospitalier. Il faut d'ailleurs cesser de penser que ce secteur, parce qu'il est éclaté en de multiples structures, serait un « poids léger » de la réforme.

En effet, le secteur médico-social représente une dépense de 18 milliards d'euros par an. Il concerne 30 000 établissements répartis sur tout le territoire, qui représentent un million de places, et emploie plus de 700 000 personnes, 410 000 dans le champ de la dépendance et 310 000 dans celui du handicap.

Mesdames, messieurs les sénateurs, ce secteur représente aussi, vous le savez, un gisement d'emplois pérennes et non délocalisables. En ce début d'année 2009, c'est même le seul à avoir embauché plus que l'an dernier à la même époque.

Notre défi est de rendre ses métiers attractifs et de les ouvrir pour assurer à tous ses salariés des perspectives de formation et de carrière intéressantes.

Avant d'aborder le dispositif tel qu'il ressort du texte de la commission, je voudrais remercier M. le rapporteur de l'attention qu'il a portée dans ses travaux préparatoires au secteur médico-social et pour le soin qu'il a pris à conforter les avancées obtenues lors du débat à l'Assemblée nationale.

Je ne peux que me réjouir de la volonté exprimée de concert par M. le rapporteur et par M. le président de la commission des affaires sociales de donner à la discussion du titre IV tout le temps et toute l'attention nécessaires, car, les débats en commission l'ont montré, il constitue à l'évidence un temps fort du projet de loi.

Avec Brice Hortefeux, je voudrais d'ailleurs aller tout à fait dans le sens des propos tenus par Roselyne Bachelot-Narquin et vous confirmer que cette réforme se fera, en ce qui concerne le secteur médico-social, en retenant les trois lignes forces suivantes.

Il s'agit, d'abord, de la pleine prise en compte des enjeux médico-sociaux dans les politiques conduites par l'agence, puisqu'ils figureront au même rang que les enjeux sanitaires.

Il s'agit, ensuite, de la pleine association des intervenants de ce secteur – associations et collectivité locales – à la définition des priorités de la politique régionale de santé et à ses conditions de mise en œuvre.

Il s'agit, enfin, de la garantie des moyens financiers adéquats par la mise en œuvre effective de ce qu'on appelle la fongibilité asymétrique.

Vous l'avez compris, le projet de création des ARS, loin de ne constituer qu'une simple réforme administrative, est bien une révolution culturelle, si vous me permettez l'expression. Il faut passer d'une administration centrée sur la santé, entendue comme la prise en charge des soins aigus et de la maladie, à un service public qui impulse une conception globale de la santé, envisagée, selon la définition de l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé, comme un état de complet bien-être physique et mental. À ce titre, l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie sera bien, tout comme la prévention, au cœur du projet des ARS.

Comme j'ai eu l'occasion de le dire devant les représentants des différents acteurs de ces secteurs, les ARS sont une chance pour le médico-social. Cela suppose, bien sûr, de préserver les acquis de ce secteur, notamment la prise en charge globale et personnalisée et la place privilégiée des usagers et associations.

Telle est justement l'intention du Gouvernement, dont je veux vous faire partager la conviction. L'ARS, c'est non pas la domination d'un secteur sur un autre, mais justement l'addition de toutes les forces pour assurer la cohérence des actions en matière de santé, qu'il s'agisse de prévention, de soins aigus ou d'accompagnement au long cours des personnes en perte d'autonomie.

La création des ARS constitue un cadre nouveau pour le secteur médico-social et un changement culturel important. C'est notamment le cas avec la mise en place d'une procédure d'appel à projets. C'est le cas également, pour ce qui a trait à la définition collective et transversale des besoins, avec le projet régional de santé et le schéma régional d'organisation médico-sociale. Ce que nous avons voulu, c'est un système de soins décloisonné, mais où la spécificité du médico-social reste garantie.

La discussion du projet de loi à l'Assemblée nationale a permis de faire considérablement progresser le texte. Je rappellerai simplement ici les quatre points les plus fondamentaux.

En premier lieu, après la lecture à l'Assemblée nationale, la place de l'utilisateur est désormais garantie dans toutes les instances de gouvernance de l'agence régionale de santé : le conseil de surveillance, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les commissions spécialisées et les commissions d'appel à projets. C'était essentiel pour ce secteur, car, en particulier dans le monde du handicap, les usagers, les associations et les familles ne peuvent pas être dans la même relation à l'institution que le patient face au médecin ou à l'hôpital. Nous avons été très vigilants sur ce point.

En deuxième lieu, le projet de loi a été complété pour garantir au secteur médico-social un financement pérenne et croissant afin de répondre à l'importance des besoins à venir grâce au mécanisme de la fongibilité asymétrique.

Par ce dispositif, complété à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a voulu non seulement garantir que les moyens de l'ONDAM médico-social resteront dédiés exclusivement aux établissements et services médico-sociaux, mais aussi s'assurer que, lorsque des restructurations hospitalières se traduiront par un développement de l'offre médico-sociale, les crédits nécessaires à cette nouvelle offre seront bien transférés. Ce dispositif, vous l'aurez compris, est crucial pour nous permettre de faire face à la montée des besoins.

En troisième lieu, toujours pour faire face aux besoins nouveaux, il nous faut ouvrir plus rapidement et efficacement de nouvelles structures. C'est l'objectif de la réforme des CROSMS, les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale.

La nouvelle procédure d'appel à projets sera plus simple. Elle accordera d'emblée autorisation et financement. Ainsi, le décalage important que l'on peut constater aujourd'hui entre l'autorisation technique et le financement « sonnante et trébuchant », et donc le démarrage des travaux, n'existera plus. Cela mettra fin aux listes d'attente actuelles qui font qu'un promoteur peut rester des années sans savoir si son projet répond aux besoins prioritaires et s'il sera réellement financé.

Cette procédure nouvelle fera une place particulière aux projets innovants et permettra donc de maintenir la capacité des acteurs de terrain à faire remonter les initiatives les plus intéressantes.

Enfin, en quatrième lieu, la prise en charge du handicap et de la dépendance implique en général très fortement l'entourage de la personne âgée ou de la personne handicapée. Cela doit nous conduire à nous préoccuper du soutien aux aidants familiaux. Le projet de loi prévoit désormais le financement de la formation des aidants et des accueillants familiaux. Cette mesure nécessitait en effet une intervention législative.

Quand la maladie d'Alzheimer survient, les familles sont trop souvent démunies.

M. Charles Revet. C'est vrai !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Il est donc primordial que les aidants – conjoints, enfants ou parents – soient formés afin de pouvoir faire face aux conséquences de cette maladie dans de meilleures conditions. C'est un axe fort du plan Alzheimer voulu par le Président de la République. Il s'agit par là même de répondre aussi à une demande très forte

des personnes, qui souhaitent pouvoir rester à leur domicile le plus longtemps possible, souhait qui est d'ailleurs partagé par les familles.

Ce choix sera d'autant mieux assumé que les proches seront soutenus pour leur éviter les situations d'isolement et d'épuisement que l'on constate malheureusement encore trop souvent.

Mesdames, messieurs les sénateurs, les avancées obtenues à l'Assemblée nationale dans le champ médico-social ont encore été confortées lors de l'examen du texte par votre commission des affaires sociales, la semaine dernière. Sous l'impulsion de votre rapporteur ainsi que de Mme Desmarescaux, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour le secteur médico-social, de nouvelles précisions ont été apportées.

Je citerai pour mémoire les avancées en matière d'évaluation et de certification des établissements et services médico-sociaux, ou ESMS, la prise en compte des objectifs de qualité dans la signature des contrats d'objectifs et de moyens, l'amélioration du fonctionnement des groupements de coopération dans le secteur médico-social, la clarification des règles pendant la période de transition entre le dispositif actuel et la montée en puissance des commissions d'appel à projets.

Je suis consciente que certaines associations ont encore des craintes, qui peuvent transparaître dans les amendements que nous aurons l'occasion d'examiner en séance publique. Les collectivités territoriales, qui sont nos partenaires naturels dans ce champ, ont, elles aussi, exprimé la demande d'être davantage associées au processus de planification, d'autorisation et de financement des ESMS.

M. Guy Fischer. Eh oui !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Toutefois, en ce qui concerne la définition du rôle des uns et des autres - je pense en particulier aux départements -, le Gouvernement aura une limite, celle fixée par le calendrier de la réforme territoriale initiée par le comité Balladur. Cela nous imposera de ne pas préempter prématurément des questions qui relèvent de l'équilibre général de la décentralisation, que ce texte n'a pas vocation à remettre en cause.

Nous aurons, au cours de nos débats, l'occasion d'évoquer ensemble les points qui méritent encore des explications et ceux qui appelleront des garanties, notamment au moment où s'élaboreront les décrets d'application.

Pour tout ce qui ne relève pas du domaine législatif, à savoir la partie réglementaire du dispositif, je serai naturellement attentive à ce que les problématiques médico-sociales soient systématiquement prises en compte. Je souhaite également confirmer que nous consulterons largement le monde des personnes âgées et des personnes handicapées au moment de la sortie des décrets afin que cette concertation s'exerce véritablement à tous les moments : de l'élaboration de la loi, jusque dans son application.

Cette sensibilité aux problématiques médico-sociales devra en particulier transparaître dans le recrutement des directeurs des agences régionales de santé et dans l'organisation de leurs équipes. C'est un point sur lequel je sais que votre commission sera vigilante. Nous aurons bien sûr à cœur, Mme Roselyne Bachelot-Narquin et moi-même, d'y être attentives.

Malgré les préoccupations exprimées ici et là, je crois que, dans le champ médico-social, le projet de loi a atteint une maturité qui permet non seulement de préserver les équilibres, mais également d'aller de l'avant.

Une fois passée la phase législative, viendra la préparation des textes réglementaires. Il s'agira alors d'apporter les garanties nécessaires en termes de représentation des différents acteurs et de possibilités laissées aux promoteurs de proposer des projets innovants.

Décloisonner, assurer la participation de tous les acteurs à une programmation coordonnée, rendre plus rapides et plus efficaces les procédures de créations de places, à mes yeux, la mise en œuvre des ARS apporte des réponses à ces problèmes pour peu que nous sachions faire vivre ce projet et que la volonté de participation des acteurs l'emporte sur l'inquiétude et l'appréhension du changement. Plus que dans aucun autre secteur, le partenariat est déterminant en matière médico-sociale.

Afin d'assurer la continuité de la prise en compte de la proximité, le projet de loi prévoit des délégations territoriales de l'ARS dans chaque département. Les délégations départementales disposeront d'un mandat pour mettre en œuvre la stratégie de l'agence. Elles auront donc la capacité, dans le cadre de ce mandat, d'être de véritables interlocuteurs sur le plan local pour le préfet et les différents partenaires de l'agence régionale de santé.

Vous le voyez, le Gouvernement a été soucieux d'élaborer un cadre nouveau qui puisse assurer une mise en œuvre cohérente des évolutions de notre système de prise en charge de la dépendance et du handicap sur le plan régional, tout en préservant un échelon de territorialité qui « colle » au plus près des besoins.

La conviction que je souhaite vous faire partager est simple : à travers ce projet de loi, notre démarche est de faire de notre système de soins et de prise en charge de la dépendance un ensemble mieux articulé, plus dynamique et plus réactif pour nous préparer à la montée en puissance du vieillissement de la population française dans les dix prochaines années.

Face à ce véritable défi, il faut que nous soyons prêts. C'est l'objectif que nous nous sommes fixé avec ma collègue Roselyne Bachelot-Narquin, que je remercie de sa capacité à travailler en synergie avec l'ensemble des membres du Gouvernement ainsi qu'avec tous les acteurs extérieurs.

J'en suis convaincue, ce travail, fruit d'un long partenariat, de longs échanges, d'une longue construction, aboutira à un projet qui améliorera la qualité de la prise en charge de tous nos concitoyens. (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le texte que nous examinons à partir d'aujourd'hui est celui qui, en application de la nouvelle procédure voulue par la réforme constitutionnelle du 23 juillet 2008, est issu des travaux de la commission, travaux auxquels, conformément à la récente décision du Conseil constitutionnel, le Gouvernement a pleinement participé.

Cette nouvelle procédure a montré le souci partagé par tous les membres de la commission, au-delà de nos différentes sensibilités, de faire œuvre commune. Je voudrais souligner que nous avons tous eu à cœur de prendre notre part de ce travail approfondi et exigeant d'écriture collective.

En tant que rapporteur, je souhaite remercier tous les membres de la commission, et d'abord son président, Nicolas About, qui a assumé avec le talent que nous lui connaissons une tâche particulièrement difficile.

M. Henri de Raincourt. Très bien !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Je vous remercie, monsieur le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Le nombre d'amendements dont nous avons été saisis – 1 423 – ainsi que le nombre de ceux que nous avons adoptés – 428 – suffisent à montrer l'intérêt suscité par ce projet de loi.

Ce texte est composé de quatre titres d'importance diverse traitant de sujets variés, mais qui ont pour point commun de porter sur des préoccupations qui sont celles de tous nos concitoyens.

L'égal accès de tous, et sur tout le territoire, à des soins de qualité, la sécurité sanitaire, la prévention, l'éducation thérapeutique, le développement des moyens d'accueil et d'accompagnement médico-social, l'organisation de parcours de soins cohérents, l'excellence de l'hôpital public, la permanence des soins, sont autant de sujets qui parlent à tous les Français.

J'y ajouterai le souci du bon usage et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, car je crois profondément que nos concitoyens savent bien que l'emballlement incontrôlé des dépenses et des déficits, outre qu'il n'est pas une garantie de qualité des soins, pourrait mettre en péril un système qui constitue un élément fondamental de notre pacte social.

Mais il faut prendre les choses dans l'ordre. Je commencerai donc par présenter les positions que nous avons adoptées sur le titre I^{er}, consacré à la modernisation du système de santé, qui traite essentiellement de trois sujets : la nouvelle définition du service public, l'organisation de l'hôpital public et la coopération entre les établissements de santé.

Tout d'abord, le projet de loi propose une nouvelle définition, matérielle et non plus organique, du service public, fondée sur l'accomplissement de missions et non plus sur le statut des établissements. Cela bousculera bien des habitudes, sans doute moins d'ailleurs celles des patients que celles des médecins. Mais, comme l'avait souligné M. Gérard Larcher dans son rapport, les conditions actuelles de la participation des établissements privés au service hospitalier ne correspondent plus toujours aux besoins d'accessibilité aux soins de la population.

Pour parvenir à ce que les missions de service public soient assurées sur tous les territoires, le projet de loi prévoit que celles-ci puissent être confiées à des établissements privés ou à d'autres structures, dans le cadre de leur contrat d'objectifs et de moyens ou, à défaut, d'un contrat spécifique. Ce contrat précisera les garanties offertes aux patients en termes d'égalité d'accès, de permanence des soins et de prise en charge aux tarifs opposables, garanties qui sont, par ailleurs, énoncées par la loi.

Notre commission a complété ce dispositif sur deux points : d'abord, en précisant que les missions de service public déjà assurées par un établissement feront l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat d'objectifs et de moyens ;

ensuite, en prévoyant que les garanties offertes aux patients seront également applicables en cas de soins consécutifs à sa prise en charge au titre du service public ou en urgence.

En revanche, elle n'a pas souhaité que, en dehors de ce cadre, et dans des conditions mal définies, il puisse être imposé à un établissement d'assurer une proportion minimale d'actes facturés aux tarifs du secteur 1. Nous n'ignorons pas qu'il peut y avoir des problèmes à cet égard dans certains territoires, mais nous avons estimé que la mesure adoptée par l'Assemblée nationale n'était pas de nature à les résoudre.

M. François Autain. C'est faux !

M. Alain Milon, rapporteur. Notre commission a aussi voulu préciser les conditions dans lesquelles les obligations de service public imposées à un établissement se traduiront dans les contrats passés entre ceux-ci et les praticiens qui y exercent.

Afin d'assurer une répartition équitable de ces obligations entre tous les praticiens et de ne pas remettre en cause sans nécessité l'équilibre de ces contrats, elle a prévu que le refus de la révision des contrats ne pourrait entraîner leur résiliation sans indemnité que lorsque les obligations imposées aux médecins excéderaient 30 % de leur temps travaillé.

Par ailleurs, la commission a reconnu, comme l'avait fait avant elle l'Assemblée nationale, l'existence d'une catégorie d'établissements de santé privés d'intérêt collectif, les ESPIC, qui permettra de perpétuer l'apport essentiel à notre système de santé d'institutions comme les centres de lutte contre le cancer et les anciens établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, ou PSPH.

Enfin, elle a adopté une nouvelle rédaction des dispositions du code de la santé publique relatives aux centres de santé et à leurs missions.

Le deuxième sujet abordé par le titre I^{er}, et qui n'a pas été le moins controversé, est celui de la « gouvernance », comme on dit, de l'hôpital public.

Nous sommes très conscients de la nécessité d'assurer une bonne administration de l'hôpital, même si, comme vous l'avez rappelé en commission, madame la ministre, la proportion des établissements en déficit est faible, et même s'il faut parvenir à une évaluation plus juste des contraintes qui pèsent sur ces établissements.

À ce propos, si vous permettez cette parenthèse, madame la ministre, je me félicite de votre décision de revoir le calendrier de convergence « intersectorielle ».

Sans remettre en cause cette nécessité d'une bonne gestion de l'hôpital et d'une définition claire des responsabilités de son directeur, nous avons été guidés par deux préoccupations.

La première s'apparente à une évidence : on ne peut pas gérer l'hôpital sans les médecins ni, ajouterais-je, sans une certaine implication des élus.

Mme Isabelle Debré. Oui !

M. Alain Milon, rapporteur. La seconde tient à notre souhait – semblable à celui de la commission Larcher – d'assurer, dans l'intérêt même du directeur, un équilibre des compétences plus affirmé entre le conseil de surveillance, le directoire et le directeur.

Le conseil de surveillance doit avoir tous les moyens de suivre la gestion de l'établissement et d'obtenir les informations qui lui paraîtraient utiles. Nous avons aussi jugé néces-

saire qu'il puisse se prononcer sur la politique de coopération de l'établissement et *a fortiori* sur d'éventuels projets de fusion.

Nous avons voulu également lui permettre de donner son avis, et uniquement son avis, sur le programme d'investissement – je le rappelle, les programmes d'investissement ne sont plus inclus dans le projet d'établissement soumis à son approbation –, sur le budget prévisionnel, sur les décisions immobilières et sur les contrats de partenariat, ainsi que sur le règlement intérieur de l'établissement.

Il nous a enfin paru légitime que trois des cinq personnalités qualifiées qui siègeront au sein de ce conseil soient nommées par le maire de la commune siège, pour deux d'entre elles, et par le président du conseil général, pour la troisième.

Pour ce qui est du rôle des médecins, nous avons eu soin de ne pas créer de situation de blocage, mais nous avons jugé primordial – dans la lignée, d'ailleurs, de la « nouvelle gouvernance » organisée par l'ordonnance de 2005 – de favoriser la coopération et le dialogue entre les médecins et l'administration.

Nous avons ainsi estimé indispensable d'associer le président de la commission médicale d'établissement, la CME, à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

D'ailleurs, l'Assemblée nationale avait prévu un avis du conseil de surveillance sur ce sujet qui, par excellence, doit rassembler l'ensemble de la communauté hospitalière.

De même, et c'est essentiel, le président de la CME, qui élabore le projet médical d'établissement, doit coordonner avec le directeur la politique médicale de l'établissement.

Par ailleurs, sur mon initiative, notre commission, toujours dans le souci d'introduire plus de collégialité dans la gouvernance de l'hôpital, a souhaité que le président de la CME soit davantage associé au processus de contractualisation interne – des contrats de pôle –, conçu comme une déclinaison opérationnelle du projet médical.

Il doit en particulier pouvoir se prononcer sur la nomination des chefs de pôle: c'est pourquoi, notre texte prévoit que ceux-ci seront nommés par le directeur d'établissement sur la base d'une liste présentée par le président de la CME, lequel cosignera les contrats de pôle avec le directeur et le chef de pôle.

Notre commission a également tenu à réintroduire la disposition selon laquelle les pôles peuvent comporter des structures internes, ce que le texte du Gouvernement ne mentionnait pas.

En effet, pôles et services sont deux structures ayant chacune une finalité propre qu'il convient de préserver: aux services, l'activité strictement médicale; aux pôles, la mise en cohérence des objectifs et des moyens des services qui les composent. Sur ce sujet, notre commission a en quelque sorte devancé la commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires présidée par le professeur Jacques Marescaux, qui déplore dans son rapport « la logique de rapprochement circonstanciel ou matériel qui a trop souvent prévalu pour la création des pôles ».

Enfin, nous avons donné au directoire, qui prépare le projet d'établissement, compétence pour approuver le projet médical d'établissement. Je vous le signale au passage, nous avons déjà procédé à l'adaptation de la composition du directoire des

CHU en créant deux postes de vice-président supplémentaires. Sur ce point, les propositions faites par le Président de la République hier sont donc déjà satisfaites par...

M. Guy Fischer. Par hasard! (*Sourires.*)

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Non, par anticipation! (*Nouveaux sourires.*)

M. Alain Milon, *rapporteur.* ... par l'intelligente anticipation de la commission des affaires sociales! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

Monsieur le président, mes chers collègues, ces ajustements permettront au directeur de s'appuyer sur toutes les compétences, et d'abord sur les médecins. Beaucoup d'entre eux s'étaient fortement impliqués dans la gestion des établissements depuis la réforme Mattei, et le projet de loi leur avait donné l'impression d'être, si vous me passez l'expression, un peu « mis sur la touche ».

J'en viens à présent à la coopération entre établissements, et d'abord à la coopération entre établissements publics, c'est-à-dire à la communauté hospitalière de territoire ou CHT.

C'était une recommandation emblématique du rapport Larcher. Il s'agissait de proposer aux établissements une démarche volontaire sur la base d'un projet commun, en s'inspirant des mécanismes et de la dynamique de la coopération intercommunale.

Le schéma prévu dans le projet de loi retenait la notion d'une coopération conventionnelle – même si cela n'apparaissait pas toujours dans les formulations retenues. Il ne faisait pas, en effet, de la CHT une personne morale.

Pour autant, l'alternative offerte entre « communauté fédérative » et « communauté intégrée » laissait peu de place à la souplesse contractuelle et aux « coopérations consenties » que voulait privilégier le rapport Larcher.

Dans le premier cas, la communauté était dirigée par un « établissement siège », dans le second cas, la convention devait déboucher directement sur la fusion des établissements intéressés.

Votre commission a jugé préférable de revenir à l'inspiration du rapport Larcher, estimant que l'autorité administrative dispose par ailleurs de moyens suffisants pour imposer une coopération organique, et même une fusion, aux établissements publics.

Selon le schéma que nous avons retenu, il appartiendra aux directeurs et aux présidents de CME d'élaborer la convention de CHT, qui sera approuvée par les conseils de surveillance, après information des représentants du personnel.

Bien sûr, et c'est un point sur lequel je voudrais insister, cette convention aura aussi été en quelque sorte négociée au préalable avec l'agence régionale de santé, puisque le projet commun qu'elle exprimera, les transferts ou délégations d'activité qu'elle prévoira seront mis en œuvre à travers les autorisations et les instruments contractuels dont les agences auront la maîtrise.

Les parties à la convention de CHT pourront s'organiser librement. Nous avons cependant prévu qu'une commission composée des présidents de conseil de surveillance, des présidents des CME et des directeurs des établissements partenaires, pourra proposer les mesures nécessaires pour faciliter l'application de la convention et favoriser la mise en œuvre de la stratégie commune.

Cela n'empêche pas, je voudrais le souligner, les établissements de confier le pilotage de certaines actions à tel ou tel d'entre eux. Le cas sera sans doute fréquent où un établissement pourra jouer le rôle d'établissement référent dans une communauté. Mais, dans cette hypothèse, notre sentiment est qu'il s'imposera de lui-même.

Nous ne souhaitons pas, en revanche, que l'ARS puisse imposer la création d'une CHT. Cela n'aurait d'ailleurs pas beaucoup de sens, puisqu'il s'agit d'une coopération purement contractuelle. Mais l'agence pourra toujours, si des raisons tenant à la sécurité des patients ou à la situation financière des établissements l'exigent, imposer des restructurations ou la création d'un groupement, que ce soit un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public, voire une fusion d'établissements.

En revanche, l'ARS pourra obtenir la résiliation de la convention si elle n'est pas appliquée. La démarche conventionnelle ne doit en effet pas être le moyen de retarder les mesures qui seraient nécessaires pour organiser de façon satisfaisante l'offre sanitaire et le maillage du territoire.

J'en viens à présent au groupement de coopération sanitaire, créé en 1996 à l'image des groupements d'intérêt public, les GIP, et des groupements d'intérêt économique, les GIE, et qui, comme ces derniers, peut servir de cadre aux coopérations entre établissements publics et privés.

Le texte qui nous était soumis prévoyait que ces groupements puissent être transformés en établissements publics ou privés selon la nature juridique du groupement, dans des conditions un peu floues et qui ne nous paraissaient pas présenter toutes les garanties de sécurité juridique.

De surcroît, les prestations du nouvel établissement devaient être financées selon la tarification de son choix et en fonction des tarifications applicables aux membres de l'ancien groupement, ce qui ne paraissait pas très logique.

C'est pourquoi nous avons préféré nous en tenir, à ce stade, à une clarification, d'ailleurs nécessaire, du statut du groupement de coopération sanitaire de moyens. Aux termes de l'accord que nous avons obtenu du Gouvernement en commission, les groupements de coopération sanitaire d'établissements feront, pour leur part, l'objet d'amendements présentés en séance.

J'en viens maintenant au titre II du projet de loi, relatif à l'accès de tous à des soins de qualité.

Garantir la possibilité pour nos concitoyens, où qu'ils résident, de bénéficier du meilleur niveau de soins est un souhait et un souci unanimement partagés. Les états généraux de l'offre de soins, réunis de novembre 2007 à avril 2008, se sont penchés sur la répartition des professionnels de santé sur le territoire et sur leurs missions.

À cette occasion, des pistes ont été proposées pour lutter contre l'avancée de déserts médicaux, ces « zones blanches » causées par l'évolution tant des pratiques que de la démographie médicale.

Même si je reste un peu dubitatif sur la définition des différents niveaux de recours proposée par le texte, je lui reconnais l'intérêt majeur de consacrer la proximité comme élément essentiel des soins. Certes, les réponses en matière d'organisation territoriale de la santé seront à trouver du côté des ARS, dans le cadre de la définition des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Mais vous nous garantes ainsi, madame la ministre, que l'impératif de qualité et de sécurité des soins n'entraînera pas automatiquement le sacrifice des structures de proximité.

Notre commission a d'ailleurs souhaité préciser que cette proximité s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, afin de prendre en compte la spécificité de certains territoires comme les zones de montagne.

Toutefois, elle n'a pas souhaité aller au-delà et imposer des délais-limites avant la prise en charge d'un patient.

Il faut, en ce domaine comme dans d'autres, rester pragmatique et ne pas adopter de dispositions irréalistes, nécessairement dépourvues d'effet et sources de contentieux.

C'est ce même souci de pragmatisme qui a conduit la commission, sur ma proposition, à supprimer le caractère obligatoire du contrat santé solidarité destiné à faire participer les médecins des zones « sur-denses » à la satisfaction des besoins des zones déficitaires.

Oui, la contrainte est parfois nécessaire, car la santé est un droit, mais il faut en user pour des mesures qui pourront réellement être mises en œuvre sur le terrain. Tel n'était pas le cas ici.

Je l'ai dit, l'évolution des pratiques des soignants a un impact direct sur la possibilité d'accès aux soins. Il faut donc faire un effort important en matière de formation initiale et continue et de transferts de compétences.

Notre commission a voulu, sur ma proposition et dans un souci partagé avec le président Nicolas About, avancer vers l'intégration de la formation des sages-femmes à l'université. Conformément à vos engagements, vous avez, madame la ministre, déposé un amendement qui va jusqu'au bout de cette logique, et je vous en remercie.

M. Jacques Blanc. Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a également fait droit aux demandes des professionnels et exclu les stages à finalité pédagogique des étudiants orthophonistes de l'obligation d'indemnisation des stagiaires, qui empêche, dans les faits, leur formation pratique.

M. Charles Revet. C'est très important !

M. Alain Milon, rapporteur. Enfin, nous avons mis en place un dispositif de validation des acquis de l'expérience pour l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisée qui pourra satisfaire les praticiens qui souhaitent faire évoluer leur pratique.

Concernant la délégation de tâches, la commission a pris le parti de préférer les dispositions précises aux simples projets, qui trouveront naturellement leur place dans le cadre des coopérations prévues par ailleurs par le projet de loi. Nous avons voulu que les protocoles innovants ayant fait leurs preuves et étendus par la Haute Autorité de santé soient intégrés à la formation initiale et continue des professionnels de santé pour se diffuser plus rapidement.

S'agissant de mesures concrètes, la possibilité a été ouverte, sur l'initiative du président Nicolas About, à un pharmacien spécialement formé de délivrer, sans ordonnance, une première contraception orale ; le renouvellement du traitement des maladies chroniques pourra également être effectué par un pharmacien, pour une seule fois.

Le titre II rénove les ordres médicaux et paramédicaux ; ses dispositions sont d'ailleurs pour la plupart consensuelles, hormis en ce qui concerne le seuil démographique imposé

par l'Assemblée nationale aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes pour la création de conseils départementaux, seuil que nous avons supprimé.

M. Guy Fischer. Ils sont contents !

M. Alain Milon, rapporteur. Je m'arrêterai un instant sur la question, sensible, des discriminations, qui sont parfois constatées dans l'accès aux soins de certains bénéficiaires de la couverture maladie universelle, la CMU, de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, et de l'aide médicale de l'État, l'AME.

La sanction de ces comportements contraires à la déontologie professionnelle doit être renforcée, c'est pourquoi j'ai proposé qu'il ne soit plus question de conciliation dans les cas de récidive. À l'inverse, la commission a considéré que la pratique du *testing*, parce qu'elle fait peser un soupçon sur l'ensemble des professionnels, n'était pas opportune, et nous l'avons supprimée.

Toujours dans un souci de transparence, la commission a rendu obligatoire l'information du patient sur le coût d'achat et l'origine de fabrication de la prothèse qui lui est implantée ; elle a également prévu que le médecin chargé d'une personne hospitalisée devra s'enquérir auprès d'elle des noms des professionnels de santé à qui transmettre les informations utiles à la continuité de la prise en charge à l'issue de l'hospitalisation.

Enfin, toujours au titre II, le projet de loi habilite le Gouvernement à prévoir, par ordonnance, la réforme de la biologie médicale. Le sujet est important et la réforme doit, qui plus est, être conduite sous le regard de Bruxelles. Je tiens à vous remercier, madame la ministre, d'avoir transmis aux commissaires le projet d'ordonnance, ce qui nous permettra de débattre de manière pleinement informée.

J'en arrive au titre III, consacré à la santé.

Nous aurions pu, madame la ministre, continuer à enrichir le texte comme l'a fait l'Assemblée nationale, mais nous avons préféré concentrer notre attention sur les parties les plus novatrices du texte.

Certes, un projet de loi au spectre aussi large que celui-ci ne se présente pas tous les jours, mais nous ne pourrions pas durablement faire l'économie d'une loi de santé publique et d'une loi de santé mentale. Nous avons donc souhaité renvoyer ces différents sujets, sans nier leur importance, à ces débats à venir, hormis certaines dispositions relatives à la mise en œuvre du plan cancer II ou de nature sociale, comme la possibilité d'acheter des fruits et des légumes avec les tickets-restaurant.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Et bien d'autres choses !

M. Alain Milon, rapporteur. En ce qui concerne le volet « alcool » du texte, la commission a interdit, sur l'initiative de son président, la vente de boissons alcooliques le long des autoroutes et des nationales à quatre voies ; elle a également complété les obligations en matière de formation des vendeurs, toutes dispositions qui lui ont paru cohérentes par rapport au double objectif de santé publique et de sécurité routière.

J'en viens à une disposition essentielle, en raison de son importance éthique, consacrée à l'éducation thérapeutique du patient, c'est-à-dire la possibilité pour les personnes atteintes de pathologies longues ou chroniques de prendre en charge certains aspects de leur traitement.

Disons-le d'emblée, l'éducation thérapeutique est, à certaines conditions, susceptible d'aider le suivi des traitements et de conforter les droits des malades. Elle mobilise autour du patient de nombreux acteurs : les personnels soignants, l'entourage du malade, les associations, les services du ministère, la Haute Autorité de santé et les entreprises.

Plusieurs tensions s'exercent sur les relations entre les intervenants : la défiance réciproque entre les associations et les médecins, la volonté d'encadrement du ministère, le souhait des entreprises de promouvoir l'usage des médicaments et des dispositifs qu'elles élaborent.

Dès lors, un problème se pose, celui de l'implication des entreprises dans l'éducation thérapeutique du patient. L'Assemblée nationale a estimé que les garanties éthiques offertes par le texte initial étaient insuffisantes et a donc rendu quasiment impossible la participation des entreprises aux différents programmes et actions. Cela a suscité une grande inquiétude des associations qui dépendent des entreprises pour leur financement.

Il faudrait, pour être parfaitement logique, passer à un système de financement public dès lors que l'on interdit la participation des entreprises à l'éducation thérapeutique, mais reconnaissons que ce n'est pas réaliste et aurait pour conséquence immédiate de mettre fin aux programmes existants. Cette mutation brusque s'effectuerait donc au détriment des malades.

J'ai cherché le moyen de garantir la séparation entre les entreprises et les patients, tout en tenant compte des souhaits exprimés par les associations. J'ai donc proposé de soumettre à une triple condition la possibilité, pour une entreprise, d'élaborer un programme : la participation des associations de patients et des professionnels de santé, l'autorisation de l'agence régionale de santé et l'évaluation par la Haute Autorité de santé.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. Par ailleurs, j'ai souhaité inclure l'observance dans la définition de l'éducation thérapeutique, sous l'appellation qui fait désormais consensus « d'adhésion aux traitements prescrits », et conservé le rapport demandé par l'Assemblée nationale sur la création d'un fonds national. C'est la position que notre commission a adoptée et qui me paraît équilibrée.

J'en viens à présent au titre IV...

Mme Isabelle Debré. Ah !

M. Alain Milon, rapporteur. ... et à la création des agences régionales de santé, les ARS, requalifiées par la commission d'« agences régionales de santé et de l'autonomie ».

Nos amendements sur ces agences ont d'abord eu pour objet, en réécrivant certains articles ou intitulés de chapitre, de faire plus clairement apparaître que la politique de santé est une politique nationale, comme vous l'avez toujours affirmé, madame la ministre.

Nous avons donc voulu qu'il soit bien clair que les ARS seront un échelon déconcentré de la politique de santé, même si cet échelon est organisé sous une forme un peu inhabituelle, et qu'elles agiront, comme avant elles les ARH, au nom de l'État et sous l'autorité des ministres responsables.

Par ailleurs, nous ne contestons pas, bien au contraire, l'intérêt de « décloisonner » au niveau régional les compétences relevant des différents aspects de la politique de santé, ni de déconcentrer leur « pilotage », comme on dit, au niveau des régions et des territoires. Cela paraît être une bonne idée, et c'est sans doute le niveau adéquat pour organiser, sur le terrain, les parcours et l'offre de soins, l'égalité d'accès aux soins, les actions de prévention et l'accueil médico-social.

Mais nous étions plus inquiets sur les conditions de la participation des ARS à la politique de gestion du risque qui, pour nous, doit être définie et conduite au niveau national, d'abord parce qu'elle doit s'appuyer sur des études scientifiques très étayées au niveau national et international, ensuite, tout simplement, parce qu'elle doit respecter l'égalité des droits et des contraintes entre tous les citoyens.

Afin de soutenir le système de gestion du risque qui s'est mis en place au niveau national et qui commence à porter ses fruits, nous avons prévu de mettre en place des conventions d'objectifs conclues entre l'État et l'UNCAM, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, afin de définir des objectifs pluriannuels communs de la gestion du risque auxquels se conformeront les programmes nationaux.

Nous souhaitons par ailleurs que ces programmes puissent être complétés au niveau régional pour tenir compte des spécificités de chaque région ou de certains territoires, mais il faut espérer aussi que, sur le territoire, cette complémentarité ne nuise pas à la cohérence des actions menées par les organismes locaux.

En ce qui concerne la coordination indispensable de l'action des ARS, le texte que nous proposons résulte d'un amendement du Gouvernement. Nous vous laisserons donc le soin, madame la ministre, d'explicitier les rôles respectifs de la tutelle et du conseil de pilotage national. Selon votre texte, celui-ci donnera des directives aux agences et validera les instructions qui leur seront données. Doit-il exercer, en quelque sorte, la tutelle de la tutelle, et ne risque-t-on pas d'estomper ainsi quelque peu la responsabilité du politique que vous souhaitez, à juste titre, affirmer ?

J'en viens au volet médico-social du texte, pour lequel le projet de loi dessine un nouveau cadre, puisque les questions d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées sont intégrées à la gouvernance des ARS. Nous partageons le souci de poser des passerelles entre le sanitaire et le médico-social, d'assurer la continuité du parcours de soins et de la prise en charge, et donc de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social.

Cela étant, ce nouveau cadre a suscité des inquiétudes dont je voudrais me faire l'écho. Il en est ainsi de la crainte que le secteur médico-social ne devienne le « parent pauvre » face au poids du sanitaire, voire sa variable d'ajustement en fonction des besoins de celui-ci.

M. Guy Fischer. Eh oui !

M. Alain Milon, rapporteur. Pour ces raisons, la garantie des fonds dédiés au secteur médico-social grâce au principe de fongibilité asymétrique introduit par l'Assemblée nationale est une excellente chose.

Dans le même souci, nous avons envisagé, un temps, de créer un poste de directeur adjoint chargé du médico-social, avant d'y renoncer pour ne pas figer dans la loi l'organigramme des agences. Pour autant, pouvez-vous, madame la

ministre, madame la secrétaire d'État, vous engager à ce qu'il y ait, dans chaque ARS, un pôle médico-social fort et prévoir que des directeurs d'agence puissent être issus de ce secteur ?

Par ailleurs, en ce qui concerne la programmation et la planification médico-sociale, nous continuons de nous interroger sur l'articulation entre le schéma régional et les schémas départementaux d'organisation médico-sociale et, plus globalement, sur le pilotage d'ensemble du dispositif.

Qui plus est, le renforcement de l'échelon régional ne doit pas remettre en cause le rôle de chef de file des départements en matière médico-sociale et nous plaçons pour la concertation entre, d'un côté, l'agence et, de l'autre, les conseils généraux, notamment *via* la commission de coordination spécialisée dans le secteur médico-social.

Enfin, notre commission a continué à enrichir le volet médico-social du texte.

Premièrement, elle a assigné aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par les établissements des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre ; de même, le cahier des charges de l'appel à projets devra garantir, outre une concurrence sincère, loyale et équitable, la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes dépendantes.

Deuxièmement, la commission a créé un statut d'établissement social et médico-social d'intérêt collectif afin de mieux distinguer les établissements privés à but lucratif des établissements privés à but non lucratif.

Troisièmement, à l'initiative de nos collègues Sylvie Desmarescaux et Alain Vasselle, elle a incité les partenaires sociaux à organiser un service minimum en cas de grève dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées et imposé à cet effet une obligation de préavis.

Vous comprendrez combien ces mesures sont importantes et sensibles pour les familles des personnes accueillies dans ces établissements.

Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, dès que la commission des affaires sociales m'a confié le rapport sur ce projet de loi, au mois de novembre dernier, je me suis mis au travail. Mon but était d'entendre toutes celles et tous ceux qui, par leur activité professionnelle, étaient concernés par le texte.

J'ai procédé dans les locaux du Sénat à des auditions, que j'ai ouvertes aux membres de la commission des affaires sociales. Certains ne sont pas privés de venir, et ils ont eu bien raison. Il m'est également arrivé de recevoir seul les acteurs du monde hospitalier.

En outre, M. About et moi-même avons organisé plusieurs réunions importantes de la commission à Paris, ce qui nous a permis de rencontrer plus de deux cents personnes et de recueillir leur sentiment. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean-Claude Gaudin. Remarquable !

M. Alain Milon, rapporteur. Par ailleurs, avec l'aide de sénateurs amis, j'ai également tenu des réunions publiques à Gap, à Lille, à Reims, à Avignon, à Rennes ou à Marseille. J'ai ainsi pu entendre plus d'un millier de professionnels.

Je peux donc vous affirmer que le travail du Sénat, notamment de sa commission des affaires sociales, est reconnu par les acteurs de la santé de notre pays. Au demeurant, il est complémentaire du travail mené par le Gouvernement et par l'Assemblée nationale.

Dans ces conditions, mes chers collègues, prétendre qu'il n'y a pas eu de concertation, c'est nier la vérité! (*Bravo! et vifs applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste. – M. Gilbert Barbier applaudit également.*)

ORGANISATION DES DÉBATS

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je souhaite m'associer aux applaudissements qui viennent d'être adressés à M. le rapporteur. En effet, l'énorme travail effectué par M. Alain Milon et par les collaborateurs de la commission témoigne de l'intérêt que nous avons porté au dossier de l'hôpital au cours des six derniers mois.

En outre, je tiens dès à présent à faire part au Sénat des aménagements techniques proposés par la commission pour l'organisation de nos débats, et ce afin de permettre à chacun de bien préparer nos séances.

Tout d'abord, la commission demande que les amendements tendant à la suppression d'un article soient disjointes des discussions communes, afin d'éviter des « tunnels » de cent ou deux cents amendements, comme cela a parfois été le cas.

Ensuite, elle demande la réserve, jusqu'à la fin de chaque titre, de l'examen des amendements tendant à insérer des articles additionnels.

Enfin, elle souhaite que le titre IV du projet de loi soit examiné par priorité juste après le titre I^{er}. Cela rendrait notre débat plus cohérent et permettrait aux sénateurs particulièrement intéressés par de telles questions de les traiter à la suite.

M. le président. Monsieur le président de la commission, la possibilité d'examiner séparément les amendements de suppression et les autres amendements fait partie des propositions que le groupe de travail a retenues pour la rédaction de notre futur règlement. Nous avons en effet abouti à un accord sur ce point.

Par conséquent, dans un souci de clarté dans l'organisation de nos débats, je propose que nous retenions la proposition de M. le président de la commission des affaires sociales. Je pense que nous pouvons parvenir à un consensus sur le sujet, puisque cela correspond aux travaux que nous avons menés collectivement. (*Assentiment.*)

Par ailleurs, M. le président de la commission des affaires sociales demande la réserve, jusqu'à la fin de chacun des titres, des amendements tendant à insérer des articles additionnels.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement ne s'y oppose pas.

M. le président. La réserve est de droit.

M. Guy Fischer. Nous le regrettons.

M. le président. M. le président de la commission demande, en outre, l'examen par priorité du titre IV – c'est un titre important, puisqu'il porte sur les agences régionales de santé et de l'autonomie, les ARSA –, après le titre I^{er}.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. À mon sens, la création des agences régionales de santé aura des conséquences non seulement sur l'hôpital – chacun l'a bien compris –, mais également sur les soins de ville, puisque ces agences auront une mission cardinale en matière de démographie médicale.

D'une part, l'établissement du schéma régional d'organisation des soins ambulatoires sera du ressort de l'ARS, qui aura également à sa main les médecins boursiers institués par le projet de loi. Cela permettra, si j'ose m'exprimer ainsi, de « garnir » les zones défavorisées en offre de soins.

D'autre part, c'est dans ce cadre qu'un guichet unique sera créé pour les différentes aides, qui sont – j'ai pu le constater – ignorées des médecins.

Par conséquent, il me semblerait plus cohérent d'examiner au moins le titre I^{er} et le titre II avant le titre IV, l'examen du titre III pouvant effectivement être reporté jusqu'à la fin de la discussion du projet de loi.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Si je comprends bien, Mme la ministre veut jouer au 421, mais dans le désordre! (*Sourires.*) Pour ma part, je préfère que nous examinions tout d'abord les titres I^{er} et IV, car tous deux concernent les structures. Je pense par exemple aux schémas régionaux d'organisation des soins, les SROS. Nous pourrions ensuite aborder les questions relatives à la médecine de ville.

Il y aurait donc, me semble-t-il, une logique à étudier d'abord les titres I^{er} et IV, puis les titres II et III. Mais je m'en remets à votre sagesse, monsieur le président.

M. le président. Ce sera celle du Sénat, puisque l'article 44, alinéa 6, du règlement dispose: « [...] Lorsqu'elle est demandée par la commission saisie au fond, la priorité ou la réserve est de droit, sauf opposition du Gouvernement. Dans ce dernier cas, la demande est soumise au Sénat qui statue sans débat. »

À moins, madame la ministre, que vous ne vous ralliez à la position du président de la commission des affaires sociales...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il y aurait une autre possibilité. Pourquoi ne pas examiner le titre IV d'abord? (*Exclamations amusées sur les travées de l'UMP.*) Ce serait la solution la plus logique! En effet, il faut faire preuve de cohérence. Si l'on estime que l'ARS est dans une position « socle » – et je suis relativement d'accord avec cette idée –, il faut examiner le titre IV avant les titres I^{er} et II. En revanche, je ne vois pas bien l'intérêt d'examiner d'abord le titre I^{er}, puis le titre IV, et le titre II ensuite.

Mais je veux bien être souple, certes dans la limite de mes facultés physiques et intellectuelles! (*Sourires.*) Après tout, monsieur le président, je n'ai qu'un seul objectif dans la vie: vous faire plaisir! (*Nouveaux sourires.*)

M. le président. Je consulte donc le Sénat sur la demande de priorité de l'examen du titre IV, après le titre I^{er}.

Il n'y a pas d'opposition?...

La priorité est ordonnée.

Nous examinerons donc successivement le titre Ier, le titre IV, le titre II et le titre III.

DISCUSSION GÉNÉRALE (SUITE)

M. le président. Dans la suite de la discussion générale, la parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. – M. Gilbert Barbier applaudit également.*)

Mme Marie-Thérèse Hermange. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, en réfléchissant à l'engagement du Président de la République et du Gouvernement en matière de réforme de l'hôpital, je me disais que nous pouvions sans doute tous partager la maxime suivante : « L'être humain a besoin d'obstacles pour parvenir au but. Ce n'est qu'ainsi qu'il peut encore rassembler ses forces alors qu'il en est incapable si ce but se présente devant lui de façon simple. »

Aujourd'hui, « parvenir au but », c'est porter un diagnostic sur un corps blessé, l'hôpital, afin de mieux prendre en charge ses blessures et fractures, avec toujours le même objectif : mieux accueillir des corps eux-mêmes blessés par la maladie.

Cela donne une étoffe particulière à votre réforme, madame la ministre. En effet, offrir une ordonnance à l'hôpital, c'est, d'une certaine façon, permettre de mieux prendre en charge le patient, donc de le saisir dans son humanité singulière. En ce sens, ce projet de loi a une dimension politique toute particulière.

Le groupe UMP considère que l'hôpital, face aux critiques aisées dont il est trop souvent la cible, n'a pas à s'excuser d'être ce qu'il est, c'est-à-dire tout simplement l'un des plus hauts lieux de la médecine du monde et l'un des derniers lieux vivants, celui vers lequel on se retourne bien souvent lorsqu'on n'a pas su ou pu aller ailleurs. Non, l'hôpital n'a pas à s'excuser de ses milliers de services et de médecins, de ses dizaines de milliers de collaborateurs ou de ses millions de consultations, d'hospitalisations et de publications !

Ce message, le groupe de l'UMP tient à l'affirmer. Ce faisant, il l'adresse à l'ensemble de la communauté hospitalière, au personnel technique comme au personnel soignant, aux directeurs d'hôpital comme aux médecins. À un titre ou à un autre, chacun doit en être remercié et peut être fier de ce qu'il donne au patient et, par là même, à la vie de l'hôpital dans le quotidien de sa mission.

Cette fierté, les hommes qui travaillent au cœur des établissements hospitaliers l'ont, car ils aiment l'hôpital. Et pourtant, ils ressentent une blessure, car ils savent que le corps même que constitue l'hôpital est blessé et fracturé.

Pour ma part, j'y vois une raison majeure. Alors que le temps de l'hôpital, celui d'y naître, d'y vivre et d'y mourir, est un temps complexe, celui-ci est bien souvent réduit à un temps de production chronométré, ami des chiffres et des statistiques. Or la technologie, si nécessaire car elle permet aussi d'accomplir de grandes premières médicales, imprime, lorsqu'elle est associée à un esprit comptable, un temps artificiel, pensé sur le registre de l'urgence, à la sphère du soin : être performant, c'est disposer de la durée moyenne de séjour, ou DMS, la plus courte. Hier, c'était avoir le point d'indice synthétique d'activité, ou point ISA, le plus bas. C'est aujourd'hui avoir la meilleure tarification à l'activité, ou T2A. C'est sortir de l'hôpital à peine l'accouchement ou l'acte chirurgical pratiqués.

C'est un temps qui contracte l'espace même de l'hôpital, créant un sentiment d'épuisement insupportable, voire d'impossibilité pour les praticiens d'exercer leur mission hospitalière conformément aux règles de l'art.

Or ces mesures quantifiables, venues d'ailleurs, si nécessaires soient-elles, constituent une langue étrangère à la mission de l'hôpital, puisqu'elles signent le retrait de l'homme de la réalité des choses ; une langue pourtant pourvue d'une mission d'autorité pour « penser, réorganiser et restructurer » l'hôpital ; une langue qui est venue jusqu'au Sénat, puisque la commission des finances m'a opposé l'article 40 de la Constitution sur un amendement tendant à promouvoir le mi-temps thérapeutique pour des internes malades, aux motifs qu'une telle mesure créerait un coût supplémentaire et que la productivité des internes serait moindre.

Comment ne pas ressentir cette blessure comme une véritable agression culturelle, puisqu'elle ne prend en compte que la carcasse des choses, évinçant de l'hôpital l'homme dans son humanité et sa complexité la plus singulière ? (*Mmes Dominique Voynet et Gisèle Printz applaudissent.*)

C'est la raison pour laquelle à cette démesure de la mesure parfaite si bien incarnée dans une pensée exclusivement comptable, vous en appelez, madame la ministre, à travers votre réforme de l'hôpital, à une autre stratégie, que vous nommez « stratégie de la confiance ».

Au moment où l'hôpital se trouve à la croisée de nombreux défis, qui, pour être tous légitimes, n'en sont pas moins souvent difficiles à concilier, une telle philosophie est, nous semble-t-il, la seule à même d'intégrer une prise en charge globale du malade répondant à la fracture territoriale, à la fracture secteur public-secteur privé, mais également à la fracture du processus décisionnel, comme à celle qui est liée à la séparation entre échelon national et échelon territorial.

Tout d'abord, cette stratégie est la seule qui permette de tenir compte dans toute sa dimension de la complexité hospitalière au regard du contexte démographique, tant il est vrai que les mêmes problématiques diffèrent selon que l'on exerce à Bondy, à Dijon, à Prades ou en zone rurale.

C'est dans cet esprit que vous nous proposez de regrouper les établissements en communautés, en vue de rendre leur offre de soins complète et lisible pour le patient.

Il est vrai que l'organisation de notre système hospitalier est construite selon un héritage correspondant à l'empreinte de nos territoires. En conséquence, certains établissements hospitaliers sont en état de sous-activité chronique. Les maintenir sans prendre en compte les nombreux travaux scientifiques qui montrent le lien entre le nombre d'actes réalisés et la sécurité des patients, c'est mettre une partie des Français en danger.

S'adapter à cette situation implique donc, d'une part, d'aménager nos structures de soins en fonction des besoins de la population et, d'autre part, de redonner une vitalité à certaines structures hospitalières, par un regroupement des plateaux techniques et une meilleure organisation des urgences.

La mise en place des communautés hospitalières de territoire répond à cette exigence d'une offre de soins complète et lisible, à condition qu'elle ait une dimension incitative, même si elle doit être fondée sur la base du volontariat.

Les mesures proposées pour répondre au problème spécifique des déserts médicaux visent à mieux répartir l'offre de soins sur le territoire, dans le respect de la liberté d'installation des médecins et en reconnaissant la place centrale du médecin généraliste, et à définir les schémas régionaux d'organisation sanitaire avec les professionnels et les collectivités locales, afin d'aménager l'offre en fonction des besoins et de répondre ainsi à la fracture territoriale.

Par ailleurs, pour répondre à la fracture entre le public et le privé et entre les secteurs médical et médico-social, vous nous proposez, madame la ministre, de décloisonner notre système de santé par le renforcement des liens entre public et privé. Cette stratégie fondée sur la confiance et la coopération entre tous les partenaires permettra à l'hôpital de se doter d'une nouvelle politique contractuelle, évitant une pensée qui ne perçoit qu'un fragment d'humanité, pour construire une pensée qui considère les parties dans leur relation au tout et le tout dans ses relations aux parties, dans une interdépendance totale. (*M. Jean Desessard ironise.*)

Cette philosophie, qui a inspiré, me semble-t-il, ce projet de loi, met en valeur les capacités de chacun et permet au soignant de ne pas être là uniquement pour faire face au manque, en le soulageant, grâce à l'amélioration de la répartition de l'offre de soins.

Si la coopération entre établissements publics est naturelle, le dialogue entre hôpital, médecine de ville et secteur médico-social est une nécessité pour mieux prendre en charge le patient. Ce dialogue correspond de surcroît au rapprochement des problématiques sanitaires et médico-sociales (*M. le président de la commission acquiesce.*) et répond à l'impossibilité pour les hôpitaux publics de remédier à l'ensemble des carences dont notre système de santé est atteint. Au nom de quoi réserverait-on à l'hôpital public la lourde tâche de gérer la dépendance et la vulnérabilité, laissant à l'« autre médecine » la possibilité de choisir ses patients, selon des données techniques et économiques ?

M. Adrien Gouteyron. Bravo !

Mme Marie-Thérèse Hermange. Alors que certaines cliniques sont prêtes à apporter leur contribution à la prise en charge de ces missions de service public, on le leur refuserait ?

M. François Autain. On n'est pas du tout d'accord, madame Hermange !

Mme Marie-Thérèse Hermange. Au nom de quoi se priverait-on des compétences des établissements privés, à partir du moment où ils sont prêts à s'engager dans des missions de service public ? (*M. Adrien Gouteyron acquiesce.*)

M. Roland du Luart. Bravo !

Mme Marie-Thérèse Hermange. Certains obstacles, notamment l'obstacle financier, ont d'ores et déjà été levés. Je pense notamment à la réforme de la T2A, la tarification à l'activité, qui favorise la perméabilité entre secteur public et secteur privé. Certes, c'est un système encore jeune, et des ajustements restent indéniablement à faire, notamment pour prévoir, comme le préconise le rapport Marescaux, une juste rémunération de l'innovation et des activités de soins hautement spécialisés dans les CHU.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Exactement !

Mme Marie-Thérèse Hermange. Madame la ministre, ce projet de loi introduit une innovation juridique, en définissant les missions de service public assurées par les établissements hospitaliers. Celles-ci seront déterminées *via* un contrat

pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de santé, ce qui permettra de garantir l'accès des soins à l'ensemble de la population.

Mais les plus belles structures et les plus beaux montages juridiques ne peuvent vivre que si chacun, quelle que soit sa place, se les approprie. Ainsi, le décloisonnement que vous préconisez ne pourra être mis en œuvre qu'avec la participation de l'ensemble de la communauté médicale et hospitalière.

Cette stratégie de la confiance passe nécessairement par une modernisation de la gouvernance de l'hôpital.

Aujourd'hui, s'il est difficile à un établissement d'aboutir à une décision stratégique, et ce pour des raisons diverses, l'insuffisante clarté des processus de décision et le morcellement des pouvoirs entre les différents partenaires en est, à l'évidence, la cause, comme si chacun voulait absolument appliquer ce fameux propos de Sartre : « L'enfer, c'est les autres » !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Ah oui !

M. François Autain. Que vient faire Sartre dans cette galère ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Votre projet de loi, madame la ministre, répond à cette philosophie sartrienne, puisqu'il vise à modifier le processus décisionnel pour impliquer l'ensemble des intervenants : le directeur, responsable de la bonne marche de l'établissement, et le président de la commission médicale d'établissement, dépositaire de la pensée médicale, auxquels viendra se joindre, dans le cas des CHU, un doyen, représentant de l'université.

Mais l'ensemble de ces mesures ne seraient qu'un agrégat de réponses techniques si elles ne donnaient pas lieu à la mise en place d'un pilotage unifié et responsabilisé de notre système de santé, pour répondre à la fracture entre la politique nationale et la politique territoriale. Telle est la philosophie des agences régionales de santé, qui ne peut souffrir de dyarchie régionale, comme vous le souligniez à juste titre, madame la ministre.

Pour toutes ces raisons, le groupe UMP, qui, en commission comme en séance, s'est efforcé et s'efforcera de perfectionner votre projet de loi, veut vous apporter son soutien sur ce texte d'une portée politique hautement symbolique (*Ah oui ! sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*), de par son contenu, mais aussi en raison de son cheminement.

Si, comme le médecin ou le chercheur, le politique a une mission, à savoir la recherche de ce qui manque au cœur de la plénitude (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste*), chacun alors attend de sa part d'être à l'écoute, de poser un diagnostic pertinent, de proposer de manière tout à fait concrète une intervention adéquate. Une telle mission est faite de rencontres, qui permettent un débat démocratique. Vous avez mené ces discussions, madame la ministre, tout comme Alain Milon l'a fait, au nom de la commission des affaires sociales, ainsi que, à la demande de M. le président Henri de Raincourt, pour le groupe UMP.

À d'autres niveaux, ces rencontres ont donné lieu à des rapports, comme celui de M. Gérard Larcher ou celui de M. Marescaux.

Toutes ces rencontres et auditions ont toujours découlé de la même logique : prendre le pouls de la société, ...

M. François Autain. La société aurait-elle une crise cardiaque ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. ... écouter les avis, chercher le chemin de l'intérêt général.

Ce projet de loi est le fruit de tous ces travaux, pour lesquels chacun, en amont, s'est donné le temps de la réflexion et de la disponibilité. Il convient désormais de créer un dispositif pérenne et une norme vivante, qui n'équarrie ni ne menace, mais encadre l'action, pour lui permettre de s'épanouir. Espérons que chacun, là où il est, fera vivre cette loi, se l'appropriera. Il y va de l'avenir du système de santé de tous les Français. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. –M. Jean Boyer applaudit également.*)

(*M. Jean-Claude Gaudin remplace M. Gérard Larcher au fauteuil de la présidence.*)

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN
vice-président

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Monsieur le président, madame le ministre, madame le secrétaire d'État, mes chers collègues, selon la nouvelle formule issue de la révision constitutionnelle, le texte portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires dont nous débattons aujourd'hui en séance publique est celui qui a été élaboré par la commission des affaires sociales du Sénat, sous la présidence de M. Nicolas About. Oserai-je dire, sans modestie aucune, que c'est heureux ?

Le projet de loi initial, madame le ministre, comportait trente-trois articles ; on connaissait sa philosophie, on pouvait contester les dispositions prévues ou regretter les lacunes, mais il avait le mérite d'être concis. (*Mme la ministre sourit.*) Après son passage à l'Assemblée nationale, il a connu des modifications sensibles, qui ne sont pas toujours apparues comme des améliorations.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Certes !

M. François Autain. Il a grossi !

M. Gilbert Barbier. Le projet de loi a connu un ajout considérable d'articles, dont un certain nombre, d'ailleurs, d'un intérêt tout relatif, ne relèvent pas forcément du domaine de la loi. Je pense notamment à la disposition visant à apposer des panneaux au bas des ascenseurs et des escalators pour encourager les personnes bien portantes à utiliser les escaliers ! (*Sourires.*)

Certaines mesures ont laissé penser que la logique comptable prenait le pas sur le projet médical, alors que d'autres relevaient de la provocation, notamment à l'égard des praticiens exerçant en établissement privé.

Madame le ministre, vous avez assumé certains amendements votés à l'Assemblée nationale. Pour ma part, j'ose espérer qu'ils ne correspondent pas forcément à votre vision des choses !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Certes !

M. Gilbert Barbier. Quoi qu'il en soit, nous avons assisté à un véritable soulèvement de tous les professionnels de santé, qu'ils relèvent de structures hospitalières, hospitalo-universitaires ou libérales. Ils ont été rejoints par les personnels non médicaux, notamment les kinésithérapeutes, les infirmières et les sages-femmes.

Le Sénat se doit donc de refondre le texte, afin de le rendre acceptable aux yeux du monde de la santé. Je tiens à souligner d'emblée le travail considérable de M. le rapporteur, Alain Milon.

M. Charles Revet. Eh oui !

M. Gilbert Barbier. Devant le tsunami des revendications, il a proposé, avec professionnalisme et conviction, des amendements qui, même si je ne les soutiens pas tous, rendent le texte plus lisible et constituent un socle cohérent pour la discussion. Les membres de la commission des affaires sociales ont aussi contribué à ce travail.

Je profite d'ailleurs de cette occasion pour exprimer l'insatisfaction de mon groupe concernant le calendrier qui nous a été imposé pour l'examen de ce projet de loi. (*Marques d'approbation sur les travées du groupe socialiste.*)

Sur le fond, il y a évidemment beaucoup de choses à dire, madame le ministre. Je salue votre louable ambition d'avoir voulu traiter plusieurs dossiers brûlants relevant de votre ministère, mais peut-être étaient-ils trop nombreux ! Il vous a fallu mener des concertations avec de nombreux acteurs et corporations dont les intérêts ne sont pas toujours compatibles.

L'enjeu est certes capital, tant les problèmes à résoudre sont nombreux : déficit d'organisation, inefficience de certaines structures, manque d'attractivité des carrières et des statuts hospitaliers, difficultés d'accès aux soins sur certains territoires.

Certains voudraient réduire les problèmes de notre système de santé à une simple question de moyens financiers. Faut-il leur rappeler que notre pays y consacre, comparativement à beaucoup d'autres pays, un budget considérable ? Avec la mise en place de la CMU, de la CMU-C, des ALD, les plus déshérités de nos concitoyens peuvent être pris en charge de manière correcte.

Solidarité et accès de tous à des soins de qualité doivent rester les fondements intangibles de notre système. Une telle ambition a un coût qui oblige chacun des acteurs, le secteur de l'hospitalisation comme la médecine de ville, à une gestion rigoureuse et responsable.

En effet, depuis plusieurs années, la médecine de ville a le plus souvent servi de variable d'ajustement au tonneau des Danaïdes que constitue le budget de la sécurité sociale. Le « Touche pas à mon hôpital » faisant consensus, l'opacité a été longtemps de rigueur concernant les dépenses hospitalières, qui représentent pourtant plus de la moitié des dépenses de santé.

On le sait aujourd'hui, une rationalisation des dépenses est possible grâce à une meilleure gouvernance et à une meilleure organisation interne. Comme en témoigne le professeur Laurent Sedel dans son livre *Chirurgiens au bord de la crise de nerfs*, les incohérences et les erreurs d'organisation ont des conséquences dispendieuses. Ajoutons aussi une certaine philosophie du chacun pour soi et une déresponsabilisation due à une dualité de pilotage.

Vous proposez, madame le ministre, de nouvelles instances de pilotage pour l'hôpital, en défendant l'idée d'un « vrai patron » aux pouvoirs renforcés.

Quelle que soit l'entreprise – publique ou privée –, quelle que soit sa raison sociale, qu'elle dispense ou non des soins, il faut effectivement un décideur. Mais toute réorganisation, pour être efficace, doit être concertée et comprise par l'ensemble des personnels.

S'agissant tout particulièrement de l'hôpital, l'implication des médecins dans la gouvernance est la garantie d'une plus grande efficacité et d'une meilleure qualité des soins, qui, je le rappelle, est la finalité primordiale de l'hôpital.

Tout cela pourrait aller sans dire, mais cela n'apparaissait pas très clairement dans le texte transmis par l'Assemblée nationale. Avec un directoire et un conseil de surveillance sans réels pouvoirs et des médecins marginalisés, le directeur de l'hôpital faisait figure de despote absolu! (*Mme la ministre fait un signe de dénégation.*)

Le texte de la commission des affaires sociales améliore fort heureusement ce volet, qui me paraît crucial pour le succès de la politique souhaitée. Il permet d'impliquer davantage la commission médicale d'établissement dans le fonctionnement des établissements et la nomination des personnels médicaux, prévoit trois vice-présidents dans les CHU et associe plus étroitement le conseil de surveillance aux orientations stratégiques. Il s'agit, me semble-t-il, d'un texte d'apaisement.

Un autre sujet de préoccupation est le statut des praticiens hospitaliers. Hormis quelques grands services, la distorsion financière avec le secteur privé, d'ailleurs quelque peu surfaite quand on connaît les charges pesant sur l'exercice d'une profession médicale, vient à bout des meilleurs serveurs de l'État.

Pour certaines disciplines comme la chirurgie, la désaffectation est déjà particulièrement grave; elle risque de l'être aussi demain dans les établissements privés. Le recours à des médecins étrangers peut être un palliatif acceptable, à condition de s'assurer d'un niveau de compétence satisfaisant, pour ne pas risquer une « paupérisation » des soins.

Plusieurs solutions intéressantes sont avancées dans le projet de loi, notamment un nouveau statut contractuel sur lequel il conviendra, peut-être, d'apporter quelques précisions.

Les formes de coopération envisagées dans le projet de loi et la politique de restructurations hospitalières suscitent beaucoup d'inquiétudes. Certaines sont légitimes, mais le texte de la commission, qui remanie profondément les articles relatifs aux communautés hospitalières de territoire et aux groupements de coopération sanitaire, me semblent y répondre, en laissant une large part au volontariat et en levant des difficultés techniques.

Cela dit, soyons clairs: les réorganisations et les regroupements sont nécessaires. Il s'agit non pas de se diriger à marche forcée vers de grands plateaux techniques au détriment des structures de proximité, mais de bâtir un projet médical de territoire cohérent et opérationnel.

Certains jusqu'au-boutistes considèrent que la santé ne doit pas avoir de prix, et que, en matière d'équipements et de services, il faut tout ou presque tout, partout. Ils ne sont pas sérieux! On le sait, l'insuffisance de taille critique est à la fois dangereuse pour les patients et coûteuse.

La chirurgie moderne, par exemple, nécessite une technicité avancée, des explorations de plus en plus sophistiquées pour des indications de plus en plus ciblées. Elle exige donc une formation continue des praticiens et une optimisation des équipements. Les hôpitaux locaux ne sont pas toujours à

même d'offrir au patient une prise en charge adaptée et performante; vouloir maintenir ceux-ci à tout prix, c'est instaurer une chirurgie à deux vitesses, quoi qu'on en dise!

Dans le fond, chacun le sait, proximité ne rime pas toujours avec qualité; mais il faut sans doute introduire plus de pédagogie et de concertation dans cette politique de restructuration. Beaucoup d'élus ont tendance à considérer l'hôpital comme le caustère sur le mal du chômage dans des zones désertifiées par l'industrie. Malgré toute l'attention que ce problème mérite, l'hôpital ne saurait être l'alpha et l'oméga de la politique de l'emploi.

Le dernier point sur lequel je souhaiterais intervenir concerne l'accès aux soins et les déserts médicaux.

Il y a évidemment beaucoup à faire pour obtenir un maillage suffisant et équilibré du territoire en termes d'offre de soins. Missions de service public, schéma régional d'organisation sanitaire, ou SROS, schéma régional d'organisation médico-sociale, ou SROMS, coordination de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire avec les agences régionales de santé et de l'autonomie, les ARSA, régionalisation du *numerus clausus*, contrat santé solidarité, contrat d'engagement de service public: le projet de loi contient de nombreuses dispositions qui vont dans le bon sens. Il faudra ensuite les appliquer sur le terrain.

Je me permets toutefois de mettre en garde ceux qui sont tentés par une action coercitive concernant l'installation ou le secteur 2. Cela risquerait d'aggraver la désaffectation pour certaines spécialités et de geler une situation déjà inquiétante dans certains secteurs sous-médicalisés.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Eh oui! Les médecins ne sont pas du bétail!

M. Gilbert Barbier. Les amendements présentés par nos collègues Bur et Préal à l'Assemblée nationale ont été très mal acceptés par les praticiens. Si le traitement de l'urgence peut se concevoir aux tarifs opposables, les soins courants devraient pouvoir se pratiquer selon les tarifs conventionnellement accordés.

Aujourd'hui, beaucoup de médecins ont choisi l'exercice libéral pour se libérer des contraintes de la permanence des soins; s'il est nécessaire de recourir à leur participation, celle-ci doit se faire dans les conditions d'exercice courant. L'instauration d'un quota relève par ailleurs d'une construction idéologique strictement inapplicable en temps et en volume.

MM. Roland du Luart et Dominique Leclerc. Très bien!

M. Gilbert Barbier. On évoque souvent dans la grande presse la situation privilégiée de certains praticiens et les tarifs abusifs pratiqués par une petite minorité d'entre eux. Ce n'est pas le lot commun, monsieur Fischer!

M. Jacques Blanc. Eh oui!

M. Guy Fischer. Ce sont 470 millions d'euros de dépasement d'honoraires!

M. François Autain. Une petite minorité, dites-vous...

M. Roland du Luart. Et les footballeurs? Personne ne s'en occupe!

M. Gilbert Barbier. À ce sujet, je souhaite que plus de responsabilités soient données au conseil de l'Ordre pour corriger ces abus.

Pour conclure, les travaux de la commission des affaires sociales du Sénat ont abouti à un texte d'apaisement, même si ce dernier mérite à mon avis d'être amélioré sur un certain nombre de points, notamment s'agissant de la concertation

avec le corps médical. Sous ces réserves, je soutiendrai le projet de loi tel qu'il devrait résulter de nos travaux en séance publique. (*Applaudissements sur les travées du RDSE, de l'Union centriste et de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Bernard Cazeau. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, voilà un an, avec la publication du rapport Larcher, le Président de la République lançait la réforme de l'hôpital, qu'il n'hésitait pas à qualifier aussitôt d'« historique ».

Douze mois plus tard, on peut se demander ce que l'histoire retiendra de ce texte. Les intentions étaient pourtant claires : « re-concentrer », « re-centraliser » et « re-structurer » l'organisation de la santé. Tout cela était certes drastique et libéral, mais avait au moins le mérite de la franchise...

Le résultat est un cafouillage, un surcroît de tensions sociales dans le monde de la santé et une surcharge réglementaire sur l'exercice des médecins libéraux.

Par ailleurs, emportée par votre précipitation, enfermée dans une procédure d'urgence inadmissible sur un tel sujet (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste. – M. Jean-Marie Vanlerenberghe applaudit également.*), vous bâclez le problème spécifique des centres hospitalo-universitaires et de la recherche médicale, qui fait l'objet du très médiatique rapport Marescaux.

Vous naviguez à vue. Au mépris des droits du Parlement, vous vous apprêtez à imposer des amendements gouvernementaux en contradiction avec vos orientations initiales, dans le dos de l'Assemblée nationale... C'est une belle illustration de la réforme constitutionnelle de 2008, qui prétendait renforcer le droit d'initiative, d'information et d'examen des parlementaires ! Nous voilà revenus au bon vieux temps des godillots... (*Applaudissements sur certaines travées du groupe socialiste.*)

Tous ces revirements et atermoiements conduisent les milieux habitués à parler, déjà, d'une « réforme pour rien »...

La dernière volte-face présidentielle fait d'ailleurs perdre toute crédibilité à votre réforme, madame la ministre. (*Mme Gisèle Printz applaudit.*) C'est, pour nous, le coup de grâce. (*Marques d'approbation sur les travées du groupe socialiste.*)

Comment en êtes-vous arrivée là ? Comment êtes-vous parvenue à transformer un texte d'organisation à dominante technique en une crispation généralisée des professions médicales et des acteurs du système ? (*Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*) Comment êtes-vous parvenue à cette situation ubuesque où votre projet, plutôt que d'être soutenu par les parlementaires de votre majorité, s'est trouvé consciencieusement et méticuleusement détricoté par la commission des affaires sociales du Sénat, même si, à mon goût, c'est trop souvent *a minima* ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Oh !

M. Bernard Cazeau. La réponse est évidente : vous avez commis une erreur de diagnostic. Vous vous êtes réfugiée dans une seule loi de gouvernance, alors que la situation des comptes sociaux vous imposait d'y associer des réformes financières de fond.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Quel genre de réformes ? Nous attendons vos propositions !

M. Bernard Cazeau. Vous n'avez pas voulu mélanger « loi d'organisation » et « loi financière », selon votre formule, oubliant que, dans une véritable loi sur la santé, l'un ne va pas sans l'autre (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)...

M. Jean Desessard. Évidemment !

M. Bernard Cazeau. ... et que vous ne pouviez faire passer une loi de gouvernance rigoureuse sans innover dans la résolution d'un déficit de plus en plus abyssal de l'assurance-maladie.

Voilà un an, à Neufchâteau, le Président de la République se fixait pourtant un objectif noble et partageable : « offrir à tous les Français, sur tout le territoire, un égal accès aux soins de qualité ».

Reconnaissons qu'il touchait du doigt l'essentiel. Depuis cinq ans, en effet, les Français sentent que la santé s'éloigne : le parcours de soins a été rendu plus complexe ; les coûts sont plus lourds en raison des remboursements sur les médicaments, les séjours hospitaliers et les consultations ; les dépassements d'honoraires se multiplient et créent des situations inacceptables ; les refus de soins et de garde mettent à mal les principes déontologiques fondateurs de l'exercice médical ; les restructurations hospitalières vont bon train et s'inscrivent dans une logique de disparition du service public en milieu rural ; les zones fragiles sont menacées de pénurie médicale à moyen terme ; l'évolution des pathologies et le vieillissement de la population exigent de nouvelles réponses quantitatives et qualitatives.

Bref, les Français, qui jouissent encore aujourd'hui d'un système solidaire dans lequel l'accès aux soins est libre et qui permet une espérance de vie parmi les plus élevées d'Europe, en arrivent à douter de la pérennité de leur protection contre la maladie.

M. René-Pierre Signé. Il fallait que ce soit dit ! (*M. le président de la commission des affaires sociales soupire.*)

M. Bernard Cazeau. Pour toutes ces raisons, nous étions en droit d'attendre de votre part un projet ambitieux, susceptible d'améliorer l'offre de soins en France.

Nous vous aurions même suivie dans cette voie si des engagements clairs avaient été affichés en matière de renforcement du service public hospitalier et d'accès aux soins, ou de garantie des moyens de la sécurité sociale. (*M. François Autain s'exclame.*)

M. René-Pierre Signé. Nous ne sommes pas sectaires !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Si nous avions su...

M. François Autain. Vous avez raté une grande occasion !

M. Bernard Cazeau. Et qu'obtenons-nous en réponse ? Une approche technocratique, dénuée de préoccupations médicales ; une vision administrative de la gestion de la santé ; une tentation comptable à peine dissimulée ; un silence gêné sur les questions financières ;...

M. Guy Fischer. C'est surtout là que le bât blesse !

M. Bernard Cazeau. ...une négligence délibérée des grands problèmes d'accès aux soins qui touchent nos concitoyens.

Parlons d'abord du pilotage de la gestion des soins que vous modifiez par la création des agences régionales de santé et de l'autonomie, aux prérogatives étendues.

À nos yeux, il ne s'agit pas seulement de créer des agences régionales de santé, dont nous pourrions reconnaître les atouts en termes de décloisonnement des interventions. Encore faut-il dire quelle logique sous-tend leur création. L'outil n'est jamais conçu indépendamment de son usage...

Or, tout ce que nous constatons pour l'heure, c'est que le Gouvernement institue un hyper-préfet sanitaire posté en région, une figure tutélaire formée au bien connu tropisme présidentiel : « une seule tête, un seul chef, un seul patron » ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste. – M. François Autain applaudit également.*)

En fait, il s'agit d'instaurer une chaîne de décision, verticale comme jamais, reliant sans interférence le bureau du ministre à Paris au moindre chef de service de l'hôpital local de province.

M. René-Pierre Signé. Le président s'occupe de tout ! (*Exclamations amusées sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Parce que vous croyez que le président Mitterrand ne s'occupait de rien...

M. Bernard Cazeau. De plus, vous voulez mettre à l'écart les élus locaux dont, manifestement, vous vous défiez, à l'instar des médecins.

Madame la ministre, le pouvoir à l'hôpital n'appartient-il vraiment qu'à l'administration ? N'appartient-il pas aussi à celles et à ceux qui y exercent et, dans une moindre mesure, à celles et à ceux qu'on y soigne ?

Nous ne vous suivrons pas dans cette voie, car nous connaissons son issue : après la recomposition judiciaire, la recomposition militaire, la recomposition universitaire, voici venu le temps de la recomposition hospitalière ! (*Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du CRC.*) Nous ne subissons que trop cette logique dans nos territoires pour ne pas la combattre aujourd'hui.

J'en viens au deuxième grand volet de votre texte, l'hôpital public. Il s'agit pour vous de mettre ce dernier au diapason de la rentabilité économique. « Un hôpital public plus performant et mieux géré », disait le Président de la République voilà quelques mois. Mais qu'est-ce donc que la « performance » en matière hospitalière sinon l'état de santé global des populations qui le fréquentent ? L'hôpital public serait-il un bouc émissaire, responsable à lui seul des déficits de la santé, pour être ainsi montré du doigt ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Non, il n'en est responsable qu'à 50 % !

M. Bernard Cazeau. Vous le reconnaissez vous-même, madame la ministre, le système hospitalier ne représente qu'un tiers des dépenses du régime général, et le déficit d'un grand nombre d'établissements est souvent dû non à une mauvaise gestion, mais à des coûts spécifiques liés à une véritable mission de service public.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Hélas ! la mauvaise gestion est parfois responsable !

M. Bernard Cazeau. Si vous devez réaliser des économies, ce sera au prix de restructurations et de suppressions d'emplois inédites jusqu'alors.

Votre modèle serait-il la clinique privée, où l'approche de la santé est subordonnée à l'équilibre économique et où les comptes sont excédentaires au prix d'une productivité obtenue par une plus grande sélectivité des actes prodigués ?

M. François Autain. Absolument !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est vous qui le dites !

M. Bernard Cazeau. L'histoire de l'offre de soins en France est ainsi faite que l'après-guerre a vu le développement d'établissements privés à caractère commercial...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ils étaient voulus par la gauche et le parti communiste !

M. Bernard Cazeau. ...destinés à combler les carences des établissements publics de l'époque. Malgré la correction des années soixante-dix et quatre-vingt, plus du tiers des lits se situent aujourd'hui dans le secteur privé lucratif. Il est indéniable que l'offre privée fait partie intégrante du système. Nous ne le nions pas, madame la ministre. Mais on oublie de dire que ces lits sont surreprésentés dans certaines disciplines, alors qu'ils sont quotité négligeable dans d'autres. (*Marques d'assentiment sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. C'est évident !

M. Bernard Cazeau. Ce que l'on n'ose pas dire, c'est que la sélection des patients, si elle n'est pas monnaie courante, est avérée dans nombre de cas. Ce que l'on ne veut pas dire, c'est que la rentabilité s'obtient surtout au moyen d'activités standardisées, de courte durée, à risque faible. Tout porte à penser que l'on ne peut pas comparer secteur privé et secteur public.

Vous faites mine de croire l'inverse. (*Mme la ministre fait un signe de dénégation.*) Pour parvenir à cette fin, vous vous êtes appuyée sur ceux de vos prédécesseurs qui ont mis au point une arme de restructuration massive : la généralisation de la tarification à l'activité.

Ce paiement à la pathologie, qui vous dicte ce qu'une maladie doit coûter avant qu'elle ne soit soignée, ne saurait être systématisé sans dommage. Madame la ministre, vous en avez pris conscience tout récemment, et vous avez eu la sagesse de repousser la convergence de la T2A à 100 % entre secteur public et secteur privé à 2018, même si le projet de loi n'en dit mot.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et pour cause : il ne s'agit pas d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale !

M. Bernard Cazeau. Ayez aujourd'hui le courage de reconnaître que ce mode de financement ne peut convenir à l'hôpital public. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

Nous ne sommes aucunement rassurés, car, si ce projet de loi est voté, vous aurez en main l'outil qui vous manquait pour opérer ces transformations : le contrat de service public conclu entre l'ARS et les cliniques privées.

Le scénario que nous entrevoyons est prévisible : acte I, on organise les carences du secteur public ; acte II, on conclut à son absence de fiabilité ; acte III, on réoriente les décisions et les financements vers le secteur privé. (*Voilà ! sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. On exécute le secteur public !

M. Bernard Cazeau. Un secteur non marchand déprisé bénéficiera à un secteur marchand avide de nouveaux marchés. En un mot, plus d'État aujourd'hui, pour plus de

marché demain. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste. – MM. Guy Fischer et François Autain applaudissent également.*)

Beaucoup moins claires sont les dispositions relatives à la médecine de ville. Les syndicats professionnels ne s'y sont pas trompés, qui ont tous compris la mainmise de l'État sur leur profession avec bien peu de compensations en retour. Ils voient dans la définition exhaustive de leur fonction que donne l'article 14 de nombreuses contreparties en termes de contrôle administratif. Ils ont l'habitude!

Ils déplorent l'absence de réflexion sur l'attractivité de la médecine générale, qui constitue pourtant le pivot du système de soins. Ils dénoncent les inepties de l'organisation de la permanence des soins. Madame la ministre, je ne fais là que relater les sentiments des médecins!

Dans mon département, le troisième de France par sa superficie, on projette de tripler la taille des secteurs de gardes médicales. On nous dit que le SAMU assurera plus d'urgences en nuit profonde, c'est-à-dire après minuit; mais il n'est nullement renforcé, et il faudra bientôt parcourir soixante ou soixante-dix kilomètres pour atteindre les patients les plus éloignés.

M. Jean Desessard. Il faut réduire les distances!

M. Bernard Cazeau. Certains auront le temps de passer de l'autre côté!

Ce n'est pas le problème de ce projet de loi, me direz-vous; mais c'est en tout cas bien le contexte dans lequel il s'inscrit!

Les dispositions relatives à la pérennité de l'offre de soins en zones déficitaires soulèvent plus d'interrogations qu'elles ne fondent de certitudes. On créera des maisons de santé pluridisciplinaires. Pourquoi pas? Mais les remplira-t-on, compte tenu des comportements d'installation des jeunes médecins aujourd'hui? On instaurera des *numerus clausus* régionalisés; mais combien de temps mettront-ils à produire leurs effets? Il faut en effet de dix à douze ans pour former un médecin. On créera des schémas dotés de préconisations sans valeur coercitive. Que coûtera-t-il alors de ne pas les respecter?

Madame la ministre, les comportements changent radicalement. Il faut en prendre la mesure. Vous le savez bien, la figure historique du moine soldat tout-terrain de la santé qu'est le médecin généraliste travaillant soixante-cinq heures par semaine a vécu. Ce modèle n'est plus revendiqué que par les générations formées dans une certaine tradition française de la médecine libérale, celle de l'après-guerre.

La démographie médicale et l'inégale répartition spatiale des professionnels interdisent le laisser-faire. Dans cinq ans, nous serons au pied du mur, et d'autres que nous se souviendront demain de l'impéritie des gouvernants d'aujourd'hui!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Quelles sont donc vos propositions?

M. Bernard Cazeau. Tout cela me rappelle la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, adoptée sous la présidence de Jacques Chirac. Alors qu'on nous avait promis de grandes avancées en faveur de l'installation des médecins en zone rurale, nous étions finalement parvenus à deux ou trois exemptions fiscales mineures, à des bourses dont le versement revenait aux conseils généraux et aux fameuses maisons de santé, payées par les communes. Certes, madame la ministre, vous n'étiez pas en fonctions à cette époque.

Je ne reviendrai pas sur tous les points du titre II tant il paraît difficile de restituer la cohérence d'ensemble de cette partie, véritable fourre-tout législatif.

Je veux toutefois attirer votre attention sur la double question des dépassements d'honoraires et des refus de soins. Ces deux problèmes sont voisins. Ils heurtent pareillement la déontologie: un médecin est non pas quelqu'un qui sélectionne, mais quelqu'un qui soigne. (*M. Alain Fauconnier applaudit.*)

La lutte contre les discriminations a été consciencieusement abordée par la commission des affaires sociales, qui a rendu plus claires les dispositions prévues initialement. En revanche, s'agissant des dépassements d'honoraires, madame la ministre, vos silences sont pesants. Une condamnation de principe, c'est bien – et Dieu sait si vous en faites –, mais un système préventif et dissuasif, c'est mieux.

Or, à ce jour, l'évaluation de la pertinence et du bien-fondé des dépassements d'honoraires demeure trop imprécise. Sans mesure ni contrôle, ces derniers relèvent du mercantilisme médical. Rien ne justifie qu'ils échappent à un encadrement. Il en va de l'accessibilité aux soins.

M. Guy Fischer. Voilà!

M. Bernard Cazeau. Enfin, je dirai un mot de vos intentions en matière de prévention. Les mesures retenues ne sont pas mauvaises en soi, mais leur faiblesse nous déçoit. Ce projet de loi ne traite de la prévention qu'à la marge. Certes, vous nous promettez un nouveau texte; attendons-le!

On ne développera pas la citoyenneté médicale par quelques mesures sporadiques d'interdiction, ça et là.

Madame la ministre, vous l'aurez compris, nous sommes en désaccord sur le fond. Pour vous, l'hôpital public est un problème; pour nous, il est une solution. Pour vous, il vit sur un mode archaïque; pour nous, il est plein d'avenir. À vos yeux, la démocratie sanitaire et la démocratie territoriale ne sont qu'un frein aux restructurations; nous pensons au contraire qu'elles sont les conditions pour rendre les réformes acceptables.

M. Alain Vasselle. Caricature!

M. Bernard Cazeau. Dans votre esprit, les professionnels de santé sont des exécutants indociles; nous les considérons dans leur très grande majorité comme des acteurs responsables.

Enfin, vous jugez notre système trop coûteux, alors que nous pensons qu'il a un prix, qu'il est certes améliorable, mais somme toute efficace. Faites la comparaison: 11 % de nos ressources économiques sont consacrées à la santé. C'est un peu plus que la moyenne européenne, mais, d'une part, l'Allemagne fait mieux que nous et, d'autre part, c'est 5 % de moins qu'aux États-Unis, où l'on voit les effets d'un exercice médical totalement libéralisé, à l'hôpital comme en ville. D'ailleurs, les réformes à venir en la matière du nouveau président américain s'inspirent de plus en plus, paradoxalement, de notre système.

Madame la ministre, l'organisation marchande de la santé est un miroir aux alouettes; elle finit toujours par coûter plus cher et finit toujours par soigner moins bien. En refusant de l'admettre, vous condamnez un texte qui aurait pu ouvrir des perspectives nouvelles. (*Bravo! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous ne formulez pas la moindre proposition! Pas la moindre!

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, avant même son examen par le Sénat, le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son chapitre consacré à la gouvernance, passionne et inquiète non seulement les médecins, mais, plus généralement, le personnel hospitalier.

Au cours de cette discussion générale, tandis que Muguet Dini traitera du volet « offre territoriale de soins », je concentrerai mon intervention sur la réforme de la gouvernance territoriale et de l'hôpital.

Nous attendions cette réforme avec impatience. Pour mémoire, cela fait des années que nous en appelons à une régionalisation de la gouvernance du système de santé, et nous n'avons jamais cessé de dire, depuis l'adoption de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qu'il ne pourra être question de réformer structurellement le système de santé en s'interdisant d'intervenir sur l'hôpital, qui représente plus de la moitié des dépenses totales de la sécurité sociale.

Deux obstacles devaient être évités : la démarche purement managériale et l'exigence purement financière. Nous voulons une société qui respecte ce qui est marchand, mais qui ne se réduise pas au marché, et nous voulons croire à l'égalité des citoyens devant la santé.

Les services publics doivent répondre à cette exigence publique définie par la loi, laquelle doit bien sûr être évaluée. Je préciserai néanmoins que, dans le domaine de la santé, les résultats s'apprécient non pas uniquement en termes financiers, mais surtout en termes humains.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Évidemment !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. C'est à l'aune de ces principes que nous avons mesuré l'intérêt du projet de loi, et c'est ainsi que nous y avons apporté des modifications de fond, qui associent la démarche médicale, fondamentale, et la démarche gestionnaire.

Le présent projet de loi devait créer les autorités, les pouvoirs et les outils nécessaires à un vrai pilotage régional du système et à une meilleure efficacité de l'hôpital.

Pour autant, le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale ne nous semblait pas exempt de critiques. Nous en formulons deux, en particulier : d'une part, le système proposé nous semblait par trop bonapartiste, trop dirigiste ; d'autre part, il laissait subsister d'importantes zones d'ombre. Reprenons ces deux points.

L'objectif de la réforme de la gouvernance est d'améliorer l'efficacité du système. Dans ce but, et pour reprendre le champ lexical consacré, on a créé un « pilote » régional et désigné un « patron » à l'hôpital. Mais, tant à l'échelon régional qu'à l'hôpital, le choix a été fait de donner tous pouvoirs à ces patrons, au détriment d'une logique d'équilibre avec les autres parties prenantes au système, comme s'il fallait jouer l'autorité sanitaire contre la démocratie sanitaire, comme s'il y avait un choix à faire entre les deux.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Caricature !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. C'est ainsi que l'on a fait du directeur de l'ARS un super-préfet sanitaire, flanqué, pour le décor, de deux institutions dépourvues de prérogatives réelles : un conseil de surveillance sans rôle de surveillance et une

conférence régionale de la santé et de l'autonomie, organe dit de la « démocratie sanitaire », mais en réalité simple organe consultatif occasionnel et secondaire.

À l'hôpital, on retrouve le même schéma : le pouvoir administratif, tout entier incarné dans la personne du directeur, ne trouvait plus face à lui, dans la version du texte issu de l'Assemblée nationale, ni le pouvoir politique des élus ni le pouvoir médical des praticiens. Il contrôlait presque intégralement la composition du directoire, aux fonctions anémiées, et le conseil de surveillance se voyait amputé de certaines prérogatives de contrôle. Quant à sa composition, elle était dans les mains de l'administration. Dans ces conditions, à quoi servait-il d'avoir créé de telles instances collégiales ?

Sans même porter la question sur le terrain des valeurs, le fond du problème est qu'il n'y a pas à opérer un choix entre efficacité et démocratie, tout simplement parce que la démocratie peut être un facteur d'efficacité.

Pour qu'un système de gouvernance fonctionne, il faut certes de l'autorité, mais aussi de l'adhésion. Toute la question est de savoir où positionner le curseur entre principe hiérarchique et nécessaire collaboration des pouvoirs. Ce curseur était placé sans nuance du côté du principe hiérarchique, autrement dit un patron de droit divin, sans contre-pouvoir !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mon Dieu...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Le primat des Gaules ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. C'est cette extraordinaire insuffisance du texte que les travaux de la commission des affaires sociales sont parvenus à corriger. Nous avons trouvé, me semble-t-il, un équilibre très satisfaisant pour tous, ce dont je remercie le président de la commission et le rapporteur.

Le groupe de l'Union centriste avait déposé quelques dizaines d'amendements en ce sens ; certains d'entre eux ont été adoptés, et beaucoup d'autres ont été satisfaits.

Au passage, je ferai une remarque sur la nouvelle procédure d'examen en commission, dont nous avons essuyé les plâtres.

L'absence des collaborateurs des groupes nous a fait cruellement défaut dans l'organisation de notre travail. Elle est d'autant plus regrettable que rien ne la justifie plus sur le plan des principes, puisque même le ministre et ses collaborateurs assistent aux séances de commission.

En outre, pour que cette réforme porte tous ses fruits, il serait souhaitable que nous ne rééditions pas en séance publique les mêmes débats fructueux que nous avons déjà eus en commission.

M. Roland du Luart. Vous avez raison !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est un doux rêve !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Ainsi, le texte issu de nos travaux nous semble désormais infiniment plus équilibré en matière de répartition des pouvoirs. En pratique, il sera ce que nous en ferons.

Dans l'esprit des amendements que nous avons déposés, nous ne pouvons que nous réjouir du renforcement du rôle de la conférence régionale de la santé, au sein de l'ARS. Cette conférence sera non plus une simple officine de consultation, mais un vrai partenaire du directeur de l'ARS dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Elle

émettra un avis sur le projet régional de santé, et non plus seulement sur le plan stratégique régional, ainsi que sur la définition des territoires de santé.

Ses moyens sont sanctuarisés dans la loi, ainsi que sa composition, du fait de l'adoption de l'un de nos amendements.

La possibilité de nommer une personnalité qualifiée au poste de président du conseil de surveillance de l'ARS se rapproche de notre souhait que cette fonction ne soit pas systématiquement exercée par le préfet de région. Il est en effet absurde que ce soit l'État qui contrôle l'État.

À l'hôpital, l'équilibre des pouvoirs est aussi grandement amélioré en matière de gouvernance, ce à quoi nous étions très attachés.

On constate d'abord un rééquilibrage entre le pouvoir administratif et le pouvoir politique : le conseil de surveillance se voit quelque peu restauré dans son rôle de contrôle. Ainsi, conformément à notre demande, le conseil de surveillance délibérera sur les actes engageant la vie de l'établissement que sont la participation à toute action de coopération ou à une communauté hospitalière de territoire.

Nous demandons également que les moyens de contrôle du conseil de surveillance soient renforcés. C'est en partie chose faite puisqu'il pourra transmettre des observations au directeur général de l'ARS sur le rapport annuel et la gestion de l'établissement.

Toutefois, nous souhaitons rendre encore plus effectifs les moyens de contrôle du conseil de surveillance en affirmant sa capacité à saisir la chambre régionale des comptes. Nous défendrons un amendement allant dans ce sens.

On constate ensuite un rééquilibrage de la composition du conseil de surveillance. Conformément à l'un de nos amendements, les personnalités qualifiées qui y siégeront seront désignées non plus par le directeur de l'ARS, mais par les exécutifs des collectivités territoriales et par le préfet de département.

En outre, le conseil de surveillance gagne en autonomie puisqu'il ne revient plus au directeur de préparer ses travaux et que la présence en son sein de ce dernier est limitée.

Enfin, et c'était pour nous un point important, le conseil de surveillance reconquiert un peu de son pouvoir dans la nomination du directeur, notre amendement imposant au directeur de l'ARS de proposer au Centre national de gestion les noms des trois candidats qu'il a choisis.

La commission a aussi effectué une redistribution de pouvoir salutaire en direction du secteur médical.

Au sein du directoire, les quatre représentants du personnel médical sont nommés après avis du président de la commission médicale d'établissement et information du conseil de surveillance. Les chefs de pôle seront nommés sur proposition, et non plus sur avis, du président de la CME. Le contrat de pôle sera cosigné par le directeur et le président de la CME. Les chefs de pôle seront nommés par le directeur sur une liste élaborée par le président de la CME. Enfin, les praticiens libéraux ne seront admis à exercer dans un établissement public que sur proposition du président de la CME et après avis du chef de pôle. Ce sont quatre points auxquels les médecins étaient très attachés. En outre, le président de la CME ne sera plus placé sous l'autorité du directeur dans son rôle d'élaboration de la politique médicale de l'établissement. Il s'agit là d'une très nette avancée.

Si nous avons progressé en matière de gouvernance, nous avons aussi supprimé d'importantes zones d'ombre que laissait subsister le texte du Gouvernement. Les principales portaient sur la question de savoir comment les ARS s'inséreraient dans leur environnement institutionnel par rapport tant à l'État qu'aux collectivités, et comment devraient s'articuler les politiques nationale et régionales de santé ?

Deux amendements adoptés en commission balayent les craintes et clarifient les choses, d'une part, en précisant que l'ARS applique la politique nationale dans la région de son ressort et, d'autre part, en redéfinissant les missions, jusqu'ici assez floues, du conseil de pilotage chargé de coordonner les agences entre elles.

Deux points, relatifs à l'articulation entre les échelons national et régional, demeurent cependant problématiques à nos yeux ; nous y reviendrons au cours du débat.

Sous réserve des réponses que vous apporterez à nos questions et d'un accueil favorable aux quelques amendements que nous présenterons en séance, notre sentiment sur le projet portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, tel qu'il résulte des travaux de la commission, est donc positif.

Nous félicitons la commission des affaires sociales, en particulier son président, M. Nicolas About, et son rapporteur, M. Alain Milon. Nous les remercions de leur écoute et de l'excellence de leur travail.

Mes chers collègues, nous avons devant nous deux objectifs : une réforme ambitieuse à peaufiner et une pratique nouvelle en séance publique à inventer pour respecter le travail de la commission.

Madame la ministre, le Gouvernement serait bien inspiré, s'il veut que le projet de loi soit voté par le Sénat, de respecter le texte adopté par la commission des affaires sociales, autrement dit de respecter le pouvoir du Parlement. Or, nous sommes inquiets à la lecture de vos premiers amendements, qui semblent quelque peu remettre en cause l'équilibre du texte.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai le droit de défendre ma position ! Respectez les prérogatives du Gouvernement comme je respecte les vôtres !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je les respecterai, mais j'espère que le dialogue sera constructif !

Le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale devra donner à l'hôpital public, en particulier, et aux ARS les moyens financiers de mettre en œuvre cette nouvelle loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Évidemment !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Ce chapitre financier, qui sera évoqué plus tard, suscite, peut-être plus que le présent projet de loi, des inquiétudes grandissantes quant à l'avenir de l'hôpital public. (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP. –M. Jean Milhau applaudit également.*)

M. Guy Fischer. C'est là qu'est le problème !

M. le président. La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, nous voilà réunis pour discuter du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. On aurait d'ailleurs dû écrire « médecins » à la place de « patients » : cela aurait sans doute été plus juste et, en tout cas, cela aurait mieux reflété les grandes lignes du texte.

Madame la ministre, il faut reconnaître à ce projet de loi, comme au texte issu des travaux de la commission, le mérite d'éclairer les réformes menées par vos prédécesseurs en matière de santé. On peut même aller jusqu'à dire que c'est ce texte qui leur donne leur cohérence puisque, désormais, tout converge vers la privatisation de notre système de santé! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du groupe socialiste.*)

Cette vision marchande de la santé n'est pas la nôtre.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Vous avez pourtant été les grands inspirateurs des cliniques privées.

M. François Autain. Elle a beau être conforme aux préconisations des institutions européennes et s'inscrire dans la logique du traité de Lisbonne, elle n'en est pas moins inacceptable.

Nous récusons la subordination de la santé à l'économique, car, partout où elle est mise en œuvre, elle se révèle discriminatoire dans l'accès aux soins et préjudiciable à la qualité de ces derniers.

Pour illustrer cette politique, on cite souvent les États-Unis qui, en consacrant à la santé 16 % de leur produit intérieur brut, contre 11 % pour la France, laissent 41 % de leur population mal ou non assurée, ayant difficilement, voire pas du tout, accès aux soins. (*M. Guy Fischer s'exclame.*)

Et ce n'est pas le moindre des paradoxes de constater que, au moment où les États-Unis prennent comme modèle notre système de santé pour réformer le leur, nous nous inspirons du leur pour réformer le nôtre! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du groupe socialiste.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Non!

M. François Autain. Cette remise en cause de notre modèle a déjà eu et aura des conséquences désastreuses sur l'hôpital public. Les réformes incessantes dont il a été l'objet ces trois dernières années ont accru ses difficultés, comme si le Gouvernement misait sur sa disparition prochaine au profit du secteur commercial.

Il est vrai que le Gouvernement est allergique aux services publics en général et aux services publics hospitaliers en particulier (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG,* ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Oh!

M. François Autain. ... et qu'il ne manque pas une occasion d'apporter sa contribution à la campagne de dénigrement dont l'hôpital public est l'objet.

M. Guy Fischer. C'est la vérité!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Non, je défends l'hôpital public!

M. François Autain. Dans ce domaine, le Président de la République n'est pas le dernier puisque, dans un discours remontant à un peu moins d'un an, il est allé jusqu'à accuser injustement l'hôpital de dilapider chaque année 64 % des dépenses de santé alors que, en réalité, l'hôpital ne représente que 34 % de ces dernières. Quand on veut noyer son chien, ... vous connaissez la suite!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Vous travestissez les propos du Président de la République!

M. François Autain. Je ne travestis rien du tout! Ce propos est tout à fait exact!

Aujourd'hui, vous le savez, madame la ministre, l'hôpital va mal, il est en état de sous-financement chronique, affaibli et déstructuré.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. C'est pour cela qu'il faut le réformer!

M. François Autain. Ses personnels, en nombre insuffisant, sont démoralisés alors que se profilent des vagues de licenciements de milliers de personnes. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

La sécurité et la qualité des soins ne sont plus garanties et, paradoxalement, ce projet est muet sur le mode de financement de l'hôpital, qui est pourtant la principale cause de la crise sans précédent traversée par ce dernier.

La tarification à l'activité a déstabilisé l'hôpital public, provoquant une course aux recettes et une sélection des patients, instaurant entre le secteur commercial et le secteur public une concurrence meurtrière pour ce dernier, obligé de prendre en charge toute l'année, sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les patients qui se présentent alors que le secteur à but lucratif peut choisir les patients les plus rentables.

Votre texte, madame la ministre, n'apporte aucune solution à tous ces problèmes. Au contraire, il les aggrave! Il supprime purement et simplement le service public hospitalier. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Le bloc de missions de service public est décliné en une multitude de missions parmi lesquelles le secteur privé à but lucratif peut choisir de n'exercer que celles qui sont rentables.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Vous ne croyez pas à ce que vous dites!

M. François Autain. Les activités privées à l'hôpital, régulièrement dénoncées comme contraires à l'éthique et qui, depuis leur instauration en 1958, perturbent le fonctionnement des services ne connaîtront plus aucune limite puisque le texte organise l'entrée des médecins libéraux à l'hôpital.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Vous défilez pourtant bras dessus bras dessous!

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Certaines spécialités seulement sont visées!

M. François Autain. Certes, dans certaines spécialités, l'hôpital manque de médecins; mais doit-on pour autant chercher à s'attacher leur service au prix fort alors qu'il serait tout à la fois plus rationnel, plus simple et plus juste d'éviter la fuite vers le secteur commercial des praticiens hospitaliers, en particulier des jeunes, en améliorant leurs conditions de travail et de rémunération, notamment en ce qui concerne les retraites?

Par ailleurs, l'instauration à l'hôpital d'un intéressement aux bénéfices risque de provoquer des conflits d'intérêt préjudiciables aux patients et à la cohésion des équipes médicales.

Enfin, le terme « hôpital », sans doute trop connoté à vos yeux, madame la ministre, est remplacé par celui, plus neutre, d'« établissement de santé ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Le mot « hôpital » figure dans l'intitulé du projet de loi!

M. François Autain. Ce glissement sémantique est tout sauf anodin.

Mme Annie David. Eh oui!

M. François Autain. Il anticipe sur la finalité ultime de votre réforme et sur la privatisation totale ou partielle du secteur public hospitalier. (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

M. Guy Fischer. Après La Poste!

Mme Annie David. Et l'énergie!

M. François Autain. En toute logique, le projet de loi organise cette mutation. Il étend les techniques de gestion de l'entreprise à l'hôpital, au mépris de la spécificité de ses missions et de son fonctionnement, comme si dispenser des soins était une activité mercantile banale, comme si les patients étaient des clients, comme si leur santé pouvait se négocier en parts de marché.

Les élus sont refoulés des instances de décision. Ma collègue Annie David évoquera tout à l'heure ce sujet.

Le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance, et le corps médical est tenu en lisière. Le directeur devient le seul patron, celui qui peut décider de tout, y compris du projet médical d'établissement, contre l'avis des professionnels de santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est faux!

M. François Autain. Heureusement, sous la pression de la rue – vous pouvez difficilement le nier –, vous avez dû reculer, comme cela était déjà arrivé par le passé, et vous rendre à l'évidence qu'il n'était pas possible de réformer l'hôpital contre les praticiens.

Vous avez également dû reculer en reportant à 2018 la mise en place de la convergence tarifaire public-privé. Je me demande d'ailleurs pourquoi vous ne l'avez pas tout simplement supprimée. Cela aurait été plus courageux, plus honnête et plus franc.

Venons-en aux agences régionales de santé, les ARS.

C'est en 1993, dans le rapport « Santé 2010 » du Commissariat général du Plan, qu'apparaît pour la première fois l'idée de la création de ces agences.

Les textes adoptés depuis lors ne brillent pas par leur cohérence : alors que la loi du 23 février 2005 sur le développement des territoires ruraux est d'inspiration nettement décentralisatrice, le dispositif du 4 mars 2002 amendé par les lois Douste-Blazy et Mattei de 2004 relève plutôt d'une déconcentration technocratique.

Ce projet de loi s'inscrit dans la même perspective : déresponsabiliser les politiques en confiant à des experts non soumis au contrôle démocratique le pouvoir que devraient normalement exercer les élus. Il va sans aucun doute aggraver, alors qu'il vise le contraire, l'imbroglio administratif actuel qui caractérise l'organisation de notre système de santé.

Il y a trop d'agences et d'institutions de toutes sortes. J'en ai dénombré pas moins d'une vingtaine dans le seul domaine de la santé. Ce processus d'« agencisation » de l'État auquel ce projet donne un coup d'accélérateur, loin de simplifier le système, risque de le rendre encore plus opaque. Ma crainte est qu'il ne donne naissance à un monstre bureaucratique ingérable et totalement déconnecté des réalités, qu'il nous faudra réformer dans quelques années.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pourtant, dans le programme de votre candidat, il y avait la création des ARS!

M. François Autain. En réalité, on réforme l'hôpital à peu près tous les deux ans! (*Mme la ministre s'exclame.*)

La rédaction de l'article 26, amendée par la commission, ne me rassure pas. Il apparaît que ces agences sont destinées moins à veiller à la satisfaction des besoins de santé de la population de la région dans le respect, pour chacun, d'une égale accessibilité tarifaire et géographique aux soins, qu'à faire respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie établi en fonction de critères essentiellement économiques.

M. Guy Fischer. Tout à fait!

M. François Autain. À cet effet, les ARS – ou plutôt les ARSA, les agences régionales de santé et de l'autonomie, depuis l'adoption, par la commission, d'un amendement visant à les rebaptiser – seront dirigées par un super-préfet...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Encore un!

M. François Autain. ... nommé en conseil des ministres qui, hors de tout contrôle démocratique, arrêtera le projet régional de santé, nommera et révoquera les directeurs d'hôpitaux publics,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Avant, c'était le ministre de la santé!

M. François Autain. ... lesquels pourront désormais venir du secteur marchand avec leur salaire, beaucoup plus élevé que celui des directeurs actuellement à la tête des hôpitaux, et y retourner sans contrainte. Certains directeurs de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris l'ont déjà fait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela intéressera certainement les patrons du CAC 40!

M. François Autain. Le directeur général de l'ARSA pourra réduire unilatéralement certaines dotations financières dont bénéficient les hôpitaux publics, quelles que soient les conséquences sur les soins.

Il aura aussi la responsabilité de la gestion des risques, qui relevait jusque-là de l'assurance maladie, contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des pays européens, lesquels opèrent une séparation entre régulation du système et organisation de l'offre de soins. L'assurance maladie deviendra ainsi, en quelque sorte, une filiale de la *holding* « Agences régionales de santé et de l'autonomie ». (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du groupe socialiste.*)

Cette concentration en une seule main de tous ces pouvoirs a pour seul objectif d'assurer la maîtrise comptable des dépenses de santé. C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons y souscrire.

En ce qui concerne le volet médico-social du texte, l'intégration de l'ensemble de ce secteur dans les ARS, qui sont fortement marquées par leur identité sanitaire, fait craindre à ses acteurs une prise en compte insuffisante de leurs besoins spécifiques. À cet égard, la modification du nom de l'ARSA est un signe particulièrement bienvenu qui les rassurera sûrement.

En revanche, la suppression des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale, qui traduit la volonté du Gouvernement de renforcer le pouvoir des ARSA au détriment des représentants des associations, est unanimement condamnée. C'est pourquoi nous proposons un amendement les rétablissant. Il nous apparaît en effet indispensable de maintenir le seul organisme consultatif régional pluriel dans sa composition, seul capable d'avoir une vision prospective globale des besoins en matière d'équipements et de services sociaux et médico-sociaux.

Par ailleurs, le transfert aux ARSA de compétences dévolues auparavant aux départements et à l'échelon local est potentiellement source de conflits ou de confusion. Ainsi en est-il, par exemple, de la programmation. Comment articuler le schéma régional médico-social de l'ARSA avec le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, le PRIAC, et le schéma élaboré avec le conseil général, qui, quant à lui, est départemental? Cette question est l'une des nombreuses interrogations que suscite cette réforme et auxquelles ce projet de loi ne répond pas.

J'aborderai maintenant, madame la ministre, la question des soins de premiers recours.

Si l'on peut sans difficulté souscrire à la définition qui en est donnée dans le titre II, on peut déplorer l'absence totale de mesures concrètes susceptibles de répondre aux problèmes majeurs que rencontrent aujourd'hui les patients dans leur vie quotidienne.

Contrairement à ce que vous indiquez, madame la ministre, si le taux moyen de remboursement des soins est bien de 75 %, on assiste aujourd'hui à une détérioration de la prise en charge des soins ambulatoires, qui ne sont remboursés qu'à moins de 60 %.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Globalement, à 78 %!

M. François Autain. Le taux de 75 % que vous mettez en avant est trompeur. Nous devons le dénoncer!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous avons fait le choix, pour les soins coûteux, de la longue durée!

M. François Autain. À cette détérioration du taux de remboursement, il faut ajouter la multiplication des franchises et contributions forfaitaires de toutes sortes que vous avez mises en œuvre depuis quelques années. Celles-ci sont grandement responsables de cette détérioration du taux de remboursement et de l'augmentation du « reste à charge » des patients.

Il faut aussi y ajouter les dépassements d'honoraires en ville, qui s'élèvent en moyenne à 8 % des dépenses présentées au remboursement, dont seulement une partie est prise en charge par les assurances complémentaires, pour peu que l'on en bénéficie!

Pour certaines spécialités, dans certaines zones, cette moyenne est d'ailleurs très largement dépassée. En établissements de santé commerciaux, le montant des dépassements peut atteindre plusieurs centaines, voire plusieurs milliers d'euros.

Devant une situation qui ne cesse de se dégrader, la seule politique du Gouvernement consiste à éviter à tout prix de s'opposer à la profession médicale – vous y parvenez assez bien – et à remettre à plus tard – à 2013, et pourquoi pas 2018? – les quelques mesures qui auraient pu constituer un début de politique volontariste en matière d'accès aux soins.

À cet égard, je déplore que la commission des affaires sociales n'ait pas supporté les quelques avancées que l'Assemblée nationale avait réalisées sur ce point. C'est regrettable, car il existe, en matière d'accès aux soins, au moins un dossier en friche qu'il faudrait traiter de toute urgence: celui de la médecine libérale.

Il faut en effet tirer les conséquences de l'échec qui solde cinq années de fonctionnement d'un système conventionnel à bout de souffle. L'enlisement des négociations sur le secteur optionnel entamées voilà bientôt cinq ans, madame la ministre, sans que vous ayez rien fait, en est la preuve la

plus accablante. Ce système s'est montré tout aussi incapable de régler le problème des zones sous-médicalisées et celui de la permanence des soins.

S'arc-bouter, comme le fait le Gouvernement, sur la liberté d'installation des médecins libéraux, même lorsqu'elle s'exerce au détriment du patient, ne peut constituer à elle seule une politique; les droits des patients sont aussi intangibles que la liberté des médecins. Il arrive même que l'une doive s'effacer devant les autres, notamment pour les missions de service public.

Il ne suffit pas de revendiquer sur le mode incantatoire, comme vous le faites, un égal accès de tous aux soins de qualité pour que cet objectif soit atteint; encore faut-il s'en donner les moyens. Et vous vous y refusez.

Vous comprendrez, dans ces conditions, que les sénateurs du groupe CRC-SPG ne puissent voter ce projet de loi. (*Vifs applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-neuf heures vingt, est reprise à vingt et une heures trente-cinq, sous la présidence de M. Bernard Frimat.*)

PRÉSIDENT DE M. BERNARD FRIMAT vice-président

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Pour votre bonne information, mes chers collègues, je vous signale que la discussion générale, si tous les orateurs respectent leur temps de parole – je ne leur en tiendrai bien évidemment pas rigueur... (*Sourires.*) –, devrait encore nous occuper deux heures et quarante-trois minutes. Aussi serons-nous amenés, madame la ministre, monsieur le président de la commission, à décider au fil de la séance comment et jusqu'à quelle heure nous poursuivrons nos travaux. Je rappelle en effet que le Sénat doit examiner demain, à neuf heures trente, un autre texte. Nous affinerons donc chemin faisant! (*Mme la ministre et M. le président de la commission acquiescent.*)

Dans la suite de la discussion générale, la parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. Monsieur le président, madame la ministre, madame le secrétaire d'État, mes chers collègues, je souhaite vous faire partager ma vision du texte en tant que rapporteur des volets consacrés aux équilibres généraux et à l'assurance maladie dans les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

J'aborderai quatre sujets: le premier, que j'évoquerai brièvement, est celui de la gouvernance hospitalière; le deuxième, celui de la démographie médicale; le troisième, celui de la coordination des soins de ville et des soins à l'hôpital, qui me paraît essentielle; le quatrième, enfin, celui des agences régionales de santé, les ARS.

Avant toute chose, cependant, je voudrais souligner l'excellent travail – chacun ici en conviendra – réalisé par la commission des affaires sociales, son président et son rapporteur pour améliorer le texte et aboutir à la rédaction que nous examinerons en séance publique. Ce fut un véritable travail de titan, que nous risquons de devoir refaire dans l'hémicycle!

M. le rapporteur a rappelé tout à l'heure les principaux aspects sur lesquels la commission a travaillé, notamment dans le domaine de la gouvernance hospitalière, mon premier point. Je ne peux que soutenir la démarche entamée par la commission, qui souhaite associer les médecins à la gestion des établissements, en tout cas à sa dimension médicale. J'ai noté que plusieurs intervenants allaient dans le même sens, et je ne doute pas que le Sénat, dans sa sagesse, saura ne pas revenir sur les amendements que la commission a déjà adoptés.

De la même manière – j'aborde mon deuxième point –, il me semble pertinent d'avoir privilégié les mesures incitatives pour influencer l'installation des futurs médecins libéraux et de faire ainsi confiance, comme vous l'avez souligné, madame le ministre, aux partenaires conventionnels. Cela ne nous empêche pas de nous assurer qu'ils disposent de tous les outils nécessaires pour remplir les objectifs que nous leur avons fixés ni de contrôler que ceux-ci sont bien atteints, voire d'inciter à la conclusion de certaines négociations entamées de longue date. Je pense plus particulièrement à celle qui porte sur le secteur optionnel, dont il est question depuis suffisamment longtemps et qui n'a pas encore abouti.

Cela étant, la confiance n'est pas incompatible, à mon sens, avec la détermination par les pouvoirs publics de quelques lignes directrices claires destinées à préparer l'avenir. Voilà deux ans déjà, notre collègue Jean-Marc Juilhard, dans un rapport d'information intitulé *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?*, avait souligné deux éléments très utiles pour favoriser une meilleure répartition de l'offre de soins libérale.

Ainsi, il proposait la création d'un guichet unique destiné à apporter une meilleure information aux étudiants. J'ai d'ailleurs noté, madame le ministre, que c'était là une de vos préoccupations majeures, puisque vous l'avez rappelée devant la commission des affaires sociales. Les internes en médecine se plaignent en effet de ne pas être suffisamment bien informés sur le dispositif mis en œuvre, et je sais que vous souhaitez faire remplir à l'ARS un rôle déterminant dans ce domaine. J'espère donc que ces mesures permettront d'encourager les médecins à faire appel au dispositif incitatif et contribueront ainsi à résoudre cette question de la démographie médicale.

Notre collègue M. Juilhard avait développé une autre idée, celle du développement des maisons médicales de garde. Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, la commission des affaires sociales, suivant en cela une proposition que j'avais formulée, nous avait invités à introduire la notion de maison médicale dans le code de la santé, et il vous revenait, madame le ministre, de favoriser le lancement d'expérimentations. Je note que celles-ci ont un peu de mal à se mettre en place, mais je ne veux pas désespérer. Les ARS permettront-elles d'accélérer les choses? Je le souhaite.

Il me semble, mes chers collègues, que le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires va dans le sens indiqué. Je voudrais toutefois vous rappeler, madame le ministre, les efforts finan-

ciers que les collectivités territoriales ont déjà fournis pour favoriser le maintien et l'installation des médecins, et insister sur la nécessité, à mon sens, de prévoir sur ce sujet une véritable collaboration avec les ARS.

Je vous rappelle aussi quelques dysfonctionnements en matière de zonages, également soulignés par M. Jean-Marc Juilhard, puisque les zonages qui concernent la densité médicale ne recourent pas toujours ceux qui sont liés à l'aménagement du territoire; je pense ici plus particulièrement aux zones de revitalisation rurale. (*Mme Nathalie Goulet acquiesce.*) Il conviendrait donc, sur ces différents territoires, de coordonner les aides prévues, qu'elles proviennent des collectivités ou de la future ARS.

J'en arrive à mon troisième point : la fluidité du parcours de soins entre la médecine de ville et l'hôpital, voire les établissements médico-sociaux.

Nous connaissons tous les défaillances de cette relation. Aucun débat, aucun rapport consacré à la santé publique n'éclaire la question; le rapport de la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, qui était présidée par Gérard Larcher, l'a d'ailleurs rappelée avec force. Toutefois, lorsque je demande à mes interlocuteurs ce qu'il convient de faire concrètement, ils restent silencieux; j'ai encore pu le constater à l'occasion de discussions que, à ma modeste échelle, j'ai menées récemment.

Or, à ma connaissance, le texte que nous allons examiner ne contient aucune disposition précise en la matière. C'est pourquoi, mes chers collègues, je vous proposerai un amendement qui me semble particulièrement important et qui vise à développer ce que les Anglo-Saxons appellent le *case management*. La démarche consiste à développer une fonction d'appui pour la prise en charge des situations les plus graves. Il s'agit, par exemple, d'assister les patients qui vont subir une hospitalisation afin de s'assurer qu'ils reçoivent les soins adéquats et que leur sortie est organisée. Cet appui ne se limite pas aux questions sanitaires; il concerne également la prise en charge de problèmes administratifs ou sociaux. Dans le monde anglo-saxon, cette tâche est prise en charge par les assureurs.

M. François Autain. Les Anglo-Saxons sont un modèle!

M. Alain Vasselle. En France, certains assureurs complémentaires réfléchissent à l'opportunité de la mise en œuvre de ce type de système.

M. François Autain. Absolument! C'est l'avenir!

M. Alain Vasselle. Il me semble indispensable que nous débattions de ce sujet et qu'éventuellement nous autorisions l'assureur public à développer ce type de service, notamment pour les assurés souffrant d'une affection de longue durée, qui, on le sait, pèsent lourdement sur les finances de la sécurité sociale. Ces malades font déjà l'objet d'un accompagnement particulier dans le cadre du programme Sophia, qui est destiné à la prise en charge des diabétiques mais qui, à mon sens, a vocation à voir son champ s'étendre à d'autres pathologies. De nouvelles prises en charge peuvent être proposées à cette population, à laquelle nous devons être attentifs.

Un tel choix devrait permettre de charger un acteur bien identifié de la mise en œuvre d'une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital. Il aurait également l'avantage de favoriser l'émergence des bonnes pratiques développées localement et d'assurer ainsi une meilleure prise en charge des patients, au-delà de la transmission de l'information médicale, qui, à terme, sera assurée par l'intermédiaire du

dossier médical personnel, le DMP. Je sais, madame le ministre, combien vous vous êtes investie, depuis que vous avez pris vos fonctions ministérielles, pour que ce DMP voie enfin le jour. L'attente a assez duré,...

M. Guy Fischer. Et nous a coûté assez cher !

M. Alain Vasselle. ... et j'espère que nous verrons bientôt le bout du tunnel.

Je voudrais maintenant aborder mon quatrième et dernier point : la question des agences régionales de santé,...

M. François Autain. Et de l'autonomie !

M. Alain Vasselle. ... les très attendues ARS, dont la création constitue une évolution importante de l'organisation de notre système de soins. Je ne serai pas aussi critique que l'a été notre collègue M. Autain ; j'ai cependant quelques interrogations sur lesquelles je me permettrai d'appeler l'attention de Mme le ministre.

M. Guy Fischer. Ah ! Tout de même !

M. Alain Vasselle. Ces structures nouvelles seront dotées de compétences très larges. Mais prenons garde à ne pas en attendre trop et qu'elles ne soient pas source de désillusions !

Ma première remarque concernera les directeurs généraux des ARS. Ils auront à gérer des dossiers très lourds. Je ne vous cache pas, madame le ministre, que, à titre personnel, je crains – j'espère que ce ne sera pas fondé – qu'ils ne soient absorbés en quasi-totalité par la question hospitalière – Dieu sait s'il y a à faire à l'hôpital ! – en raison de l'importance des budgets et des négociations contractuelles à mener avec l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

Ces directeurs généraux devront faire preuve de nombreuses qualités – je sais que vous faites tout pour cela – pour assurer la mise en oeuvre et la direction de ces agences.

M. René-Pierre Signé. Ils seront choisis !

M. Alain Vasselle. En outre, madame le ministre, j'ose espérer qu'ils auront la volonté, contrairement aux directeurs d'ARH qui en ont parfois été dépourvus, d'être en contact avec les élus locaux, et ce d'autant plus que les ARS devront intervenir dans le domaine médico-social – Valérie Létard l'a évoqué tout à l'heure –, en collaboration avec les départements.

M. René-Pierre Signé. Les élus locaux ne siègeront plus au conseil de surveillance !

M. Alain Vasselle. J'en viens au cœur de mon propos sur les ARS, à savoir le choix, au nom de la rationalisation administrative, de confier à une seule structure à la fois l'organisation de l'offre de soins, le contrôle de la dépense hospitalière...

M. François Autain. Oui !

M. Alain Vasselle. ... et la gestion du risque assurantiel en santé ; c'est beaucoup.

M. François Autain. C'est trop !

M. Alain Vasselle. Je ne vous surprendrai pas en vous disant qu'il y a à mon sens des risques de conflit d'intérêts...

M. François Autain. Je partage cette inquiétude !

M. Alain Vasselle. ... à confier à une même structure l'ensemble de ces missions.

M. François Autain. Absolument !

M. Alain Vasselle. Les ARH n'ont d'ailleurs pas su mener de front les missions d'organisation et de contrôle.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Elles n'en avaient pas la compétence !

M. Alain Vasselle. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter aux rapports de l'IGAS et de l'IGS sur ce sujet. Nos voisins européens choisissent souvent de dissocier ces fonctions sans pour autant remettre en cause le caractère régaliens des politiques de santé.

Si cette argumentation sur le fond ne suffit pas à vous convaincre, madame le ministre, j'aborderai la question de façon plus pragmatique.

Dans quelques mois, ces directeurs généraux vont devoir mettre en place des structures rassemblant plusieurs centaines de personnes venant d'horizons variés, porteurs de cultures administratives différentes.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est ce qui fait leur richesse !

M. Alain Vasselle. Il est difficile de croire que ces hommes et ces femmes, quelles que soient leurs qualités, pourront mener de front l'ensemble des compétences qui leur sont confiées.

D'ailleurs, M. le rapporteur avait proposé, plutôt qu'un transfert, une mise à disposition, ce qui, à mon sens, permettait, dans un premier temps, d'assurer la transition de manière un peu plus satisfaisante avant de passer directement au transfert.

Cela étant, la commission a tranché : un choix a été fait en accord avec le Gouvernement ; je n'y reviendrai pas et je ne déposerai pas d'amendement à ce sujet.

La priorité des ARS sera de travailler à une meilleure organisation de l'offre de soins avec les établissements de santé et à la création des communautés hospitalières de territoire, avec les établissements médico-sociaux, dans le domaine de la médecine ambulatoire, pour laquelle nos attentes sont grandes et le temps compté, comme mes collègues l'ont souvent souligné.

Mes chers collègues, comment, dans un tel contexte et une telle urgence, les directeurs généraux pourront-ils mener de front les missions d'organisation de soins et de gestion du risque ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ils auront une équipe !

M. Alain Vasselle. Pouvons-nous prendre le risque que certaines compétences transférées vers les ARS ne soient pas exercées pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois ? Pouvons-nous interrompre des dynamiques que nous avons eues tant de mal à mettre en oeuvre et qui commencent à produire leurs effets ?

On ne peut pas faire le procès de la Caisse nationale d'assurance maladie à ce sujet. Les résultats en matière de soins de ville sont probants. Vous-même, madame le ministre, avez relayé les propos tenus par votre prédécesseur, Xavier Bertrand. La maîtrise médicalisée en soins de ville est une réalité. Elle a permis de contenir l'évolution du déficit de la branche maladie, et il nous faut absolument parvenir à ces mêmes résultats de maîtrise médicalisée des dépenses à l'hôpital. Nous attendons d'ailleurs à ce sujet la parution d'un décret sur l'identification des médecins hospitaliers, mais cela tarde un peu.

M. Guy Fischer. Voilà qui est clairement dit !

M. Alain Vasselle. Voilà pourquoi, madame le ministre, nous avons proposé des modifications à l'architecture initialement retenue et voilà pourquoi je proposerai encore d'optimiser la place et le rôle des ARS par rapport aux autres acteurs du système.

Il s'agit de pragmatisme, et cette solution ne se traduira pas par une dépossession de compétences dont seraient victimes l'État ou les ARS. La politique de gestion du risque sera décidée au niveau national, dans le cadre du comité national. La convention d'objectifs et de gestion qui lie les caisses d'assurance maladie précisera les objectifs que l'État fixe aux caisses et permettra de suivre leur exécution.

Une telle solution est dans la continuité des amendements adoptés sur l'initiative de la commission : elle a pour avantage de faciliter la prise en compte d'une dimension régionale dans la gestion du risque sans obliger le directeur général de l'ARS à signer des conventions avec l'ensemble des caisses locales d'assurance maladie de sa région.

Les orientations souhaitées par l'ARS seraient ainsi mises en oeuvre. Cette convention pourrait, madame le ministre, comme l'a d'ailleurs évoqué dans un entretien le secrétaire général de votre ministère, contenir des dispositions plus larges, par exemple pour la mise en place d'actions de prévention ou de mesures destinées à favoriser l'offre de soins.

C'est bien une véritable complémentarité entre l'échelon régional et l'échelon national qui doit être mise en oeuvre, et je pense que tel est votre souci, madame le ministre. Je ne doute pas que nous réussirons à nous entendre sur le texte qui réunira les ARS. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. le président. La parole est à M. Raymond Vall.

M. Raymond Vall. Monsieur le président, madame le ministre, madame le secrétaire d'État, mes chers collègues, longtemps vanté comme l'un des meilleurs du monde, notre système de santé présente aujourd'hui de redoutables symptômes : un financement fragilisé, un pilotage contesté et éclaté, et, surtout, des inégalités très profondes d'accès aux soins.

Les avancées scientifiques et technologiques ont certes rendu la médecine plus fiable, mais les problèmes d'organisation des soins et de démographie médicale privent un grand nombre de Français du bénéfice de ces performances.

Dans certains territoires, en particulier ruraux, la permanence des soins est très approximative, les délais d'accès en cas d'urgence sont incompatibles avec l'efficacité des soins, les files d'attente pour les spécialistes s'allongent. En bref, le désert médical s'installe et gagne du terrain dans nos campagnes !

Les origines de ce problème sont évidemment diverses – manque d'attractivité ou enclavement des territoires, disparition des services publics, dévalorisation de la médecine générale, désintérêt pour certaines spécialités –, mais il faut dire aussi que les conditions brutales et souvent anarchiques dans lesquelles sont conduites depuis quelques années les restructurations hospitalières ont également un impact très fort. Elles démotivent les professionnels et désorganisent la coordination des soins.

À cela s'ajoutent pour les patients des difficultés financières liées aux déremboursements, aux franchises, aux coûts de transports et plus encore aux dépassements d'honoraires. Dans certains secteurs, il devient même difficile de trouver des médecins du secteur 1.

Face à cette situation, qui ne date pas d'hier, on ne peut plus se contenter de mesures isolées, de vœux pieux. Il est temps de décider et d'agir, d'autant que, en matière de santé plus encore que dans d'autres domaines de l'action publique, les fruits se récoltent à moyen et à long terme.

Madame la ministre, votre projet de loi était donc très attendu. Loin d'emporter l'adhésion de ceux qui font l'excellence de l'hôpital – je veux parler bien sûr des médecins –, il a plutôt provoqué leur grogne.

Le texte de la commission des affaires sociales du Sénat semble impliquer davantage les médecins dans la gouvernance de l'hôpital, mais on peut encore espérer mieux. Nous attendrons l'examen de nos amendements pour nous prononcer sur ce volet.

En ce qui concerne l'accès aux soins, certaines dispositions sont intéressantes : la gestion des effectifs médicaux par discipline et par région en fonction des besoins – cela a déjà été dit –, le rôle pivot du médecin généraliste dans les soins de premier recours, les stages permettant la connaissance de la médecine générale, y compris rurale, le contrat d'engagement de service public...

Les agences régionales de santé, dont nous approuvons le principe, permettront aussi une unité d'action, car l'émission de l'État dans le domaine sanitaire, le cloisonnement entre l'hôpital et la médecine de ville, le corporatisme, les concurrences excessives entre les établissements de santé figurent également parmi les raisons du désordre actuel.

Mais ces mesures seront-elles suffisantes pour réduire les inégalités d'accès aux soins ? Nous en doutons. Quoi qu'il en soit, elles ne trouveront leur plein impact que dans un délai de deux à quatre ans, voire dix ans pour certaines d'entre elles.

Or, il y a urgence. Le désert médical s'est déjà installé dans certains territoires. Aucune mesure immédiate n'est proposée, pas plus pour orienter l'installation dans les zones sous-dotées que pour garantir l'accès à des soins à tarifs opposables.

Les maisons de santé, les centres de santé, les réseaux permettent de rompre l'isolement, d'accueillir des praticiens habitant des zones urbaines et de partager les tâches. Mais ces projets ont du mal à émerger. Ces regroupements doivent être encouragés vigoureusement parce qu'ils sont aussi indispensables à la survie des hôpitaux.

Enfin, j'ai noté dans votre texte la disparition de l'hôpital local ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Non, il change de nom !

M. Raymond Vall. ... ce qui laisse augurer un certain nombre de problèmes eu égard aux décrets d'application de la médecine.

Le remaillage offensif des territoires exige une démocratie sanitaire participative. Or, le mode de gouvernance des ARS ne présage rien en ce sens.

La modernisation du réseau hospitalier doit être négociée et non imposée. Les ARS devront être garantes de la coopération hospitalière entre les grands centres hospitaliers et les hôpitaux de proximité, en évitant le « cannibalisme hospitalier ». Les hôpitaux locaux constituent, me semble-t-il, un renfort indispensable pour les médecins généralistes et un point d'appui pour de nombreuses spécialités.

Dans certains secteurs particulièrement isolés, il faut permettre leur maintien, même en dessous des seuils déjà engagés par les ARS et certaines directions départementales, qui procèdent déjà à des maillages ne correspondant pas aux besoins des populations. Ces petits hôpitaux doivent être maintenus – j'y insiste –, et il faut encourager leur regroupement par fusion volontaire.

Pour conclure, monsieur le président, madame la ministre, vous l'aurez compris, la grande majorité des membres du groupe RDSE n'est pas convaincue par ce projet de loi, même amélioré par la commission des affaires sociales dont nous saluons le travail. Nous serons donc attentifs aux suites qui seront données aux très nombreux amendements dont nous partageons la philosophie, qu'ils émanent ou pas de notre groupe ; c'est en fonction du sort qui leur sera réservé que nous déciderons de voter pour ou contre votre texte. *(Applaudissements sur les travées du RDSE. –Mme Nathalie Goulet applaudit également.)*

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, lorsque j'ai pris connaissance du titre I^{er} de ce projet de réforme de l'hôpital sur lequel je souhaite intervenir ce soir, il m'est spontanément venu à l'esprit ce qu'écrivait récemment le sociologue Frédéric Pierru, chercheur au CNRS et enseignant à l'université Paris-Dauphine : « La réforme de l'hôpital n'est jamais qu'une illustration parmi d'autres des transformations plus fondamentales du politique. Des élites, délaissant de plus en plus les valeurs du public au profit (dans tous les sens du terme) du privé, avides d'indicateurs de gestion prétendument objectifs, sûres de la supériorité de leurs recettes et jargon passe-partout, coupées de la réalité de l'expérience vécue des citoyens ordinaires, profondément méfiantes à l'égard de toute forme de contre-pouvoirs [...] ». En l'occurrence, il s'agit ici de celui des élus et des médecins.

Ensuite, je me suis posé une question : fallait-il de toute urgence initier une « nouvelle gouvernance » à l'hôpital ? La question mérite d'être posée. Cette « nouvelle gouvernance » intervenait dans un univers hospitalier déjà très fragilisé par une concentration de réformes récemment survenues sur une période très courte. Bref, il nous faut être conscient du fait que l'hôpital peine encore aujourd'hui à intégrer l'impact de ces différentes réformes qui, de plus, n'ont pas été évaluées.

Les professionnels médicaux et paramédicaux, les premiers visés par ces réformes, souhaitent du temps pour repenser leurs missions et leur organisation dans l'intérêt des malades ; l'accumulation accélérée de réformes ne le leur donnant pas, la perspective d'une nouvelle réforme de l'ampleur de celle qui est annoncée eut pour conséquence presque immédiate la cristallisation de la conflictualité sociale latente au sein de l'hôpital depuis de nombreux mois. Vous connaissez la suite : des manifestations, des grèves...

Quel est l'intérêt des malades dans tout cela ? Mais est-ce bien l'intérêt des malades qui guide la réforme proposée par le projet de loi touchant la « gouvernance » de l'hôpital ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Oui !

M. François Autain. Non !

M. Jacky Le Menn. Permettez-moi d'en douter, madame la ministre, l'intérêt des malades finissant par disparaître derrière une préoccupation centrale autre de vos services, à savoir la seule rentabilité de la structure hospitalière.

L'hôpital est victime d'un concept qui a lentement mûri, d'abord dans les têtes, puis dans les déclarations de quelques technocrates opiniâtres, économistes de la santé, gestionnaires hospitaliers qui tentent de le faire passer en force aujourd'hui dans la loi.

M. Jean-Luc Fichet. C'est la vérité !

M. François Autain. Très bien !

M. Jacky Le Menn. Ce concept est celui de « l'hôpital entreprise », n'en déplaise au Président de la République ! *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

M. Guy Fischer. Voilà !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela ferait longtemps qu'il aurait déposé le bilan !

M. Jacky Le Menn. Je vous demande de bien réfléchir sur ce concept, mes chers collègues, si vous souhaitez réellement éviter la mort de l'hôpital public, ce dont je ne doute pas.

Regardons donc de plus près ce que recouvre ce concept mortifère pour l'hôpital public, dans ses déclinaisons inscrites dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital, et relatif aux patients, à la santé et aux territoires tel qu'il nous est arrivé en commission des affaires sociales, et dont de grosses scories demeurent encore dans le texte qui nous est présenté aujourd'hui.

Premièrement, il recouvre une centralisation extrême du pouvoir dans la fonction directoriale tout entière incorporée, au sens bourdieusien du terme, dans un seul homme, à savoir « le directeur de l'hôpital », le « patron », selon le Président de la République, qui le qualifie ainsi dans une rhétorique empruntée à une vision bonapartiste de la « gouvernance » des institutions. *(Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste.)*

Ce directeur, rendu puissant en interne dans la structure hospitalière, est aussi, paradoxalement, un colosse aux pieds d'argile, dont on découvre rapidement qu'il n'est que le porte-voix du directeur général de l'agence régionale de santé, véritable préfet sanitaire, hyperpuissant, nouveau « maître Jacques » de la politique sanitaire régionalisée qui nous est annoncée, en fait le véritable patron de l'hôpital ou plutôt des hôpitaux de la région.

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Auparavant, c'était le ministre de la santé !

M. Jacky Le Menn. Nous voilà en pleine théâtralisation de « l'illusionnisme social » : celui que l'on croit être l'acteur principal ne l'est pas vraiment, alors que celui qui l'est, le directeur général de l'ARS, se tient hors dudit hôpital, haut fonctionnaire à la manœuvre, lui-même aux ordres, ayant parfaitement intégré sa mission prioritaire consistant à rechercher l'efficience financière, supposée, du système sanitaire français, quel qu'en soit le prix à payer pour les malades et les soignants de l'hôpital public.

M. René-Pierre Signé. Honneur aux sans-compétences !

M. Jacky Le Menn. Le directeur de l'hôpital, promu président d'un « directoire miroir », dont il choisit les membres, pense sans doute, de bonne foi, pouvoir piloter son établissement. Certes, il le pilotera, mais sous contrôle étroit du directeur général de l'ARS, qui, l'évaluera, lui attribuera un budget pour son établissement à l'issue d'une caricature de négociation budgétaire, un budget dont il vaudra mieux qu'il se satisfasse et avec lequel il devra se débrouiller pour éviter de

tomber dans l' « enfer » de l'administration provisoire, promise à son hôpital s'il franchit la ligne blanche d'un déficit budgétaire auquel il sera pourtant, dans la majorité des cas, condamné. Il y sera condamné, compte tenu des conditions de calcul irréalistes du budget des hôpitaux soumis aux contraintes de la tarification à l'activité, doublé d'un enjeu pervers visant une convergence totale, à moyen terme, entre cliniques privées à but lucratif, ayant le choix de leurs malades, et hôpitaux publics, astreints à accueillir tous les malades.

On nous promettait cette convergence totale pour 2012. Mais, madame la ministre, la récente lettre que vous avez adressée au président de la Fédération hospitalière de France la renvoie à 2018, une sage et prudente décision que nous estimons encore, pour notre part, insuffisante, puisque nous voulons la suppression totale de cet objectif de convergence, un objectif meurtrier pour l'hôpital public, mais qui constitue, en revanche, une réelle aubaine pour les chaînes de cliniques privées à but lucratif.

M. François Autain. Très bien !

Mme Patricia Schillinger. Bravo !

M. Jacky Le Menn. Deuxièmement, ce concept mortifère fait apparaître un effacement renforcé du conseil d'administration de l'hôpital, qui détenait déjà bien peu de pouvoirs. Changement de terminologie – novlangue managériale propre à « l'hôpital entreprise » oblige –, le conseil d'administration devait devenir un simple conseil de surveillance anémié si nous n'y avions mis un frein en commission des affaires sociales, frein tout relatif, du reste, malgré quelques avancées, dont celle de se prononcer sur la stratégie de l'hôpital. On m'a assuré en commission que la stratégie financière y était incluse ; ...

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Bien sûr ! Y compris sur le budget prévisionnel !

M. Jacky Le Menn. ... je reste cependant sceptique. Une avancée a également été consentie au niveau des communautés hospitalières de territoires, puisque le conseil de surveillance a désormais la possibilité d'émettre des avis dans quelques domaines, ce qui est satisfaisant.

Dans la même veine, on note l'effacement des élus politiques locaux. Heureusement, là aussi, la commission des affaires sociales, faisant écho à plusieurs amendements, dont de nombreux issus de nos rangs, a partiellement rectifié le projet gouvernemental.

Mais, madame la ministre, comment pouviez-vous souhaiter minorer l'influence, dans les conseils de surveillance, de ces « médiateurs naturels » que sont les élus locaux investis d'une forte légitimité aux yeux des populations – tous les sondages le soulignent –, alors même que les projets de restructuration accélérée que vous envisagez vont perturber tous les territoires de l'Hexagone, ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Mais les élus locaux n'ont jamais été aussi nombreux !

M. Jacky Le Menn. ... avec notamment la mise en place des futures communautés hospitalières de territoires, des opérations à haut risque s'il en est et sur lesquelles je reviendrai ultérieurement ? En effet, les élus sont les seuls à pouvoir dire où se trouve l'intérêt de la population et des malades dans ces opérations de restructuration.

M. François Autain. Bien sûr !

M. Jacky Le Menn. Les élus sont bien plus opérants pour mettre en mots des explications pertinentes lorsqu'elles sont fondées et les rendre audibles et crédibles pour nos concitoyens que toute la technocratie administrative locale, régionale et nationale réunie.

Troisièmement, ce concept recouvre également une mise à l'écart délibérée de la communauté médicale et soignante des processus de décisions essentiels de l'hôpital.

Du coup, cette communauté et, principalement, le corps médical hospitalier, qui va du médecin de base au professeur de médecine, s'apprêtait à vivre la « nouvelle gouvernance hospitalière » annoncée sur un mode catastrophique bien compréhensible.

Madame la ministre, vous le savez, s'agissant des médecins hospitaliers, l'immense majorité d'entre eux, qu'ils exercent en province ou à Paris, sont très loin des clichés complaisamment répandus, qui en font tous des « mandarins ».

Non, nos médecins hospitaliers sont des « médecins de terrain » fortement impliqués dans une approche moderne d'une gestion optimisée des moyens médicaux, en accord avec les progrès et innovations de la médecine qu'ils connaissent et maîtrisent et les besoins de la population en matière de santé auxquels ils s'attachent avec conscience, constance et détermination à apporter des réponses.

Oui, nos médecins hospitaliers travaillent avec le sens des responsabilités en matière économique et financière à l'égard de la structure de soins qui les emploie. En plus, ils font preuve d'un immense dévouement, et cette grande humanité est dégagée, pour la grande majorité d'entre eux, de tout esprit de lucre, ce qui n'est pas rien à une époque où, hélas ! l'argent et la richesse sont devenus la mesure obligée de l'excellence.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Il y a aussi beaucoup d'humanité chez les ministres !

M. Jacky Le Menn. Or, que demandent ces médecins de l'hôpital public ? Contrairement à ce qui prévaut dans la conception de « l'hôpital entreprise », ils demandent que soit reconnue par le législateur l'évidente nécessité de médicaliser certaines décisions administratives essentielles concernant le pilotage de l'hôpital, son organisation et la nomination de ses responsables fonctionnels médicaux, et ce dans l'intérêt de l'hôpital qu'ils s'estiment, selon moi, à juste titre, être les plus à même de définir.

D'abord, il faut accepter que le projet médical, qui constitue l'épine dorsale du projet d'établissement d'un hôpital, soit élaboré, et non pas simplement préparé, par la communauté médicale. Il s'agit là non pas d'une banale affaire de sémantique, mais d'une conception de fond extrêmement importante, sur laquelle notre assemblée doit prendre parti dans l'intérêt des malades accueillis à l'hôpital.

Il faut bien comprendre que ce projet médical concernera tous les pôles d'activités médicales de l'établissement. Il soutiendra la contractualisation interne relative aux pôles où se déploient les activités de soins et, dans les CHU, les activités d'enseignement et de recherche. Nous sommes bien là au cœur de la raison d'être de l'établissement hospitalier. Les réflexions menées par les pôles d'activités nourrissent le projet médical et le déclinent une fois établi. Il ne s'agit donc pas là d'une affaire subalterne.

Dans ces conditions, l'élaboration du projet médical doit pouvoir se faire sous l'autorité conjointe du directeur de l'hôpital et du président de la commission médicale d'établissement. Le président de la commission médicale doit pouvoir coordonner avec le directeur de l'hôpital la politique médicale mise en œuvre dans l'hôpital. Ce point est, à mes yeux, essentiel.

Ensuite, la commission médicale ne doit pas être exclue de la contractualisation interne concernant les pôles d'activités médicales. Cette contractualisation ne peut être réservée au seul directeur de l'hôpital, qui signerait des contrats avec des chefs de pôles, qu'il aurait par ailleurs souverainement nommés, ou presque. Là encore, un avis – pourquoi pas conforme? – de la commission médicale d'établissement s'impose; tout comme s'impose, par ailleurs, son implication non marginale ou, au moins, celle de son président, dans le choix des chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques par le directeur de l'hôpital, président du directeur.

Le texte issu des travaux de la commission des affaires sociales a permis d'apporter, sur ces sujets, un minimum de solutions qui peuvent être acceptables dans un souci de compromis.

Pourquoi prenons-nous toutes ces précautions, qui peuvent vous paraître, mes chers collègues, comme autant de contraintes lourdes, voire inutiles, imposées à l'action du directeur de l'hôpital? Ce n'est nullement par défiance, mais tout simplement par prudence.

En effet, madame la ministre, le projet médical doit être arrêté en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le CPOM, qui sera signé entre le seul directeur de l'hôpital, dont nous avons vu la faiblesse externe, et le puissant directeur de l'agence régionale de santé, dans des conditions de subordination que l'on peut imaginer, et, de plus, sans impact vraiment sensible du corps médical de l'établissement sur ledit CPOM et avec mise à l'écart de son conseil de surveillance.

L'économie d'ensemble de ce processus ne pouvait qu'alimenter les craintes non seulement du corps médical, mais aussi des soignants, ainsi que de l'ensemble du personnel hospitalier, sur les risques réels, notamment en période de crise, que la logique économique-financière – logique comptable que 74 % de nos concitoyens rejettent dans le dernier sondage mensuel BVA-Les Échos – soit systématiquement « priorisée » par rapport à la logique médico-soignante dans les choix à faire par le directeur de l'hôpital, sous influence forte du directeur général de l'ARS, pour permettre à l'hôpital d'assumer ses missions de service public.

Madame la ministre, l'hôpital n'est pas une entreprise accueillant des consommateurs éclairés. Comment penser pouvoir traiter de « consommateur éclairé » le patient hospitalisé en urgence, celui qui est terrassé par l'annonce d'une maladie grave, l'hypocondriaque tyrannisé par son angoisse, le malade chronique qui n'arrive pas à suivre son traitement de peur d'être réduit à sa maladie, ou encore le patient victime de son addiction et mettant sa vie en danger pour échapper à la souffrance du manque?

Traiter les malades en clients avertis et libres de leurs choix est une imposture servant à justifier la transformation de la médecine en un commerce, le médecin en un producteur, le

patient en un client et l'hôpital en une « usine à soins », ce qui est inadmissible pour le vieil hospitalier qui vous parle. (*M. Jean-Luc Fichet applaudit.*)

L'hôpital est une organisation complexe dans laquelle les professionnels, médecins et soignants sont en première ligne. L'hôpital est le lieu où un « corps souffrant », et souvent socialement démuné ou exclu, vient d'abord à la rencontre d'un médecin et d'un soignant. C'est aussi le lieu où l'étudiant reçoit l'enseignement de ses maîtres, les CHU devant répondre à une triple mission, et où la recherche biomédicale s'élabore.

Le mode de fonctionnement de ce type d'organisation complexe requiert la mise en place de stratégies décisionnelles spécifiques où la valorisation du jeu coopératif entre les opérateurs – en l'occurrence les professionnels médicaux, soignants et administratifs – est capitale et où les processus de régulation conjointe des décisions majeures à prendre par l'organisation sont essentiels.

Nous avons présenté en commission des affaires sociales de nombreux amendements pour apporter notre contribution à la construction de ce type de fonctionnement.

Quatrièmement, dans la conception de l'« hôpital entreprise », il devient banal d'ériger la masse salariale en variable d'ajustement budgétaire. Mais hélas! n'est-ce pas déjà ce qui se passe aujourd'hui?

M. Guy Fischer. Bien sûr!

M. Jacky Le Menn. Tout le personnel des hôpitaux français l'a bien compris depuis la montée en puissance de la tarification à l'activité, la fameuse T2A. Le personnel est devenu la principale variable d'ajustement budgétaire de l'hôpital.

Mme Annie David. Eh oui!

M. Jacky Le Menn. La suppression massive d'emplois dans les hôpitaux – 20 000 emplois, nous prédit-on! – n'est plus un mythe. Pensez-vous, madame la ministre, que ce personnel va continuer à subir sans réagir? Le personnel hospitalier est fatigué, épuisé même. De plus, il est mal payé! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Ses conditions de travail sont de plus en plus dégradées, et les plans de suppression de postes qui vont frapper les hôpitaux de plein fouet ne vont que les aggraver encore. Le personnel devient désabusé, craignons qu'il ne se révolte!

On aura beau « euphémiser », neutraliser « la violence potentielle » que porte en elle la T2A dans l'hôpital public, en convertissant la décision politique qu'elle dissimule en un mécanisme d'allocations de ressources aux atours techniques, voire automatiques, personne parmi le personnel hospitalier n'est dupe.

Chacun a bien compris que l'enjeu sous-jacent à ce mode de tarification est de parfaire la définition arbitraire d'un « produit » hospitalier qui soit mesurable et comparable, et ce dans la perspective d'une augmentation de la « productivité » de l'hôpital public jugée insuffisante par rapport à celle d'une clinique privée à but lucratif.

Sur la base d'hypothèses hautement discutables, sans qu'il y ait une discrimination pertinente entre traitements pour malades aigus et traitements pour malades chroniques, les malades sont d'abord considérés, dans la conception de l'« hôpital entreprise », comme des « centres de coûts » qu'il faut minimiser et/ou transférer à d'autres.

Vous allez de nouveau me dire, madame la ministre, que toutes les questions relatives à la T2A concernent le projet de loi de financement de la sécurité sociale et n'ont rien à voir avec la réforme qui nous est aujourd'hui proposée.

Mais ne nous laissons pas abuser, mes chers collègues ! Cette réforme est en profonde cohérence avec le nouveau mode de financement des hôpitaux et la stratégie de convergence entre ceux-ci et les cliniques privées commerciales. Il s'agit d'une cohérence globale idéologiquement connotée libérale, dans une période où l'on constate, dans d'autres secteurs de notre économie, les ravages que sa mise en œuvre a induits. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Jean Desessard. Bravo !

M. Jacky Le Menn. En ce qui concerne notre discussion d'aujourd'hui, rappelons que cette sélection des patients en fonction d'une « rentabilité supérieure escomptée », cette « marchandisation de la santé », n'appartient pas à la culture hospitalière française.

Je tiens maintenant à vous rappeler, madame la ministre, que le groupe socialiste est farouchement opposé à l'objectif pernicieux de votre gouvernement d'introduire dans notre législation une conception des missions du service public de santé « à la carte », si ce n'est « à la découpe », pour être plus facilement vendues au privé commercial, qui n'acceptera de prendre en charge que ce qui est rentable à court et à moyen terme.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est pas lui qui décide !

M. Jacky Le Menn. Les cliniques privées commerciales sont prêtes à accueillir les internes de quatrième ou de cinquième année tout simplement pour utiliser leurs compétences acquises en fin de formation en CHU et embaucher ensuite ces jeunes professionnels pour leur propre compte. Ainsi la part belle sera faite aux cliniques privées à but lucratif, du reste souvent regroupées dans des chaînes à capitaux étrangers, dont les responsables ont prioritairement l'œil fixé sur un taux de rentabilité à deux chiffres,...

M. Guy Fischer. 16 % !

M. Jacky Le Menn. ... et ce aux frais de notre sécurité sociale ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

On ne nous fera pas croire que ces cliniques privées choisiront parmi les treize missions de service public prévues dans le projet de loi, celles qui ne conforteront pas leurs intérêts.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce ne sont pas elles qui choisissent !

M. Jacky Le Menn. Choisiront-elles la huitième, qui a trait à la lutte contre l'exclusion sociale, ou la sixième, qui concerne les actions d'éducation et de prévention, ou encore la neuvième, qui vise les actions de santé publique ? Pour ma part, j'en doute.

Monsieur le président, mes chers collègues, j'en appelle au refus de la politique hospitalière qu'on nous propose, et pour laquelle les maîtres mots sont productivisme, sélection des patients et concurrence.

M. François Autain. Très bien !

M. Jacky Le Menn. J'en appelle au refus de toute politique qui émiette les missions du service public de santé dans l'intérêt des établissements privés à but lucratif, écarte les élus du pilotage des hôpitaux sis sur leur territoire, démedicalise la prise de décision à l'hôpital, ignore la parole des

soignants et dénie l'utilité indispensable du travail de tous les autres personnels de l'hôpital, car il s'agit là d'une politique suicidaire pour l'hôpital public.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Votre propos est tout en nuances...

M. Jacky Le Menn. Madame la ministre, mes chers collègues, je ne saurais terminer mon intervention sans vous faire part de la position du groupe socialiste sur les communautés hospitalières de territoires.

Pour nous, le principe qui doit guider ces regroupements d'établissements est le volontariat, à égalité de droits entre les établissements concernés, sans subordination d'une structure à une autre, assis sur des conventions claires et reflétant la volonté des conseils de surveillance des établissements en cause.

Ce n'est qu'exceptionnellement, dans les cas où la sécurité des malades est en jeu, que le représentant de l'État doit intervenir d'une manière régaliennne par la voie de la fusion. Enfin, la définition des conventions de regroupement doit scrupuleusement tenir compte des situations géographique et/ou spécifique des établissements concernés.

Pour conclure, je dirai que l'habileté de ce projet de loi consiste à avoir noyé la réforme de la gouvernance hospitalière dans une série de propositions visant à donner à la population le sentiment que le Gouvernement agit pour la défense de l'accès à des soins de qualité pour tous sur tout le territoire, ce qui n'est pas le cas.

En fait, les objectifs sous-jacents à ce projet sont le démantèlement du service public de santé et une privatisation accélérée de l'offre sanitaire sur notre territoire...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comment peut-on dire cela ?

M. Jacky Le Menn. ... et le renforcement d'une médecine à deux vitesses au détriment de nos concitoyens les plus démunis.

Bien évidemment, cet objectif est très éloigné de nos valeurs et de notre conception de la santé, en particulier des valeurs de solidarité tant au niveau humain qu'au niveau territorial.

C'est pour cela, madame la ministre, mes chers collègues, que nous continuerons, tout au long de la discussion qui s'annonce, de nous battre avec détermination pour que ce projet de loi soit encore davantage modifié ou, ce qui serait mieux pour nos concitoyens malades, tout simplement retiré. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini.

Mme Muguette Dini. Mon collègue de l'Union centriste Jean-Marie Vanlerenberghe a conclu ses propos en parlant d'une réforme de la gouvernance territoriale et de l'hôpital qui reste à peaufiner.

Cependant, en matière d'organisation des soins ambulatoires, nous sommes encore loin du peaufinage.

M. René-Pierre Signé. Très loin !

Mme Muguette Dini. Certes, ce projet de loi présente, surtout au sortir des travaux de notre commission des affaires sociales, de nouvelles avancées en matière de structuration et d'organisation des soins primaires.

Toutefois, par ses amendements, notre groupe avait souhaité aller plus loin dans ce processus de réorganisation du secteur ambulatoire, en accord avec ce que préconisent de nombreux chercheurs et observateurs et avec ce que réclament une grande majorité des professionnels de santé libéraux.

Quelles sont les avancées réelles ? Quelles avancées restent trop timides ?

Au nombre des éléments positifs de ce texte, citons tout d'abord une véritable coordination entre l'offre de soins hospitalière et l'offre de soins ambulatoire.

L'ensemble des acteurs du monde de la santé s'accordait, depuis plusieurs années, à dire que la réforme de l'assurance maladie de 2004 avait échoué sur ce point. Il était en effet urgent de sortir du schéma qui veut que l'assurance maladie s'occupe de la médecine de ville et l'État de l'hôpital. Un pilotage commun du système de soins, permettant d'en avoir une vision globale, avec, enfin, des priorités de santé publique clairement fixées, s'imposait. La création des agences régionales de santé atteint cet objectif.

On retrouve aussi une coordination ville-hôpital plus affirmée par le biais d'une permanence des soins qui ne reposera plus uniquement sur les seuls praticiens hospitaliers mais sera également assurée par les médecins libéraux. C'est un véritable service public de la permanence des soins que nous allons offrir à la population.

J'évoquerai également une meilleure articulation et une meilleure complémentarité, voire subsidiarité, entre les secteurs hospitalier et ambulatoire au travers des pôles de santé. Ces derniers permettront de véritables passerelles entre les différents acteurs de santé, pour une prise en charge globale et continue des patients.

Ce projet de loi pose, de même, les premiers jalons d'une véritable structuration de l'organisation des soins ambulatoires.

Ainsi que nous le rappelle une très récente étude de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, l'IRDES, cette organisation est encore largement déterminée par les principes de la charte de la médecine libérale de 1927, ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Eh oui !

Mme Muguet Dini. ... à savoir le libre choix du médecin par son patient, le respect du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement à l'acte direct par l'assuré social, la liberté thérapeutique et de prescription et la liberté d'installation.

Cependant, la réforme instituant le médecin traitant et le parcours de soins, la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale et la dimension à la fois territoriale et populationnelle des politiques de santé ont ouvert, à partir de 2004, des perspectives nouvelles en termes d'organisation des soins ambulatoires.

La définition des soins de premiers recours, la reconnaissance des missions des médecins généralistes, la promotion d'actions de prévention en santé et le développement de l'éducation thérapeutique, tous sujets traités par ce projet de loi, sont de nouveaux témoins de ce processus de structuration de l'offre des soins primaires.

Cependant, madame la ministre, mes chers collègues, cette structuration ne sera pas aboutie sans une meilleure répartition territoriale des professionnels de santé libéraux que seules une adaptation de la formation et une évolution du mode d'exercice de ces derniers peuvent entraîner.

Nous cherchons à inciter ou à contraindre, plus ou moins, les médecins à exercer dans telle ou telle zone géographique, alors qu'il convient tout simplement – si je puis dire – de leur assurer des conditions adéquates pour exercer sur l'ensemble du territoire.

Les amendements présentés en commission par notre groupe proposaient d'aller en ce sens. Nous souhaitons agir sur trois axes essentiels.

Le premier était la promotion de la formation au métier de médecin généraliste de premier recours. Il est indispensable de faire connaître, au plus tôt, la médecine générale et d'en vanter les attraits à tous les étudiants engagés dans le cursus des études médicales.

Il convient aussi d'améliorer la lisibilité du métier de médecin généraliste de premier recours en organisant une véritable spécialité, dans le cadre d'une filière universitaire de médecine générale d'une durée – similaire à celle des autres filières de spécialités médicales – de quatre ans. Comment, en effet, valoriser une spécialité si on ne lui consacre que trois ans alors que l'on consacre quatre années aux autres spécialités ?

Le deuxième axe était celui de l'évolution des modalités d'exercice des professionnels de santé en médecine de ville.

Nous devons répondre à leurs aspirations, principalement à celles des plus jeunes, en mettant un terme à l'isolement, en faisant de l'exercice regroupé la nouvelle norme et en favorisant les approches pluridisciplinaires.

Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le taux de regroupement des médecins généralistes est estimé à 39 % ; or il atteignait déjà 30 % au début des années quatre-vingt. Il a donc peu évolué, et l'exercice isolé en cabinet reste la forme la plus répandue. De plus, la pratique en groupe est essentiellement mono-spécialisée et de petite taille.

Les maisons de santé pluridisciplinaires doivent devenir une réalité, en priorité dans les zones sous-dotées médicalement.

Elles apparaissent comme le moyen d'améliorer simultanément la productivité et les conditions de travail. Ce regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux en un même lieu permettra la prise en charge d'une demande de soins primaires en augmentation.

En termes de conditions de travail, les médecins récemment installés y voient notamment la possibilité de mieux répartir les contraintes liées à la continuité et à la permanence des soins entre les membres du regroupement, ainsi que de nouveaux challenges en termes de coordination des soins. Les médecins déjà installés y voient une occasion de trouver, à terme, des remplaçants et d'envisager une cessation progressive d'activité.

Le regroupement des médecins, principalement au sein des maisons de santé, répond également aux évolutions sociologiques des professionnels de santé. Concilier vie de famille et vie professionnelle constitue une nouvelle exigence des jeunes médecins des deux sexes, qui les conduit à appréhender différemment leur exercice professionnel et son mode d'organisation.

Le troisième point, que nous souhaitons appuyer par voie d'amendements, est celui de la rénovation du cadre de la coopération entre professionnels de santé. La modification des missions de ces derniers, le partage de leurs rôles et l'articulation de leurs interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopération sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé. Cela doit conduire à une nouvelle répartition des activités ou actes existants entre les différents professionnels de santé actuels et, surtout, à la répartition d'actes émergents entre de nouveaux métiers de soin. Il s'agit concrètement de transférer de nouvelles compétences médicales vers d'autres professionnels de santé.

Le professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, parle de la nécessité de recentrer les médecins sur le cœur de leur métier ou encore de libérer du temps médical. Par exemple, la prise en charge du patient atteint d'une pathologie chronique ou de la personne âgée souffrant de polyopathologies nécessite un suivi au long cours, des bilans médicaux réguliers et des rappels sur l'observance des traitements et l'hygiène de vie, au travers notamment de l'éducation thérapeutique. L'infirmière et le pharmacien peuvent à ce niveau se voir confier, chacun dans le cadre de ses compétences, le suivi quotidien de cette prise en charge.

Quant aux transferts de compétences vers de nouveaux métiers de soin, le rapport du professeur Berland, datant d'octobre 2003, en a identifié plusieurs, parmi lesquels je citerai les infirmières cliniciennes spécialistes, avec lesquelles pourrait être fait ce qui a déjà été fait avec les infirmières anesthésistes, les infirmières de bloc opératoire et les puéricultrices.

Ainsi des infirmières cliniciennes spécialistes de soins primaires pourraient-elles, au sein de structures pluridisciplinaires de médecine générale, prendre en charge les patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention, du suivi de traitements.

L'autre exemple de nouveau métier de soin que j'ai retenu est celui de coordonnateur du handicap, capable d'assurer l'encadrement polyvalent des personnes en situation de handicap.

Infirmières cliniciennes, spécialistes et coordonnateurs du handicap seraient des professionnels de niveau de formation master, un grade qui n'existe pas encore au sein des professions paramédicales.

Les trois axes que je viens de développer figurent dans le texte de ce projet de loi à doses homéopathiques. Notre groupe tentera, une nouvelle fois, lors de notre débat, de le faire évoluer.

Je n'ai noté nulle part dans cette loi une vraie question sociologique sur le temps de travail acceptable par les nouveaux médecins, sur le temps médical réel consacré à chaque patient et les répercussions évidentes de ces conséquences sur les *numerus clausus* à venir. À quand, madame la ministre, une réflexion sur ces sujets, qu'on ne pourra éviter d'aborder? (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste.*)

M. le président. La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Avant toute chose, je voudrais me réjouir de l'adoption par la commission des affaires sociales de deux des amendements déposés par mon groupe. L'un précise que l'accès aux soins de premiers recours s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, précision importante pour

les habitantes et habitants de nos territoires de campagne et de montagne. Le second précise, quant à lui, que les comités de massif reçoivent chaque année un rapport de l'agence régionale de santé sur l'organisation de la permanence des soins.

Ces deux amendements, aussi positifs soient-ils, ne sont toutefois pas de nature à modifier sur le fond votre projet de loi, dans lequel un absent ou, plutôt, des absents se font cruellement remarquer : les territoires.

Certes, on les retrouve dans l'intitulé de votre projet, mais, lorsqu'ils apparaissent dans le texte, c'est pour mieux asseoir l'autorité des agences régionales de santé ou pour organiser la participation de différents comités dont aucun ne dispose des pouvoirs suffisants : les avis, lorsqu'ils existent, sont consultatifs.

Ainsi, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie participe par ses avis à la définition de la politique régionale de santé mais ne dispose d'aucun pouvoir réel pour satisfaire les besoins des populations. Les territoires appliquent donc des décisions prises ailleurs, dans des agences régionales de santé et de l'autonomie toutes puissantes, profondément anti-démocratiques, dirigées soit par les représentants de l'État dans les régions soit par des personnes qualifiées, pouvant elles-mêmes être nommées par l'État.

Dans ce rapport très hiérarchique, verticalisé à l'extrême et profondément technocratique, les territoires et leurs représentants n'ont pas voix au chapitre. Or la démocratie sanitaire ne consiste pas seulement à assurer la représentation des acteurs et des points de vue, elle consiste avant tout à répondre aux besoins des populations, dont les élus des territoires sont de bons relais.

Au groupe CRC-SPG, nous défendons une autre vision des agences régionales de santé et de l'autonomie et des établissements publics de santé, selon laquelle les conseils de surveillance des agences régionales de santé et de l'autonomie seraient dirigés par des représentants des conseils régionaux et les conseils de surveillance des établissements de santé par des élus des collectivités locales et territoriales, parmi lesquels les élus des villes, des régions et des départements disposant de réelles possibilités pour remplir partout la mission de service public de permanence des soins.

Nous proposons que ces élus soient plus associés qu'ils ne le sont aujourd'hui à la définition du projet régional de santé, particulièrement en ce qui concerne la lutte contre les déserts médicaux.

Aujourd'hui – et ce sera le cas demain encore plus tant votre projet de loi est indigent en la matière! –, ce sont les maires qui recherchent partout, y compris en dehors de France, des médecins pour venir s'implanter dans leurs communes, notamment en mettant à leur disposition des logements et des cabinets flambant neufs, exonérés de loyers.

J'en veux pour exemple la démarche entreprise par mon ami Gérard Le Cam, sénateur des Côtes-d'Armor.

Ce sont les régions et les départements qui puisent dans leurs ressources pour financer des bourses destinées aux étudiants en médecine en échange de leur promesse d'installation sur un territoire déterminé. Et ce ne sont pas vos quelque deux cents bourses pour tout le territoire national qui suffiront à pourvoir ce que l'on appelle « les zones blanches »!

Disant cela, je ne voudrais pas stigmatiser les étudiants en médecine qui font le choix de s'installer dans des zones où l'offre est déjà très importante. Comment leur en vouloir quand l'État lui-même abandonne les quartiers difficiles, les zones de montagne et nos campagnes ? Comment en vouloir à des jeunes gens qui voient chaque jour l'État procéder à la fermeture d'une poste, d'une école, de l'ensemble des services publics,...

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Et saccager les cabinets médicaux ! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

Mme Annie David. ... des jeunes gens à qui votre Gouvernement demande d'en pallier l'absence et d'être dans certains territoires, bien que relevant pourtant de l'organisation libérale, le dernier représentant de la puissance publique ?

Enfin, je voudrais vous faire part de notre totale opposition à la logique comptable qui gouverne ce projet de loi et qui aura pour effet de contraindre les hôpitaux en situation de déficit, c'est-à-dire l'immense majorité d'entre eux, à procéder à des suppressions massives d'emplois – vingt mille, a-t-on entendu – et à la fusion forcée d'établissements publics de santé, fusion décidée par le directeur général de l'Agence régionale de santé, sans attendre l'accord du conseil de surveillance de l'établissement ou des établissements concernés, ni celui du conseil de surveillance de cette agence, décision autoritaire, comme celles que prend votre Gouvernement de fermer plus d'un tiers des tribunaux des affaires de sécurité sociale, de réviser la carte judiciaire, la carte militaire, de fermer des postes de gendarmerie et de police, tout cela au nom de la révision générale des politiques publiques, ou RGPP, sans jamais en mesurer l'impact sur les territoires concernés.

Pourtant, nous savons, toutes et tous, combien la fermeture d'un hôpital de proximité peut avoir d'importantes conséquences pour la population qui perd un service public de plus,...

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Il ne s'agit pas de fermeture, mais de transformation !

Mme Annie David. ... pour les communes qui voient se déplacer un nombre important de salariées et de salariés, et pour les personnels eux-mêmes ! Autant de conséquences « impactant » le dynamisme des communes et leur économie locale environnante.

Madame la ministre, les hôpitaux publics, comme l'ensemble des services publics, participent activement à l'aménagement de nos territoires.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Tout à fait !

Mme Annie David. C'est pourquoi il est inacceptable que puissent s'opérer des fusions ou des regroupements sans que les élus ou élus locaux aient leur mot à dire.

Pour toutes ces raisons, qui sont complémentaires de celles de François Autain, notre groupe votera contre ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

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

M. Dominique Leclerc. Monsieur le président, madame le ministre, madame le secrétaire d'État, mes chers collègues, je voudrais tout d'abord féliciter et surtout remercier le rapporteur, M. Alain Milon, pour la qualité du travail qu'il a fournis ces derniers mois. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Aucune réforme de la santé ne peut être conduite et aboutir sans une large concertation et une adhésion de l'ensemble des professionnels de santé. C'est grâce aux multiples auditions auxquelles il a procédé et à son écoute que le texte portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, dit HPST, a pu être recentré sur deux problématiques essentielles, à savoir la gouvernance à l'hôpital et la mise en place des agences régionales de santé.

Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont d'abord une communauté de soignants au service de « patients malades ». La qualité des soins est due à leur professionnalisme, à leur dévouement et à leurs qualités humaines. Leur efficacité procède de leur compétence. Cette compétence est acquise après de longues années d'étude et de pratique dans les CHU.

L'hôpital souffre de problèmes de management et avec ce projet de loi on nous propose une nouvelle gouvernance.

Il faut rééquilibrer les différents « pouvoirs » au sein de l'hôpital. La décision médicale aux côtés de l'administration est incontournable. Notre rapporteur, M. Alain Milon, a insisté sur les attributions de la commission médicale d'établissement, ou CME, auprès des directeurs pour une gouvernance plus équilibrée des hôpitaux.

Pour l'avoir constaté, il est selon moi également indispensable, dans le cadre du respect des missions des chefs de pôle, de préserver une identité et une autonomie des services spécialisés.

C'est dans le service que s'expriment la responsabilité et l'autorité du chef de service secondé par un cadre infirmier sur l'ensemble du service. Son autorité nécessaire et naturelle procède de son activité et de sa compétence exercées avec toute l'équipe dans le cadre de sa spécialité. C'est la meilleure garantie pour les patients d'un accueil et de soins de qualité qui répondent à leur attente légitime.

Je regrette qu'à l'occasion de l'examen du projet de loi dit HPST vous ayez exclu les CHU, sous le prétexte que nous devons attendre les conclusions, déjà connues, de la commission Marescaux. Nous aurions pu en débattre en commission.

Le CHU est avant tout un hôpital. L'excellence et la qualité des CHU sont indispensables à la vie de tous les établissements périphériques, qu'ils soient publics et privés. Par leur rayonnement et leur implication constante, ils structurent les territoires de santé.

Les CHU sont aussi la base de la formation pratique de tous les médecins de France, qu'elle que soit leur spécialité. Ils sont toujours couplés à une faculté de médecine.

Il est légitime de reconnaître la présence et la place indispensable des doyens de faculté de médecine dans la direction des CHU.

À ce propos, en tant que rapporteur de la branche vieillesse, madame le ministre, je voudrais vous dire qu'il est inadmissible que la retraite des professeurs des universités praticiens hospitaliers, dits PUPH, médecins qui ont donc la double appartenance hospitalière et universitaire, porte essentiellement sur la partie universitaire de leur rémunération.

Au moment où nous voulons redonner plus d'attractivité à la carrière hospitalière publique, nous ne pouvons nous permettre d'occulter cette situation. Nous l'évoquerons à nouveau au moment de la discussion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, le PLFSS pour 2010.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est cela !

M. Dominique Leclerc. Redéfinir avec les ARS une meilleure coordination des soins de ville avec ceux qui sont dispensés à l'hôpital public, c'est organiser la complémentarité public/privé et non pas entretenir une rivalité préjudiciable à tous.

Dans les cliniques privées, comme dans les hôpitaux publics, le rôle de la CME doit être préservé à côté de la direction capitalistique et administrative.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Évidemment !

M. Dominique Leclerc. L'attribution de missions de service public à des établissements privés nous paraît souhaitable et cohérente dans les territoires de santé. Cela suppose des exigences raisonnables et compatibles avec les règles conventionnelles à l'égard des praticiens de ces établissements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Tout à fait !

M. Dominique Leclerc. Madame le ministre, on le sait mais on veut souvent l'ignorer, la nomenclature des actes médicaux arrêtée par la sécurité sociale ne correspond plus, et ce depuis longtemps, à la réalité des actes chirurgicaux, à leur technicité et aux responsabilités assumées par les chirurgiens.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Nous sommes d'accord !

M. Dominique Leclerc. Je prendrai un simple exemple pour illustrer mon propos : une hernie discale est cotée actuellement 300 euros bruts. Lorsque l'on connaît la technicité de cet acte chirurgical, les compétences requises par l'équipe chirurgicale, sans parler des responsabilités, 300 euros bruts ne correspondent pas à une rétribution juste et acceptable.

Ce n'est pas en pointant du doigt un corps professionnel honorable, responsable et compétent que l'on rendra service à l'ensemble de nos concitoyens.

M. Paul Blanc. Très bien !

M. Dominique Leclerc. Nous devons, nous aussi, agir avec « tact et mesure » ! Les actes doivent tous être justement rémunérés et remboursés dans le cadre conventionnel, permettant un accès aux soins pour tous les patients, quelle que soit leur situation ; c'est essentiel.

Disons-le, ce n'est certainement pas le secteur optionnel qui, avec ses ratios et ses quotas, réglera à terme ces problèmes ; nous le savons bien. Si nous voulons conserver une chirurgie de qualité et des pratiques transparentes, il faut s'en donner les moyens dans le cadre conventionnel, en revalorisant certains actes médicaux et chirurgicaux à un « juste » prix.

Une autre remarque concerne la financiarisation des professions libérales de santé, plus particulièrement de la biologie médicale.

La Commission européenne voudrait considérer la santé comme une prestation de service, donc soumise à concurrence. Or l'article 152 du traité instituant la Communauté européenne garantit le principe de subsidiarité dans l'organisation des services de santé des États membres, n'en déplaise aux eurocrates de Bruxelles !

Une telle financiarisation de la santé serait préoccupante et ne serait pas sans conséquence au regard de notre politique de santé, avec notamment la disparition de certaines professions libérales dans des zones rurales moins attractives. De plus, que deviendront l'indépendance et le sens des valeurs du professionnel de santé face au pouvoir capitalistique et à ses exigences de rentabilité à court terme ?

La biologie médicale était concernée par le 7° de l'article 20 ; il a été heureusement retiré, garantissant le maintien d'une spécialité médicale exercée dans le cadre d'une médecine de proximité qui participe à la permanence de l'offre de soins.

Enfin, madame la ministre, je voudrais soulever un problème qui mérite réflexion.

S'il est légitime que les retraites soient contributives et donc essentiellement financées par les cotisations salariales et patronales sur le travail des actifs, la prestation maladie, en revanche, concerne l'ensemble de nos concitoyens, quelle que soit leur situation au regard du travail.

Les cotisations salariales et patronales ne représentent plus qu'environ 40% des prestations distribuées, alors qu'elles les recouvraient presque totalement lors de la création de la sécurité sociale.

Il me semble désormais anormal que le financement des prestations maladie reste assis sur les revenus des actifs. On pourrait imaginer un financement par l'impôt, type CSG. J'y vois au moins deux avantages.

Le premier est une diminution significative du coût du travail au moment où l'on recherche des dispositifs améliorant la compétitivité des entreprises et l'amélioration du pouvoir d'achat des Français qui travaillent.

Le second avantage est, dans le cadre de la future loi HPST, sous l'autorité des ARS, une cohérence de pilotage de l'offre de soins et de la gestion des risques.

Madame le ministre, au-delà de ces remarques, nous apprécions l'effort de cohérence globale de notre système de santé que représente la future loi HPST. Elle concerne l'ensemble des acteurs et privilégie l'intérêt des patients, et ce sur l'ensemble de notre territoire. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Merci !

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Yves Daudigny. Madame la ministre, la procédure d'urgence serait tout à fait justifiée si votre projet l'était lui-même. Or, si l'on entend réellement assurer la viabilité du service public de santé français, l'urgence n'est pas aujourd'hui de réformer – pour ne pas dire de chambarder ! – ses structures et son organisation, qui plus est pour la sixième fois en dix ans, alors que les pôles ne sont pas encore tous mis en place, ni *a fortiori* évalués. L'urgence est plutôt de pourvoir au financement de ce service public.

Dans un courrier en date du 29 avril dernier, il y a donc très peu, adressé au président de la Fédération hospitalière de France, la FHF, vous avez annoncé le report à 2018 de la convergence tarifaire publique/privée, initialement prévue pour 2012. Le renoncement, cela a été dit, est raisonnable, mais tardif !

De même aviez-vous attendu l'ouverture des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale en novembre dernier pour enfin reconnaître la sous-estimation du coût de la prise en charge de la précarité et des polyopathologies par le service public, et donc de son sous-financement.

Cela fait des mois, en effet, que les professionnels de santé et nous-mêmes vous alertons sur la gravité de la situation financière des établissements publics et que nous plaïdons en faveur d'un plan de résorption des déficits hospitaliers.

Nous demandons donc non pas simplement la levée de l'urgence sur ce texte, mais le retrait pur et simple de ce dernier ; nous aurons d'ailleurs l'occasion de défendre dans la suite du débat la motion que nous avons déposée tendant à opposer la question préalable.

Vous entendez garantir à tous, et partout, un égal accès aux soins et sauver l'hôpital. Mais les outils que vous proposez de mettre en place à cet effet ne sont qu'apparence et paradoxe.

Vous n'offrez que l'apparence d'une réorganisation des parcours de soins. En effet, menée avec un tel « tact » et une telle « mesure », l'offre ambulatoire ne s'en trouvera pas plus accessible, ni géographiquement ni financièrement, et n'en sera pas autrement perturbée. Ceux auxquels votre réforme prétend s'adresser, ceux qui n'ont plus accès aux soins, en sont, paradoxalement, les grands oubliés !

Vous n'installez que l'apparence de « patrons » tout-puissants à la tête de l'hôpital et de l'agence régionale de santé et de l'autonomie : c'est l'État qui prend la main et ils seront aux ordres. Mais cette étatisation évidente organise, dans le même temps, le désengagement de l'État du service public hospitalier, livré aux appétits du secteur privé commercial, et prépare l'abandon de la responsabilité politique et financière de l'organisation du système de santé lui-même.

Les valeurs qui fondent cette réforme sont claires ; les moyens mis à leur service, classiques ; l'objectif est transparent.

Vous vous appuyez sur un principe, pour ne pas dire un dogme : l'optimisation des coûts résultera d'une mise en concurrence. Il faut donc gommer tout ce qui pourrait encore distinguer le secteur public du secteur privé pour glisser le premier dans les habits du second.

C'est l'application des modes de gestion entrepreneuriaux à l'hôpital et à l'organisation du système de santé. C'est la tarification à l'acte déjà mise en place et le démantèlement du service public hospitalier, parcellisé en missions que l'on dispersera ainsi aisément au vent des marchés.

L'objectif, vous l'avez annoncé : des économies à hauteur de 93 millions d'euros doivent être réalisées, car la santé coûte trop cher à l'État. Tel est d'abord le souci comptable présidant à cette réforme et telle est bien la « feuille de route » fixée aux nouveaux « patrons » des agences régionales de santé et de l'autonomie et des hôpitaux publics, qui, sous une apparente liberté de moyens, seront révocables à merci et seront tenus au collet par cette obligation de résultat.

L'effet de l'annonce de cet impératif catégorique financier, déguisé en « maîtrise médicalisée », a d'ores et déjà tétanisé les personnels et gelé les sources de financements des réseaux de santé.

M. Guy Fischer. Eh oui !

M. Yves Daudigny. Plusieurs associations de l'Aisne, qui assurent des prises en charge sanitaires et sociales, m'ont confirmé cette situation d'attente, qui met à mal leur travail et leur survie.

Les moyens mis au service de votre évangile concurrentiel et de son objectif comptable sont classiques : déprofessionnalisation et contractualisation.

C'est l'ouverture des principaux postes du système de santé à des gestionnaires et anciens dirigeants d'entreprises, qui pourront n'avoir aucune connaissance ni aucune expérience du monde de la santé – mais ne serait-ce pas là ce que l'on attend d'eux ? – et c'est l'instauration de relations de gré à gré

à tous les niveaux : entre gestionnaires du système de santé entre eux et les « offreurs » de services en santé que deviennent indifféremment toutes les structures, publiques ou privées.

Clemenceau affirmait : « La guerre est une affaire trop sérieuse pour être confiée aux militaires ». Selon vous, la santé serait aussi une affaire trop sérieuse, ou trop coûteuse, pour être confiée aux médecins. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Guy Fischer. Bravo !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est vraiment honteux et absurde !

M. Yves Daudigny. À lire ce projet de réforme, que le Président de la République veut mettre en œuvre à tout prix, obsédé comme il l'est par l'image d'un patron tout-puissant et miraculeux, ainsi qu'il l'a réaffirmé hier publiquement, réforme que vous portez, madame la ministre, on ne peut tirer qu'une seule conclusion : les soignants, ceux grâce auxquels l'hôpital vit et souvent survit au quotidien, sont écartés au profit des gestionnaires ! Et c'est bien ainsi que l'ont compris les professionnels de santé.

Certes, le texte adopté par notre commission, qui est celui dont nous débattons – et il faut le redire constamment tant cette procédure est nouvelle –, redonne un peu de place aux médecins s'agissant des nominations et de la définition du projet médical, tandis que réapparaissent, bien timidement, les élus locaux au sein du conseil de surveillance.

Vous nous annonciez également en commission, madame la ministre, le 8 février dernier, que vous seriez favorable à l'ajout de deux vice-présidents au sein de la commission médicale d'établissement des CHU. Dans ses conclusions, la commission présidée par le professeur Marescaux se prononce comme vous.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Merci de le reconnaître !

M. Yves Daudigny. Mais ces maigres avancées, dont vous obtiendrez peut-être la suppression partielle lors de leur examen, ne suffiront pas à rétablir une « gouvernance équilibrée », pas plus que la « démocratie sanitaire », auxquelles vous vous référez pourtant à profusion.

Entre « l'ère du mandarin et celle du PDG », il y a pourtant une marge, mais vous l'ignorez !

De nombreuses questions se posent et devront être évoquées au cours de ce débat, notamment au sujet des communautés hospitalières de territoire, des groupements de coopération sanitaire, des reconversions.

Mais je veux encore souligner deux réalités majeures :

La première concerne l'usager malade ou en perte d'autonomie, qui, malgré tous vos efforts, ne sera jamais rentable ! Il n'a pas sa place dans la configuration sanitaire que vous proposez.

La seconde réalité est celle du corps soignant : l'éthique et le sens de son exercice professionnel contredisent absolument les grilles d'évaluation et de performance dont vous vous acharnez à ériger partout le culte, y compris au sein des hôpitaux.

Pouvez-vous comprendre que la maladie et la perte d'autonomie forment autant de ruptures, dérangeant bien des ordres établis dans nos existences humaines ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous pensez être le seul à savoir cela ? C'est incroyable ! Quelle arrogance !

M. Yves Daudigny. C'est ce vrai changement de paradigme auquel nous confrontent toutes les épreuves de la vie ; c'est cette rupture-là qui nous conduit à vouloir penser autrement la politique publique que vous nous proposez.

J'en viens à la réorganisation territoriale de notre système de santé.

Le principe même du pilotage régional proposé n'est pas en cause. C'est même une idée maintenant assez ancienne, car la territorialisation s'inscrit de longue date dans les réformes engagées.

Mais le consensus s'arrête là !

L'objectif, l'organisation et les moyens des agences régionales de la santé et de l'autonomie qui seront mises en place subissent pareillement les conséquences de l'approche comptable appliquée à la gouvernance de l'hôpital : la régionalisation est simplement mise au service d'une recentralisation dont l'objectif est la maîtrise des dépenses de santé.

Ces agences régionales seront l'étage intermédiaire dans une véritable hiérarchie pyramidale, allant du Conseil des ministres au directeur de l'hôpital.

Notre assemblée décidera s'il doit ou non entrer dans la mission des Agences de « déterminer la politique régionale de santé » ou de « mettre en œuvre à l'échelon régional les objectifs de la politique nationale de santé ». L'enjeu est d'importance.

Je l'ai dit tout à l'heure, hormis l'obligation de résultats budgétaires à laquelle les directeurs généraux des agences régionales seront tenus, une grande liberté leur est laissée.

Leur structuration reproduit le schéma appliqué à l'hôpital, qui réduit tout autre acteur au rôle de figurant au sein d'un conseil de surveillance, lequel ne surveille plus grand-chose.

Nous reparlerons, madame la ministre, de cette phrase anodine, glissée à l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, qui autoriserait « des membres » du conseil de surveillance à disposer de plusieurs voix.

M. François Autain. C'est scandaleux !

M. Yves Daudigny. Une autre question majeure se pose, celle du plus large périmètre de compétences retenu pour ces agences régionales. Pourvu qu'elles ne meurent pas d'indigestion, a-t-on parfois entendu dire ! Une telle disposition nécessite que les articulations entre les ARS et l'assurance maladie soient d'ores et déjà clairement déterminées. Or tel n'est pas le cas, s'agissant notamment de la gestion du risque.

Une seconde nécessité de coordination des compétences s'impose entre les agences régionales à l'égard, cette fois, des conseils généraux : les termes de « pilotage », « en association », « conjointement » ou « en collaboration » ne sont pas équivalents.

Nous vous proposerons, à l'évidence, de clarifier l'articulation de l'architecture de la planification et de la programmation médico-sociale en confirmant la position de chef de file du département en la matière.

Alors même que d'aucuns ont également réussi à faire planer l'incertitude sur l'avenir de l'organisation territoriale départementale, il n'en faut pas moins tablir sur l'expérience et l'expertise acquise par les départements dans ce domaine difficile qu'ils gèrent maintenant parfaitement.

Une modification positive adoptée par l'Assemblée nationale et maintenue, à juste titre, par la commission des affaires sociales du Sénat doit être saluée. Je pense, bien sûr, au mécanisme de fongibilité asymétrique, et même dynamique.

D'autres questions restent non résolues, telle celle de l'accueil temporaire.

Qu'en sera-t-il demain de la spécificité du secteur médico-social ? Prendre soin – le médico-social – et accompagner – le social – ne sont pas « soigner ». Faut-il nier le risque de voir, demain, le sanitaire supplanter et effacer le médico-social et le social ? La mise en place de l'agence nationale d'appui à la performance illustre ce risque.

Permettez-moi d'achever ce rapide survol du projet de loi en évoquant l'un des aspects qui me tient le plus à cœur, celui du droit fondamental à la santé, que le cumul des franchises, des déremboursements et des dépassements, et, pour beaucoup, la perte de leur emploi, remet en cause.

L'accès aux soins est, selon vous, l'objectif premier du projet de loi, alors qu'il devrait être le seul, le reste ne concernant que les moyens ! Vous affirmiez avec la plus grande fermeté, le 8 février dernier, devant notre commission, que, « en ce qui concerne l'accès aux soins, il faut combattre avec force les discriminations financières qui y feront obstacle, tant pour la médecine de ville que pour les établissements de santé ». De quels moyens armez-vous l'agence régionale pour mettre en œuvre ces solides intentions ?

M. François Autain. Il n'y aura rien !

M. Yves Daudigny. Aucune, en effet !

L'Assemblée nationale et notre commission ont ajouté la prise en compte par les schémas régionaux d'organisation des soins, les SROS, aux côtés de l'exigence d'efficacité, celle d'accessibilité, de maintien de tarifs « sécurité sociale », ainsi que, sur notre proposition, les temps de parcours. Mais rien qui ne soit opposable dans tout cela ! Disparaît même du texte adopté par nos collègues députés la maigre possibilité qu'avait l'agence régionale de fixer une proportion d'actes sans dépassements aux cliniques privées en situation de monopole, alors que, pour la majorité de nos concitoyens, selon le constat qui a été dressé, l'inégalité est avant tout financière. Ainsi, 32 % des Français reculent les prises de rendez-vous avec un médecin et 17 % l'excluent totalement par manque d'argent.

L'affichage des tarifs dans les salles d'attente rendu obligatoire, si tant est qu'il soit respecté, paraît bien dérisoire au regard des enjeux de santé dont ce projet de réforme prétendait se saisir.

De même, l'agence régionale de santé reste dénuée d'outils de régulation pour la médecine de ville, alors que l'agence aura à charge de coordonner les parcours de soins dont la segmentation génère des coûts supplémentaires et que toutes les mesures incitatives déjà expérimentées ont prouvé leur inefficacité.

S'agissant de la discrimination et du refus de soins, force est de constater là encore que les moyens propres à faire de l'accès aux soins une réalité sont refusés. Les pratiques, dites du *testing*, pourtant efficaces, car dissuasives, ont été supprimées, tandis que l'établissement de la preuve d'une discrimination ou d'un refus de soins injustifié est maintenue à charge du patient, ce qui, dans les faits et de manière certaine, met les médecins fautifs à l'abri de toute plainte.

Il est pour le moins malheureux d'être tenu de redire aujourd'hui que reconnaître un droit n'est rien s'il n'est pas assorti de moyens procéduraux pour y accéder. Prétendre vouloir lutter contre les discriminations fautives et les refus de soins injustifiés suppose de s'en donner les moyens.

Sur la forme, madame la ministre, trois raisons au moins justifiaient de remettre votre ouvrage sur le métier.

Les « amendements CHU », emblématiques d'une frénésie de réformes dont l'utilité est trop souvent démentie par la suite et, en tous cas, symptomatiques du peu de considération que le Gouvernement porte à la représentation nationale, constituent l'une des premières raisons, et non la moindre.

La deuxième raison réside dans le « saucissonnage » que vous opérez sur les questions de santé, en présentant des réformes successives, avec, notamment, l'annonce de textes distincts sur la santé mentale, la bioéthique, ou encore la santé publique.

L'ampleur que l'intitulé de votre projet de loi annonçait aurait mérité une vision d'ensemble, ce qu'un projet de loi d'orientation aurait permis.

La troisième raison tient à la réforme de la procédure législative dont votre projet fait les frais. Peut-être l'avez-vous d'ailleurs brièvement regrettée, madame la ministre !

Mais le plus grave, l'inacceptable, ce qui n'est pas négociable, se situe sur le fond de ce projet. La logique n'en est pas inversée.

Madame la ministre, vous faites constamment état de la très large concertation qui a précédé le dépôt du projet de loi. Vous arguez de votre volonté de « préserver et renforcer les valeurs de service public », celles « qui fondent notre système de santé » ; vos discours résonnent de « démocratie sanitaire », de « principes de qualité, de solidarité et de justice ».

Mes chers collègues, laisserons-nous disparaître les principes fondamentaux et les mécanismes de solidarité que l'État abandonne sous nos yeux ? Accepterons-nous d'être les fossoyeurs du service public hospitalier (*Non ! sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*), reconnu par ailleurs comme étant l'un des meilleurs au monde, mais qui ne rapporte pas, ou pas assez d'argent ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il ne rapporte pas du tout ; il coûte, c'est tout ! C'est normal d'ailleurs ! Pourquoi voulez-vous qu'il rapporte de l'argent ?

M. Yves Daudigny. Un système de santé livre une image de la solidarité d'une société. La santé, touchant chaque individu jusque dans son intégrité et sa dignité, est le miroir de la société. L'image de la société que votre projet de loi laisse transparaître n'est pas la nôtre ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Gérard Dériot. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, un projet de loi portant l'ambition de réformer l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires est forcément un texte très attendu, suscitant beaucoup d'espoir et, inévitablement, un certain nombre de craintes.

La santé demeure, en effet, l'une des premières préoccupations de nos concitoyens. Ils sont très attachés à notre système « à la française » que nous envient beaucoup de pays étrangers.

Réformer le système de santé demande donc du courage, madame la ministre, car vouloir le réorganiser, c'est immédiatement se retrouver au cœur d'une contradiction majeure, une contradiction entre, d'une part, l'idée partagée par l'ensemble de nos concitoyens que la vie n'a pas de prix et, d'autre part, la responsabilité d'assumer le coût de la santé. Or notre pays vieillit et voit naturellement ses dépenses de santé augmenter.

D'ailleurs, la progression des dépenses d'assurance maladie pour les hôpitaux et les cliniques de plus 50 % depuis 1998 comme les moyens consacrés au plan « Hôpital 2007 » et au plan « Hôpital 2012 » montrent combien la collectivité nationale ne ménage pas ses efforts budgétaires en la matière.

Pour autant, nous ne pouvons nous permettre de suivre la seule logique du « toujours plus de moyens ».

Ce courage, nous le devons à nos enfants. Selon un mot bien connu de Saint-Exupéry, « nous n'héritons pas de la terre de nos ancêtres, nous l'empruntons à nos enfants ».

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. Gérard Dériot. En matière de santé, c'est à nos enfants que nous empruntons le règlement de nos dépenses actuelles de santé ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Eh oui !

M. Gérard Dériot. ... en leur léguant, *via* la CADES, la charge du remboursement.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Tout à fait !

M. Gérard Dériot. Une telle attitude, injuste et désinvolte envers les générations futures, ne saurait perdurer.

Elle nous interpelle sur les modes de financement – c'est l'objet du projet de loi de financement de la sécurité sociale –, mais aussi sur l'efficacité de nos dépenses, et donc sur l'organisation du système. C'est bien l'objet du présent projet de loi.

Ce courage, nous le devons également à nos concitoyens, car les crédits supplémentaires, tout comme les nombreuses réformes et les plans successifs n'ont pas permis jusqu'alors de garantir un égal accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire et l'accueil dans les hôpitaux ne répond pas toujours aux attentes.

Sur le terrain, il n'est pas simple de trouver un médecin le soir ou la nuit, sans parler de certains territoires ruraux qui pourraient devenir de véritables déserts médicaux.

Ce courage, nous le devons enfin aux professionnels de santé, aux médecins, aux personnels soignants, en particulier dans nos hôpitaux, dont les personnels méritent toute notre reconnaissance, car ils ne ménagent pas leur peine.

Au quotidien, ils font preuve de beaucoup de compétences, de dévouement, d'attachement à leur travail, de résistance à la fatigue et au stress, et ce malgré des conditions d'exercice parfois difficiles.

Toute évolution du système ne saurait être possible sans leur motivation et leur adhésion.

Eh bien, ce courage, madame la ministre, vous l'avez en nous présentant un projet de loi ambitieux, cohérent et volontaire.

À nos yeux, il a le grand mérite de rendre notre système de santé plus efficace en réorganisant globalement la prise en charge des malades par les différents acteurs, qu'il s'agisse des établissements hospitaliers ou des professionnels de santé.

Le décloisonnement de son organisation, le développement des coopérations entre médecine de ville et médecine hospitalière, le renforcement de la coopération entre secteur public et secteur privé, sont indispensables.

De plus, le texte donne toute sa place à la prévention, restée le parent pauvre de notre système de santé.

Bien sûr, le texte initial a beaucoup évolué à l'issue des travaux de l'Assemblée nationale. À son tour, la commission des affaires sociales du Sénat l'a amendé.

Qu'il me soit permis d'en profiter pour dire quelques mots sur les conditions dans lesquelles nous avons étudié ce projet de loi en commission, conformément à la nouvelle procédure prévue par la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008.

Reconnaissons que les désagréments rencontrés ces derniers jours nous font espérer un certain nombre d'ajustements futurs susceptibles de rendre nos travaux plus sereins.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Certes !

M. Gérard Dériot. Quoi qu'il en soit, ces difficultés d'adaptation ne sauraient affaiblir l'intérêt que nous procure désormais la possibilité d'examiner en séance le texte résultant de nos travaux en commission.

En cet instant, je salue naturellement le travail extraordinaire réalisé par M. le rapporteur, notre collègue Alain Milon, ...

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. C'est vrai !

M. Gérard Dériot. ... qui s'est totalement investi pour rester à l'écoute du terrain, des patients et des professionnels, mais aussi pour rapprocher nos points de vue, et ce afin de proposer un texte enrichi, amendé et certainement plus équilibré.

Je remercie également le président de la commission, qui a su organiser au mieux notre travail. Je n'oublie pas tous les services de la commission, qui ont travaillé dans des conditions extrêmement délicates, et qui ont toute notre gratitude.

Sans revenir sur l'ensemble du texte et sur toutes les modifications que nous avons soutenues en commission, puisque les orateurs précédents viennent de le faire, j'évoquerai cinq points qui me tiennent à cœur.

Tout d'abord, je parlerai de la gouvernance hospitalière.

Les rapports Larcher et Couanau ont bien diagnostiqué le problème de la gouvernance à l'hôpital. Vous nous proposez donc de dynamiser son fonctionnement en réformant le conseil d'administration, en renforçant le pouvoir et l'autonomie du directeur, qui devra faire tandem avec le président de la commission médicale d'établissement, la CME, qui devient vice-président du directoire.

Cette relation entre le directeur et le président de la CME nous semble tout à fait essentielle afin qu'aux impératifs de saine gestion observés par le directeur soit associée la compétence des praticiens. Cette relation a d'ailleurs été renforcée et clarifiée dans la nouvelle version du texte.

Je vous rejoins tout à fait, madame la ministre, lorsque vous rappelez que le pouvoir du directeur « est à l'aune de sa responsabilité, qui est forte. » Mais pourquoi penser qu'il ne pourrait pas y avoir de parfaite relation entre un directeur et un président de CME ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Il sera jugé là-dessus !

M. Gérard Dériot. Comment, d'ailleurs, un directeur pourrait-il mettre en application un projet médical d'établissement sans l'accord de son corps médical ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Évidemment !

M. Gérard Dériot. Ce cas de figure est tellement aberrant que la question ne se pose même pas !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. S'il est fâché avec ses médecins, il sera viré !

M. Gérard Dériot. Sur d'autres points, la commission des affaires sociales a également remanié les règles de la gouvernance des établissements.

Les nouveaux pouvoirs donnés au conseil de surveillance me semblent tout à fait légitimes : délibération sur la participation à toute opération de coopération ou de communauté hospitalière de territoire ; consultation sur le budget prévisionnel de l'établissement ainsi que sur le programme d'investissements, les opérations immobilières et le règlement intérieur de l'établissement ; renforcement de ses moyens de contrôle.

Je note également avec satisfaction que la nomination des personnalités qualifiées membres du troisième collège sera assurée par les exécutifs des collectivités territoriales pour trois d'entre eux et par le représentant de l'État pour les deux autres.

Néanmoins, je regrette un peu la suppression de la présidence de droit du maire.

Mme Nathalie Goulet. Eh oui !

M. Gérard Dériot. L'hôpital est, en général, le premier employeur de la ville ou de l'agglomération sur laquelle il est implanté. C'est un enjeu majeur pour les élus parce que c'est un enjeu majeur pour les populations.

Mme Nathalie Goulet. Très bien !

M. Guy Fischer. On est d'accord !

M. Gérard Dériot. Il me paraît évident que le maire doit être impliqué.

Madame la ministre, je ne serai pas étonné que, dans quelques années, beaucoup, y compris dans votre ministère, ne regrettent le rôle que jouait le maire à la tête du conseil d'administration, en tandem avec son directeur, pour apaiser les tensions et faciliter les évolutions nécessaires. (*Applaudissements sur plusieurs travées du groupe socialiste. – Mme Nathalie Goulet applaudit également.*)

M. Guy Fischer. Voilà des propos de bon sens !

M. Gérard Dériot. Enfin, en ce qui concerne l'organisation des communautés hospitalières de territoire, les CHT, je me réjouis, là aussi, des modifications de la commission, qui a affirmé, suivant l'inspiration du rapport Larcher, la nature conventionnelle de la CHT, au nom du principe de volontariat qui interdit d'imposer la création d'une CHT.

M. Guy Fischer. Vous y croyez, vous ?

M. Gérard Dériot. La deuxième remarque particulière de ma part porte sur la création des agences régionales de santé, les ARS.

Le pilotage trop fragmenté et mal coordonné de notre organisation sanitaire constituait une faiblesse manifeste de notre système de santé.

L'objectif consistant à décloisonner à l'échelon régional les compétences relevant des différents aspects de la politique de santé et à déconcentrer le pilotage à l'échelon des régions et des territoires nous semble donc louable.

Nous espérons que chaque agence régionale de santé va ainsi permettre d'additionner les forces.

Bien évidemment, la politique de la santé est et doit rester une politique nationale. Les ARS n'en seront qu'un échelon déconcentré.

Cependant, là aussi, nous attendons que cette nouvelle gouvernance instaurée par les ARS nous offre une vraie démocratie sanitaire, à même de susciter les échanges entre l'État, les professionnels de santé, les représentants des associations et des usagers, et les collectivités territoriales, qui se sont déjà très largement investies dans ce domaine, souvent pour pallier certaines insuffisances.

Ma troisième remarque porte sur la lutte nécessaire contre les déserts médicaux.

Ce texte vise aussi à offrir à tous les Français, sur tout le territoire, un égal accès aux soins. Il s'agit là d'une réelle préoccupation à l'heure où nombre de territoires voient les praticiens partir en retraite sans être remplacés.

Le conseil général de l'Allier dont je fais partie a été l'un des tout premiers à proposer des bourses d'études pour des étudiants en médecine qui s'engagent à s'installer dans les zones déficitaires.

Servie par une campagne de promotion assez musclée, cette initiative visant à enrayer la désertification médicale porte ses fruits aujourd'hui. Les contrats que nous avons signés il y a quelques années sont remplis et commencent petit à petit à favoriser l'installation de jeunes médecins dans les zones en déficit.

Je me réjouis donc de voir notre exemple suivi au niveau national, avec l'instauration du contrat d'engagement de service public pour les étudiants en médecine, créé à l'article 15 *bis* du projet de loi.

Comme d'autres mesures, tel le développement de maisons de santé pluridisciplinaires, cette allocation mensuelle ne peut que renforcer l'attractivité du métier de médecin généraliste, même en zone rurale où l'exercice de ce métier est peut-être le plus intéressant.

Je suis bien d'accord avec vous, madame la ministre, toutes les mesures coercitives que nous pourrions imaginer ne feront que détourner un peu plus les médecins de cette spécialité.

Ma quatrième remarque concerne la lutte contre l'obésité et le titre III, « Prévention et santé publique », du projet de loi. Le problème de l'obésité m'est particulièrement cher pour avoir rédigé un rapport sur le sujet avec l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, l'OPEPS. Nous en reparlerons, bien sûr, lors de l'examen d'un projet de loi ultérieur qui sera spécifiquement consacré à la santé publique.

Enfin, le dernier sujet qui me tient particulièrement à cœur est la réforme par ordonnance de la biologie médicale, que j'ai pratiquée pendant vingt-cinq ans.

Aux termes de l'article 20, le projet de loi autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures nécessaires à une réforme d'ensemble de la biologie médicale en France.

Cette réforme, particulièrement complexe et technique, a été préparée grâce à des consultations larges et fructueuses menées par le ministère auprès des professionnels, et après un processus d'expertise de grande qualité, je pense notamment au rapport Ballereau.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue!

M. Gérard Dériot. Ces travaux ont permis de préparer la rédaction de l'ordonnance sous le signe de l'amélioration de la qualité et de la sécurité pour les patients.

Afin de lever toute ambiguïté, vous avez, madame la ministre, remis à la commission des affaires sociales le projet d'ordonnance qui paraît tout à fait correspondre à nos attentes.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Tout à fait!

M. Gérard Dériot. Il permettra ainsi de répondre aux progrès techniques importants que le secteur a accomplis, en même temps qu'il rejette l'ouverture du capital des laboratoires à des organismes financiers. Il recueille donc tout notre soutien.

C'est donc bien, madame la ministre, le courage et l'opportunité de ce projet de loi que nous soutenons aujourd'hui, mais aussi le courage et l'intelligence que vous avez eus d'accepter un certain nombre d'ouvertures et d'améliorations.

Ainsi, espérons-nous garantir à nos concitoyens de continuer à bénéficier du meilleur système de santé au monde, avec une meilleure permanence des soins, moins d'attente aux urgences, une meilleure prise en charge thérapeutique des malades et davantage de prévention.

Tels sont, en tous les cas les vœux que je forme aujourd'hui. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

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

M. Jean Desessard. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, ce fut une première : à l'occasion de ce projet de loi, nous avons expérimenté la réforme du fonctionnement du Parlement qui permet aux ministres de participer aux débats de la commission.

Pendant quatre jours, installée derrière une petite table, dans la petite salle de la commission des affaires sociales, Mme la ministre a donc participé aux débats et a donné son avis lorsque cela semblait nécessaire. (*Sourires.*)

Il paraît que cela renforce le pouvoir du Parlement! (*Rires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Pour ce qui est des droits de l'opposition, nous n'avons pas l'impression qu'ils aient été renforcés : les réponses positives du rapporteur ont toujours été aussi rares, les débats ne sont pas publics, nous parlons dans le vide!

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Mais non! Tout cela a donné matière à un rapport magnifique!

M. Jean Desessard. Du fait de cette promiscuité, madame la ministre, soit nous sommes impolis parce que nous nous opposons à vous, soit nous tombons sous votre emprise, ce qui rend le débat difficile! (*Sourires.*)

Puisque vous faites une réforme, autant vous donner les moyens de faire en sorte que les choses se passent bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est votre affaire !

M. Jean Desessard. Que de temps perdu ! Le président Larcher, en réponse à Jean-Pierre Bel, a fait valoir que le vendredi, à dix heures quarante-cinq, le compte rendu des débats sur le titre I^{er} avait été publié. Trois heures plus tard, c'était au tour du titre II... Puis, le reste vint le lundi, le mardi... Mais enfin, il ne s'agissait pas de résultats sportifs ! (*Rires et applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*) On peut quand même se donner le temps d'analyser une loi !

M. François Autain. Bien sûr !

M. Jean Desessard. Si vous n'êtes pas prêts, ne soumettez pas le projet de loi au Parlement !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Nous sommes prêts !

M. Jean Desessard. Attendez d'avoir les moyens et de pouvoir travailler dans de bonnes conditions ! Tout cela n'a rien de sérieux.

Le président Larcher, au lieu de défendre ce mode de fonctionnement, aurait mieux fait de reconnaître la difficulté de la situation et d'admettre qu'il avait été pris un peu au dépourvu !

Madame la ministre, y avait-il urgence ?

Mme Dominique Voynet. Non !

M. Jean Desessard. Pourquoi cette impatience ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est votre interprétation !

M. Jean Desessard. Mais non, je vous le dis ! J'ai réfléchi, moi ! (*Sourires.*)

M. Jacques Blanc. Pour une fois !

M. Jean Desessard. Ce projet de loi pouvait attendre. Il doit être replacé dans un contexte plus général. Qui est le patron de Mme Bachelot ?

Mme Dominique Voynet. Nicolas Sarkozy !

M. Jean Desessard. Voilà !

Quel est le triptyque qui caractérise la pensée de M. le Président de la République ?

Premier point : faire sauter les blocages de la société française, faire sauter les résistances, faire sauter les acquis sociaux ! Deuxième point : contrôler, tout contrôler et encore tout contrôler ! Troisième point : s'enrichir vite et sans honte ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG. – Protestations sur les travées de l'UMP.*)

Madame la ministre, vous nous proposez une nouvelle réforme pour répondre à la frénésie réformatrice du Président de la République, qui souhaite placer tous les services publics sous les ordres de « patrons » à son service : l'audiovisuel, la justice, avec la fin des juges d'instruction, les universités et, aujourd'hui, la santé.

Cette réforme, cela a été dit à plusieurs reprises, ne vise qu'un seul objectif : réduire les dépenses de l'hôpital public pour le rendre rentable. Mes chers collègues, je vois bien que vous pensez que je rabâche...

M. Jacques Blanc. Cela tient plutôt du délire !

M. Jean Desessard. J'entends d'ici vos réflexions ! Mais qui rabâche vraiment, mes chers collègues ?

Au journal télévisé, il ne se passe pas un soir sans que l'on nous annonce le licenciement d'ouvriers qui gagnent 1 500 euros par mois...

M. Guy Fischer. Moins que ça !

M. Jean Desessard. ... et partent avec six ou sept mois d'indemnité de licenciement. À côté de cela, les patrons qui ont mal géré partent avec des dizaines de millions d'euros de retraite chapeau ou de parachute doré !

Mlle Sophie Joissains. Hors sujet !

M. Jean Desessard. Ce n'est pas moi qui rabâche, c'est le système qui rabâche, et c'est ce système que vous voulez adapter à la santé !

Oui, l'hôpital est en crise, mais cette crise est d'abord d'ordre financier : l'hôpital doit obtenir des moyens.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. On n'a jamais autant dépensé !

M. Jean Desessard. La colère des professionnels hospitaliers, médecins, internes, infirmières et aides-soignants – qui se mobiliseront de nouveau jeudi prochain, madame la ministre ! – exprime un désaveu quant à la méthode employée, caractérisée par l'absence de concertation.

M. le rapporteur nous dit qu'il a rencontré les professionnels. Bravo ! Il en a rencontré deux cents ! Deux cents fois bravo ! Mais la concertation ne se limite pas à l'audition. Nous savons très bien que la démocratie, ce peut être parfois : « Cause toujours ! ». Monsieur le rapporteur, vous rencontrez ces personnes, vous les écoutez et vous continuez d'appliquer les décisions du président Sarkozy. Je n'appelle pas cela de la concertation !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est faux ! La commission a travaillé en toute indépendance !

M. Jean Desessard. Les professionnels du secteur public veulent être reconnus, voir leur travail respecté !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Demandez-leur plutôt ce qu'ils pensent du rapport !

M. Jean Desessard. Ils défendent l'esprit du service public, ils veulent continuer à travailler dans le service public ! Mais pour cela, il faudrait leur en accorder les moyens ! Ils voient des collègues avec lesquels ils ont fait leurs études gagner quatre ou cinq fois plus dans le secteur privé !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ils ne gagnent pas toujours moins que dans le privé ! Vous ne connaissez pas le secteur privé !

M. Jean Desessard. Ils restent dans le secteur public parce qu'ils y croient, mais il faut leur donner les moyens d'y croire et les reconnaître ! Voilà pourquoi nous parlons d'absence de concertation !

Sur le fond, ils refusent un directeur super-intendant chargé de rationaliser les dépenses. Rationaliser les dépenses, il faut bien voir ce que cela veut dire. Si on va jusqu'au bout, cela signifie supprimer des emplois ou diminuer l'offre de soins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais non !

M. Jean Desessard. Il n'y a pas d'autre alternative.

À la fin de l'année 2008, l'ensemble des établissements de santé publics cumulait un déficit avoisinant un milliard d'euros...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est faux !

M. Jean Desessard. ... et 90 % des CHU étaient dans le rouge. Dans le même temps, la Générale de santé, qui réalise plus de 16 % des hospitalisations privées en France, dégagait un résultat net de 87,2 millions d'euros, en hausse de 91 % par rapport à 2007.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Et la Mutualité française ?

M. François Autain. La Mutualité française ne fait pas de bénéfices !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Et comment ! Quatre milliards d'euros de réserves !

M. François Autain. C'est la réglementation qui l'y oblige !

M. Jean Desessard. Les esprits simplistes diront qu'il faut adapter les méthodes du privé au public ! Mais, pour nous, l'origine de la crise se trouve dans la généralisation de la tarification à l'activité, établie sans tenir compte de la réalité complexe de la prise en charge des patients à l'hôpital.

En effet, les cliniques et les hôpitaux ne font pas le même travail. Les cliniques se sont spécialisées sur des actes répétitifs, programmables à l'avance et, surtout, bien remboursés par l'assurance maladie, du fait d'une tarification avantageuse.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Ce n'est pas toujours vrai ! J'ai traité des urgences en clinique privée !

M. Jean Desessard. Ainsi, en Île-de-France, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris réalise plus de 700 types d'actes chirurgicaux, alors que l'ensemble des cliniques de la région en réalisent dix fois moins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* C'est caricatural !

M. Jean Desessard. Autre exemple : 84 % des ablations des amygdales sont opérées dans le privé, car ce sont des actes rentables.

M. Alain Milon, *rapporteur.* On n'opère plus des amygdales !

M. Jean Desessard. En revanche, la quasi-totalité des personnes malades du SIDA sont soignées dans le public, or ces soins coûtent très cher.

Selon la Fédération hospitalière de France, le nombre d'accouchements par césarienne en France a presque doublé en vingt ans, représentant près de 20 % du total des naissances, lorsque l'Organisation mondiale de la santé estime que le taux devrait se situer entre 5 % et 15 %. Cette augmentation a surtout été constatée dans les cliniques privées !

M. François Autain. Bien sûr !

M. Jean Desessard. Cette dérive inquiétante relève moins de raisons médicales que de facteurs liés à la rentabilité économique, puisque les césariennes sont plus faciles à programmer et permettent de limiter les gardes de nuit et de week-end dans ces maternités.

Nous ne partageons pas la même logique, nous voulons garantir à l'hôpital public les ressources nécessaires à la réalisation de ses multiples missions de service public.

L'ouverture au privé ne vise pas, à terme, la privatisation du secteur de la santé. En effet, la droite privatise en général les entreprises qui marchent bien, comme EDF ou les autoroutes, que les péages ont déjà remboursés... (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*) Quand il y a de l'argent à gagner, on privatise ! Or ce n'est pas le cas de l'hôpital. Puisque l'on ne sait pas comment le privatiser, on y fait entrer tout doucement le privé, pour qu'il choisisse ce qui

est rentable, programmable à l'avance, bien remboursé, et laisse à l'hôpital public les actes coûteux, lourds et ingrats. Tel est l'objectif de ce projet de loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* C'est n'importe quoi !

M. François Autain. C'est un peu schématique, mais il a raison !

M. Jean Desessard. Madame la ministre, votre projet aurait pu être mobilisateur ! Non pas parce que des milliers de manifestants seront dans la rue jeudi prochain (*Sourires.*), mais parce que les agences régionales de santé étaient une bonne idée.

Les Verts ont toujours été favorables à la transformation des agences régionales de l'hospitalisation en agences régionales de santé, pour mettre fin au cloisonnement entre hôpital et médecine de ville, entre service public et exercice libéral, entre médical et médico-social, pour tenir compte de l'ensemble des paramètres sociaux et environnementaux.

Ces agences auraient pu être de véritables instances de démocratie sanitaire...

Mme Annie David. Auraient pu !

M. Jean Desessard. ... associant les professionnels de santé, les élus locaux, les usagers et l'assurance maladie. Elles auraient ainsi pu constituer le socle d'une grande réforme du système de santé, en passant d'une logique de soins à une logique de santé et en rapprochant les lieux de décision des acteurs de terrain. Elles pourraient être le lien indispensable entre des objectifs nationaux – exprimés par le Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale –, et leur traduction concrète sur les territoires, en collaboration avec les acteurs locaux.

Mais la mise en place des ARS, telle qu'elle est prévue dans cette loi, avec à leur tête des « super-préfets de la santé », directement aux ordres du Gouvernement et de qui vous savez (*Sourires sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*), représente une véritable régression après trois décennies de décentralisation.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue !

M. Jean Desessard. Cette réforme conduit à une étatisation technocratique, dont le seul but est de réformer la carte hospitalière pour réduire les dépenses, et démanteler le service public au profit du secteur privé !

Madame la ministre, je dois conclure...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Il est temps !

Mme Annie David. Dommage !

M. Jean Desessard. Cette réforme représente une occasion manquée de faire entrer notre système de santé dans le xxi^e siècle et de mettre en place un véritable plan de relance pour la santé. Vous allez sûrement me répondre qu'un plan de relance est irréaliste ! Pourtant c'est ce que Barack Obama est en train de mettre en œuvre aux États-Unis.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires culturelles.* Ils en ont besoin !

M. Jean Desessard. Sur les 727 milliards de dollars de son plan de relance, 150 milliards sont consacrés à la santé.

M. Alain Fouché. Aucun rapport !

M. Jean Desessard. On n'attendait pas cela des Américains, il n'y a pas si longtemps !

Au lieu de cela, vous mettez à la tête des hôpitaux des directeurs-superintendants, chargés d'appliquer votre politique de rigueur budgétaire. Vous confiez des missions de service public aux cliniques privées qui continueront de s'enrichir, sans subir les mêmes contraintes que les hôpitaux publics en matière de gardes ou de dépassements d'honoraires.

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

M. Jean Desessard. Votre politique ne prend pas en compte les nouveaux risques liés à l'évolution des modes de vie et de consommation et à la multiplication des pollutions. Votre projet de loi ne prend pas non plus la mesure des besoins nouveaux d'accompagnement liés au vieillissement de la population.

Bref, les sénatrices et les sénateurs Verts ne se reconnaissent pas dans l'esprit de cette réforme qui, comme les précédentes, leur semble vouée à un échec certain, puisqu'elle se borne à une analyse comptable à court terme de la santé. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les sénateurs Verts voient tout en noir !

M. le président. La parole est à M. André Lardeux.

M. François Autain. Ce n'est pas le même genre !

M. André Lardeux. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je tiens à féliciter, pour commencer, le président de la commission des affaires sociales, Nicolas About, et notre rapporteur, Alain Milon, pour le travail accompli dans des conditions difficiles, dues aux arcanes d'une réforme de la procédure inappropriée dont le mieux que l'on puisse faire est de n'en rien dire ! Cette réforme montre que la revalorisation du rôle du Parlement est un combat qui n'a pas encore commencé, sans parler des difficiles conditions de travail imposées aux services du Sénat, et notamment au secrétariat de la commission.

Cela étant, ce projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, fort complexe, certes, car rendu trop touffu par les nombreux ajouts dus au débat parlementaire, comporte trois éléments essentiels qui doivent conduire à son adoption.

Le premier est la modernisation de la gouvernance des établissements de santé. Il fallait franchir ce premier pas : il était en effet souhaitable que la conduite des missions de service public ne soit pas liée au statut juridique des établissements, mais à la satisfaction des besoins de la population. Le Gouvernement propose cette avancée, qui relève d'une gestion raisonnable.

Le renforcement des prérogatives du chef d'établissement est bienvenu : chaque établissement doit avoir un pilote responsable, capable d'exercer ses prérogatives sans pour autant être un autocrate refusant la concertation. Il faudra que ce pilote soit de qualité et éviter que le statut ne lui permette de s'abriter derrière des règles qui rendraient inefficace son évaluation, laquelle doit être suivie soit d'une revalorisation de sa situation, soit de sanctions éventuelles.

La durée de son mandat devra, me semble-t-il, être suffisante pour qu'il fasse ses preuves et atteigne les objectifs fixés, mais pas trop longue, pour qu'il ne s'encroûte pas et ne devienne pas complice ou prisonnier des enjeux locaux, pas toujours compatibles avec les orientations nationales, et parfois contraires au bien commun. Il devra être capable d'établir des relations de confiance avec le corps médical ; à

cet égard, il serait bon de clarifier le sens des appellations et d'éviter la confusion entretenue sciemment à propos du projet médical, avec des arrière-pensées peu bienveillantes...

Le projet de communauté hospitalière de territoire est intéressant, de même que le développement de la coopération entre secteurs public et privé.

La séparation entre le conseil de surveillance et le directoire va dans le bon sens, en distinguant ce qui relève de l'orientation et du contrôle de ce qui relève du pilotage et de la gestion des établissements. Que le président du conseil de surveillance ne soit pas systématiquement le maire de la commune ne me choque pas personnellement : en effet, le président de ce conseil ne devrait être ni juge ni partie en la matière. Trop souvent sont mis en avant des arguments, certes humainement compréhensibles, mais pas toujours en adéquation avec la qualité du service, les intérêts des patients ou les moyens du contribuable ou du cotisant.

Il faudrait aussi éviter que ce président ne soit que le porte-parole du directeur de l'ARS. On peut se demander si, étant donné les pouvoirs dont il dispose par ailleurs, celui-ci doit être le seul à nommer toutes les personnalités qualifiées membres du conseil de surveillance. Il serait à mon sens raisonnable que plus de la moitié d'entre elles soit nommée par l'État.

Le second élément concerne la création des agences régionales de santé.

En effet, la situation actuelle n'est pas satisfaisante. On a du mal, surtout quand on est un simple citoyen, à savoir qui fait quoi, entre les ARH, les DRAS, les DASS, les URCAM, les CRAM, les CPAM, la MSA, la RSI, la MRS (*Sourires.*), les instances ordinales et, même, les collectivités locales.

Aussi, s'il y a désormais un organisme unique, l'ARS, couvrant l'ensemble du fonctionnement du système de santé, ce serait une bonne chose. À cet égard, je regrette l'adjonction du mot « autonomie » qui m'apparaît comme une décision maladroite et malheureuse.

Il faudra veiller à ce que les directeurs des ARS, qui vont avoir un rôle central, soient à la fois de grande qualité, capables de s'exonérer des contingences politiques locales, tout en sachant coopérer avec les différentes autorités au lieu de les ignorer, comme cela a souvent été le cas pour les ARH. On attend de ces personnes qu'elles aient les qualités et les compétences des meilleurs serviteurs de l'État sans être tenues par des solidarités politiques présentes ou passées.

M. Dominique Leclerc. Très bien !

M. André Lardeux. Pour cette raison, la durée de leur mandat ne devra être ni trop brève ni trop longue.

Se pose aussi la question de l'association des professions de santé dans le fonctionnement des ARS. Les tenir à l'écart serait regrettable ; aussi faut-il prévoir une place à un niveau suffisant pour assurer leur participation. On ne peut pas faire fonctionner le système sans l'adhésion des professions de santé et il semble prudent de ne pas en faire des opposants. J'ai en effet perçu, lors des rencontres que j'ai faites il y a quelques jours, des interrogations insistantes sur la parole et la signature de l'État.

Il faudra éviter que les ARS ne soient de trop lourdes machines engluées dans les règlements et dans la paperasse, ce qui est l'une des causes des difficultés présentes. Aussi, plutôt que de rassembler tout ce qui existe et de voir

ensuite ce qui va se passer, il serait utile de remettre d'ores et déjà en cause certains services pour éventuellement en modifier le format.

Le troisième élément concerne la démographie médicale et les modalités d'installation des médecins.

L'accord passé avec les représentants des infirmiers et infirmières est un précédent intéressant et utile, qui peut servir de modèle.

Il est souhaitable pour tous - pouvoirs publics, médecins et patients - que le dispositif prévu, auquel j'adhère, fonctionne ; sinon, lors de la prochaine réforme, on ne pourra que recourir à la méthode coercitive d'installation, avec les inconvénients que cela pourrait engendrer.

L'action sur le *numerus clausus* en fin de première année d'études est essentielle. Il est tout à fait fondé de prévoir sa révision annuelle, car il faut être très réactif. Cela suppose une augmentation sensible des postes dans les zones sous-médicalisées et une réduction drastique dans les zones surmédicalisées. Je compte sur le ministère pour tenir bon face aux innombrables pressions qu'il ne manquera pas de subir.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. L'arrivée des médecins étrangers rendra ce dispositif inopérant puisqu'ils seront libres de s'installer où ils voudront. Seuls les étudiants français seront pénalisés !

M. André Lardeux. Pour ce qui est de l'internat, les mesures proposées vont aussi dans le bon sens puisqu'elles visent à prendre en compte les besoins des patients et non pas seulement ceux de l'université.

Les dispositions qui ont été les plus médiatisées, notamment celles qui concernent l'alcool, sont, à l'issue du vote de l'Assemblée nationale, parvenues à un point d'équilibre qu'il ne faudrait pas trop modifier.

En dehors de ces éléments qui entraînent mon adhésion au texte, j'ai aussi quelques bémols à formuler.

Comme je l'ai déjà dit, je déplore le caractère quelque peu touffu du texte qui nuit à sa lisibilité globale, même s'il faut reconnaître en toute justice que ce n'est pas de la responsabilité essentielle du Gouvernement si le texte compte plus de cent articles au sortir de l'Assemblée nationale.

Le deuxième bémol a trait aux articles L.6161-4 et L.6161-4-1 du code de la santé publique concernant les contrats des médecins dans le cadre de l'hospitalisation privée.

J'ai l'impression que le passage par la voie conventionnelle était plus approprié qu'un texte législatif. Dans le cadre des établissements gérés par les associations, cela n'entraîne pas d'inconvénient majeur ; il n'en est pas de même pour les établissements à but lucratif. Cela donnait tout pouvoir aux représentants des intérêts financiers et cela entraînait un déséquilibre difficile à justifier. Je ne pense pas que notre politique a pour but de favoriser les entreprises dont les intérêts ne concordent pas toujours avec les objectifs de santé publique.

De plus, les médecins qui s'inquiètent de cela ne sont pas forcément ceux qui ont livré ces établissements aux financiers et les modifications apportées par la commission vont dans le bon sens.

Le troisième bémol concernait l'article 18. Le rapporteur s'en est expliqué et j'adhère totalement à son point de vue. Le texte auquel on est parvenu me semble beaucoup plus raisonnable.

Personnellement, je ne crois pas du tout au *testing* parce que c'est un risque d'atteinte à la liberté dans la mesure où ceux qui s'y livrent ne sont pas de bonne foi. Par ailleurs, une incitation à commettre un délit ne me paraît pas être une démarche très civique.

À ce propos, je veux attirer l'attention sur le fonctionnement de la CMU.

Certes, je désapprouve totalement les praticiens qui refusent dans leur cabinet les bénéficiaires de la CMU. Toutefois, il faut savoir que certains bénéficiaires ne présentent pas les documents nécessaires, que d'autres, tout en ayant la carte CMU, n'en sont plus bénéficiaires et, dans ce cas, c'est le praticien qui n'est pas payé par la sécurité sociale. Cela peut expliquer un certain nombre de problèmes.

Cela m'amène, de façon annexe, à évoquer certains tarifs. Les dentistes ont souvent, sur ce sujet, été pointés du doigt. Si l'on revoyait le niveau de rémunération de certains actes qui n'ont pas évolué depuis plus de vingt ans, peut-être les dentistes pourraient-ils pratiquer des tarifs un peu différents sur d'autres.

Un autre bémol concerne l'article 22 *ter*, ajouté par l'Assemblée nationale. Vous connaissez mon opposition à la prise en charge de la pilule abortive. Cela pourrait suffire, mais, dans ce cas, je ne vois pas pourquoi les étudiants se verraient appliquer un traitement différent des autres jeunes majeurs. De plus, la médecine universitaire est loin d'être assez efficace pour que cette disposition soit mise en œuvre.

Pour conclure, je dirai que cette réforme va dans le bon sens mais que ce n'est qu'une étape. En effet, de grands défis nous attendent.

Il n'est pas sûr que les cadres institutionnels des établissements publics et privés puissent être suffisamment performants à l'avenir. Si les CHU peuvent garder un statut public avec une autonomie relative, le rapprochement des autres structures doit conduire à un rapprochement institutionnel avec de nouvelles formes juridiques qui pourraient s'inspirer, par exemple, des fondations hollandaises.

Le second défi, qui apparaîtra bien sûr dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, est celui du financement. Si ce texte peut introduire plus de rationalité et de rigueur, il ne résout pas encore la question des coûts et des ressources. Celles-ci sont d'ailleurs obérées par la crise économique actuelle. Mais quand celle-ci sera passée, plus rien ne sera comme avant. Nous serons confrontés à des choix : soit une diminution des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire en privilégiant les soins les plus coûteux, soit une augmentation nette des cotisations payées par l'assuré, ce qui serait fort injuste pour les jeunes générations et les familles nombreuses. En aucun cas, on ne pourra faire croire qu'on rasera gratis et qu'un retour à la croissance résoudra la question. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou.

M. Jean-Jacques Mirassou. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, on comprendra facilement qu'en intervenant dans ce débat en seizième position je prenne le risque de répéter ce qui a déjà été évoqué par les orateurs qui m'ont précédé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il ne vaudrait mieux pas !

M. Jean-Jacques Mirassou. Je fais le pari des vertus pédagogiques de la répétitivité, ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Si c'est pour répéter les bêtises qu'ont déjà dites vos amis...

M. Jean-Jacques Mirassou. ... afin de vous inciter, au moins dans un premier temps, à partager un diagnostic sur lequel s'accordent bon nombre des membres de la communauté hospitalière, qui se manifesteront du reste dans les heures à venir, et à partir duquel, d'une manière un peu lapidaire, on peut affirmer que votre projet de loi n'est pas bon. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

En effet, ce texte privilégie des considérations économiques, qui sont posées comme de véritables postulats, au détriment, malheureusement, de ce qui devrait être au cœur du débat qui s'engage, c'est-à-dire la pérennité et l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital public.

Pourtant, la réforme de l'hôpital est un enjeu dont personne ne saurait nier la nécessité. L'évolution des techniques de soins, la nouvelle prise en charge des malades, les exigences en matière de sécurité sont autant de questions auxquelles il faut répondre, sans oublier la spécificité et la mission essentielle de l'hôpital, que vous avez évoquée tout à l'heure : l'hôpital doit rester le garant - pour tous - de l'égal accès à des soins de qualité tout en assurant la polyvalence de l'offre.

Il s'agit d'une mission qui, là plus qu'ailleurs, s'accommode difficilement d'une approche budgétaire qualifiée d'« exagérément comptable » - le mot est faible - dont les effets pervers ont été révélés, dans un premier temps, à l'occasion de l'instauration de la tarification à l'activité.

C'est pourtant cette même approche budgétaire que vous avez retenue et confirmée dans ce projet de loi, madame la ministre, pour réformer l'hôpital. Cela, vous en conviendrez, disqualifie, au moins en partie, les bonnes intentions que vous avez affichées tout à l'heure dans ce registre.

D'ailleurs, dans ces conditions, ce n'est pas un hasard si, comme d'autres orateurs l'ont évoqué avant moi, le mot « hôpital » est le grand absent de ce texte.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il figure dans l'intitulé du projet !

M. Jean-Jacques Mirassou. J'ai parlé du texte. Manifestement, il a disparu de votre lexique médical.

M. François Autain. Il a raison !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous me faites là un mauvais procès !

M. Jean-Jacques Mirassou. Nous sommes confrontés à un enjeu de société, et les débats qui vont se tenir dans les jours à venir sont de la plus grande importance ; ils révéleront inévitablement, une fois de plus, les clivages qui séparent la gauche et la droite sur ce sujet comme sur d'autres.

De notre point de vue, la politique de santé doit être l'affaire de tous et sa définition procède d'une responsabilité collective disqualifiant de fait toute tentative de passage en force qui consisterait à faire basculer la santé dans le secteur marchand.

Tout au contraire, notre attitude dans ce débat entend privilégier une démarche citoyenne au service d'une ambition plaçant l'hôpital public au cœur d'un projet politique où la démocratie sanitaire, sans être pour le coup galvaudée, deviendrait une réalité dans notre pays.

En cinquante ans, notre système sanitaire est devenu l'un des meilleurs au monde, et l'hôpital public, encore et toujours, en constitue la figure de proue incontestable.

Aujourd'hui, je le répète, il ne peut, pour les raisons que j'ai évoquées précédemment, échapper à l'évolution de la société ; il doit donc se réformer.

L'évolution socio-économique, l'augmentation de l'espérance de vie, les nouvelles techniques de soin et leur coût plaident en faveur d'une réforme. Faut-il pour autant, comme le prévoit votre projet de loi, madame la ministre, passer d'un extrême à l'autre en faisant le choix, comme cela a été écrit par ailleurs, du quantitatif au détriment du qualitatif ?

Dans un tel contexte, les mots employés ne sont jamais neutres et ceux qui ont été choisis dans votre projet de loi sont très démonstratifs malheureusement de votre volonté de créer - d'autres l'ont dit avant moi - l'hôpital-entreprise. (*Mme la ministre s'exclame.*)

L'ancien conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance défini dans le dictionnaire comme étant « un organe permanent de société anonyme composé d'actionnaires ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il y a aussi des conseils d'administration !

M. Jean-Jacques Mirassou. Le conseil exécutif, quant à lui, est remplacé par le directoire. On comprendra facilement notre malaise face à l'irruption de deux structures jusqu'à présent spécifiquement dédiées aux secteurs bancaire ou industriel, et qui sont complètement décalées pour ne pas dire indécentes dans le cadre d'un service public de santé. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Jean Desessard. C'est juste !

M. Jean-Jacques Mirassou. On entend de plus en plus souvent parler, dans les couloirs hospitaliers, s'agissant de l'étude budgétaire, de gains de productivité.

Par ailleurs, et c'est au moins aussi important, votre texte initial entendait limiter considérablement le rôle des élus locaux dans l'administration des hôpitaux, surtout dans le troisième collège.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ils n'ont jamais été aussi nombreux !

M. Jean-Jacques Mirassou. Malgré les quelques amendements qui ont pu être imposés, votre détermination demeure. En cela, elle répond à l'impatience - j'ai failli dire : « aux pulsions réformatrices » - du Président de la République à l'égard des élus locaux qui, manifestement, à l'Élysée, ne sont pas actuellement en odeur de sainteté.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. On ne peut pas dire cela !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Surtout lorsque l'on est un laïc ! (*Sourires.*)

M. Jean-Jacques Mirassou. Il s'agit d'une rupture avec la tradition, doublée d'un contresens. En effet, cela a été dit, l'implication des élus locaux dans les décisions définissant la vie quotidienne des hôpitaux et de leurs patients garantit une cohérence avec la réalité d'un territoire d'implantation qu'ils connaissent par la force des choses parfaitement.

L' élu local reste donc incontestablement à l'interface des préoccupations relatives au fonctionnement de l'hôpital car, tout en participant à sa gestion, il représente également le citoyen qui en est aussi l'utilisateur ; il en a l'entière légitimité.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue !

M. Jean-Jacques Mirassou. Pour terminer, je voudrais dire que, dans la période difficile que nous traversons, il est indispensable que les personnes les plus fragilisées puissent s'appuyer sur un service public fort.

Vous avez évoqué tout à l'heure, madame la ministre, l'esprit du CNR, qui a présidé à l'élaboration d'un service public fort,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mes deux parents étaient résistants, je connais un peu le sujet!

M. Jean-Jacques Mirassou. ... qui devrait permettre aux plus fragiles d'entre nous de continuer à bénéficier de l'un des droits les plus fondamentaux, je veux parler du droit à la santé!

Tous les mythes du volontarisme et de l'activisme acharné sont destinés à demeurer impuissants si la société engendre des laissés-pour-compte.

L'hôpital public, le service public d'une manière générale, permet aux plus démunis de se prémunir contre ce risque.

Madame le ministre, au moment où je parle, votre projet de loi n'apporte aucune garantie en ce sens, bien au contraire! Nous le combattons donc avec détermination. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Etienne.

M. Jean-Claude Etienne. Monsieur le président, mes chers collègues, la réforme hospitalière est dans l'air depuis fort longtemps déjà. Aujourd'hui, avec vous, madame la ministre, elle devient une réalité.

Il nous faut en effet refonder le cœur même du dispositif hospitalier. Longtemps, l'édifice institutionnel a assuré les principales régulations du fonctionnement de l'hôpital: le médecin et les soignants y occupaient un rôle premier, et l'administration suivait. Mais, depuis de nombreuses années, un processus de déconstruction est en cours, le médecin n'étant plus systématiquement considéré comme le pilier central de l'institution.

M. François Autain. Par qui?

M. Jean-Claude Etienne. Par tout le monde, et pas qu'un peu! (*Sourires.*)

De leur côté, les administrations n'acceptent plus que la dimension économique du fonctionnement hospitalier soit occultée. Nous ne pouvons pas leur en vouloir!

En lieu et place du patient docile et largement muet, se dessine un usager parfois revendicatif, susceptible de devenir, s'il n'est pas satisfait, un plaignant devant les tribunaux, prêt à transformer le médecin, l'infirmier, l'aide-soignant, le directeur, ou tout acteur professionnel de l'hôpital, en simple justiciable, voire en condamné désigné.

Dans un tel contexte, il est évident que les repères d'autrefois ne peuvent plus fonctionner. Les modes de régulation qui avaient toujours eu cours s'effondrent.

Madame le ministre, madame la secrétaire d'État, vous cherchez à mettre en place de nouveaux équilibres. L'œuvre est d'une extrême importance. On m'a rapporté combien vous avez su vous montrer à l'écoute de la commission des affaires sociales, essayant, en la matière, les plâtres de la nouvelle procédure.

Sous l'impulsion de son président, Nicolas About, avec Alain Milon, rapporteur clinicien émérite (*Bravo! et applaudissements sur les travées de l'UMP*), dont la détermination est toujours empreinte de sérénité, la commission a apporté de

franches améliorations au texte issu de l'Assemblée nationale. Je m'en félicite et je la soutiens entièrement. Madame la ministre, madame la secrétaire d'État, nous comptons désormais sur vous.

La gouvernance des hôpitaux, cette subtile et singulière alchimie entre la responsabilité des soignants et celle des gestionnaires, doit connaître un nouveau souffle. Qu'il me soit simplement permis, à partir de ma longue expérience à la tête de la conférence des présidents de CME, de dire qu'une véritable décision prometteuse pour l'hôpital passe par une stratégie arrêtée de façon concertée entre les soignants et les gestionnaires, les uns étant responsables des nécessaires propositions à faire, les autres des décisions indispensables à arrêter.

Si on observe les quelques rares cas d'établissements de soins publics où le budget réussit à être « bouclé », on remarque que ce sont ceux qui ont choisi des axes de développement en phase avec la problématique environnementale des populations concernées et avec l'offre de soins déjà existante sur le territoire.

Ici, c'est la mise en place d'un centre de sénologie; là, c'est une technique de traitement par chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale; là encore, c'est un centre d'accueil pour des jeunes en déshérence, sujet sur lequel je vous proposerais un amendement, dont l'initiative revient à la mission commune d'information sur la politique en faveur des jeunes.

Ajuster en permanence l'offre de soin à la typologie de la demande, c'est bien l'objectif du projet médical d'établissement, qui est la pierre angulaire du dispositif. Il ne peut être construit que dans une parfaite congruence entre tous les soignants et les gestionnaires. De ce point de vue, les modalités de réalisation du projet médical d'établissement, tout comme la liste d'aptitude des médecins arrêtée par leurs pairs – que vous avez proposée à la commission, madame la ministre –, sont des mesures qui définissent au mieux ces nécessaires équilibres opérationnels et qui sont prometteuses pour la pérennité du nouveau système. Sans elles, nous aurions des raisons de nous inquiéter.

Madame la ministre, je me permets de vous le dire mais je ne voudrais pas que vous vous en formalisiez, les textes en l'état font peu de cas de la singularité hospitalo-universitaire. Je voudrais insister sur ce point, car, quoi qu'on en dise, c'est bien sûr les mandarins, les chercheurs, en grande partie sur les CHU que reposent, qu'on le veuille ou non, la performance et la notoriété internationale de la médecine française.

M. François Autain. Eh oui!

M. Jean-Claude Etienne. L'ordonnance de décembre 1958 a fait la démonstration de sa pertinence.

Notre récent prix Nobel de médecine, Françoise Barré-Sinoussi, m'a encore demandé, il y a quelques semaines, de vous dire, mes chers collègues, que c'est la trilogie soins-enseignement-recherche qui est le moteur du progrès médical.

M. François Autain. On est d'accord sur ce point.

M. Jean-Claude Etienne. C'est dit, mais ma mission ne s'arrête pas là.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. Jean-Claude Etienne. En ce qui concerne la recherche, je ne voudrais pas manquer de souligner que ce n'est pas seulement une affaire de CHU et que nous avons à diffuser sur tout l'ensemble des établissements de soins, mêmes les plus modestes, la préoccupation de recherche clinique.

De ce point de vue, le rapport de Jacques Marescaux arrive à point nommé !

M. François Autain. Avec un peu de retard !

M. Jean-Claude Etienne. Je vous félicite, madame la ministre, l'orchestration est impeccable ! (*Sourires.*)

Le Premier ministre s'est engagé, cet après midi, à l'Assemblée nationale, à ce que le Gouvernement dépose au Sénat un amendement tendant à placer aux côtés du directeur, pour l'assister dans les décisions qu'il prend, un représentant de chacune des communautés que constituent dans l'hôpital les soins, l'université et la recherche.

M. François Autain. C'est déjà fait !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* C'est dans le texte de la commission !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Je l'avais proposé dès le 8 avril !

M. Jean-Claude Etienne. Effectivement, cette mesure figure déjà dans le texte, la commission ayant anticipé le rapport Marescaux.

M. François Autain. Sans l'avoir lu !

M. le président. Concluez, mon cher collègue.

M. Jean-Claude Etienne. Madame la ministre, si je me suis inscrit pour intervenir dans cette discussion générale, c'est d'abord pour vous demander de ne pas scotomiser du tissu hospitalier français ces références que sont, à des titres divers, les CHU. Vous vous apprêtez maintenant à compléter la partition. Nous y tenons. La commission Marescaux l'a demandé, le Président de la République l'a entendu hier, le Premier ministre s'y est engagé tout à l'heure, mais c'est le ministre de la santé qui est ce soir au Sénat : nous comptons donc sur vous ! (*Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger.

Mme Patricia Schillinger. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, mon intervention portera essentiellement sur le titre III du projet de loi, c'est-à-dire sur la prévention et la santé publique. Certaines avancées ont été réalisées à l'Assemblée nationale, mais nous sommes loin de la politique de prévention ambitieuse à laquelle on pouvait s'attendre pour lutter contre les problèmes de santé publique. Parent pauvre de la santé en France, la prévention, qui représente à peine 3 % des dépenses, est réduite à quelques mesures.

Le développement des politiques de prévention reste aujourd'hui très insuffisant en France. En effet, on assiste au développement de fortes inégalités territoriales, mais également sociales, pour certains soins, notamment bucco-dentaires, ou pour certaines catégories de populations, comme les jeunes adultes ou les personnes âgées. L'état de santé est lié aux revenus, aux modes d'alimentation et de vie, aux pratiques et à l'appartenance sociale. Les écarts se creusent parfois dès la petite enfance.

Les politiques de santé ont peu de chances d'avoir la moindre efficacité si la dimension sociale, ou bien plutôt celle des inégalités sociales, n'est pas prise en compte. Aujourd'hui, on le sait bien, la prévention et le dépistage sont beaucoup moins répandus parmi les personnes les plus pauvres.

En matière de dépistage, le texte ne comporte aucune mesure relative au dépistage précoce du cancer, des maladies mentales, des maladies génétiques et métaboliques.

Les questions de santé publique englobent de nombreux domaines comme la santé au travail, la santé environnementale ou l'éducation pour la santé. Il est important de bien cerner les principales d'entre elles pour arrêter un programme global de prévention et de lutte contre les atteintes à la santé. Or, il n'en est rien dans ce texte.

Si nous souhaitons respecter la définition de la santé retenue par l'OMS, c'est-à-dire « un état de complet bien-être physique, mental et social », qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », nous devons développer une réelle promotion de la santé publique. Nous ne pouvons plus nous contenter d'un morcellement des initiatives et d'un émiettement des responsabilités, comme c'est le cas actuellement.

On peut se réjouir que le projet de loi reconnaisse l'éducation thérapeutique, mais il ne définit ni les programmes d'éducation thérapeutique ni les financements. Il conviendrait également d'intégrer cette éducation thérapeutique dans le cursus de formation des professionnels de santé.

Il est regrettable que le texte n'évoque pas les moyens qu'il faudrait consacrer à une politique de santé publique. La question de la santé à l'école et sur le lieu du travail n'y est pas évoquée, alors qu'un ouvrier a aujourd'hui sept ans d'espérance de vie de moins qu'un cadre supérieur. Une réforme du système de santé devrait avoir la volonté de mettre fin à ces inégalités, ou tout du moins de les réduire, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Notre défi majeur est de réduire les inégalités de santé, ce qui passe essentiellement par le développement de la prévention, dans les lieux de vie que sont l'entreprise et l'école, et par celui de l'éducation de la santé. On parle de l'alcool en prévoyant la répression sans réelle prévention. Comme l'obésité, l'alcoolisme est évoqué sans que de réelles actions de prévention soient menées.

Dans le titre consacré à la prévention et à la santé publique, on ne parle ni de priorités de santé publique, telles que les accidents de la vie courante, les allergies, l'asthme ou les cancers, ni des douleurs, telles que le mal de dos et les céphalées.

On ne parle pas non plus des maladies professionnelles et des accidents du travail. On oublie aussi les maladies cardiovasculaires, les maladies sexuellement transmissibles, le papillomavirus, les affections liées à la périnatalité, les affections bucco-dentaires et les problèmes de santé mentale que sont la dépression, le suicide et les pathologies mentales.

Rappelons-le, la santé mentale concerne le cinquième de la population et les troubles psychiatriques constituent la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail. La santé mentale devrait donc être l'affaire de tous.

L'État, en tant que garant de la protection de la santé, doit déterminer des objectifs de santé publique. Les professionnels ont un rôle primordial en termes de prévention. Ils doivent donc recevoir une formation adaptée. Quand aura-t-elle enfin lieu ?

Il est important de cerner les principales questions de santé publique afin d'arrêter un programme global de prévention et de lutte contre les atteintes à la santé. C'est par une véritable politique de santé publique que l'on réduira les inégalités

sociales et territoriales en matière de santé. Il faut une politique volontariste. Malheureusement, elle est quasiment absente dans ce texte! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Fouché.

M. Alain Fouché. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, notre système de santé – que je ne me hasarderai pas, contrairement à M. Desessard, à comparer au système de santé des États-Unis, qui a vingt ans de retard par rapport au nôtre – est reconnu comme l'un des plus efficaces du monde. Cependant, il est confronté à un certain nombre de difficultés, comme cela a été évoqué.

La France est aujourd'hui l'un des premiers pays d'Europe en matière de dépenses sociales : elle consacre 11 % de son PIB aux seules dépenses de santé. Notre espérance de vie est supérieure à la moyenne de celle mesurée dans les pays de l'OCDE et le taux de prise en charge par le régime général de l'assurance maladie s'élève à 77 %, ce qui est l'un des plus importants des grandes démocraties. Pourtant, l'accès à des soins de qualité reste inégal sur notre territoire et les disparités sociales ou régionales en matière d'espérance de vie demeurent préoccupantes.

L'accès aux soins de proximité est en effet devenu une grande préoccupation pour nos compatriotes, notamment ceux qui vivent en zone rurale et dans certaines banlieues. Comment faire bénéficier chacun d'eux des meilleurs soins et le plus près possible de leur domicile? Cette question est devenue un vrai défi d'aménagement du territoire et une forte préoccupation pour les collectivités territoriales.

L'organisation de la chaîne du soin entre la prévention et les soins de ville ou en établissements et le suivi médico-social doit être revue. Il faut préciser que, en France, les dépenses de santé sont caractérisées par une proportion très importante des dépenses hospitalières : 64 %, contre 48 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Dans le même temps, nos dépenses dans le domaine de la prévention sont plus faibles que dans les autres pays.

Face à ce constat, une réforme de l'organisation de notre système de santé s'imposait afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins pour tous sur l'ensemble du territoire. C'est ce à quoi s'attelle ce projet de loi.

À mon tour, je voudrais saluer le travail accompli par la commission des affaires sociales, par son président et par son rapporteur, et ce en liaison avec les professionnels de santé, en particulier les médecins. À cet égard, je tiens à rendre hommage à tous ces professionnels de santé, qui, chaque jour, exercent leur métier dans des conditions très difficiles et avec un dévouement sans pareil.

Je concentrerai mon propos autour de trois points : la nouvelle gouvernance de l'hôpital, les communautés hospitalières de territoire et la démographie médicale.

Le projet de loi renove la gouvernance hospitalière en remplaçant le « traditionnel » conseil d'administration de l'hôpital public par une formule duale, bien connue des privatistes, à savoir un conseil de surveillance et un directoire, présidé par un « patron » doté d'un véritable pouvoir. Si le renforcement des pouvoirs de ce directeur peut se justifier pour simplifier et améliorer le pilotage de l'hôpital, il est pour le moins indispensable que le corps médical participe avec responsabilité aux décisions.

Si je partage l'objectif de la réforme, qui est, selon les propres termes du Président de la République, de « mieux organiser pour dépenser moins et apporter plus aux patients », je considère que la logique gestionnaire ne peut tout emporter sur son passage et qu'il faut associer au fonctionnement de l'hôpital ceux qui le font au quotidien, à savoir les médecins. En effet, un hôpital ne peut être une entreprise comme une autre. Un hôpital, c'est de la santé, de l'humain, de l'éthique. Or les médecins sont les garants de l'éthique et de la pensée médicale.

La gouvernance actuelle a largement fait ses preuves – pas de conflit entre directeur et commission médicale d'établissement –, si bien que, dans le nouveau système, les médecins doivent non seulement être consultés, mais également être des partenaires essentiels. Il est indispensable que la gestion soit imprégnée de la réflexion médicale.

Le système doit garantir une qualité des soins. Dans le même temps, il est essentiel que certaines disciplines, en particulier celles qui ne généreront pas de bénéfices, ne disparaissent pas. À titre d'exemple, je citerai le CHU de Poitiers, dans mon département, où le service de cancérologie pédiatrique n'a dû son maintien qu'à la mobilisation des médecins.

C'est dans cet esprit et certain de cette indispensable complémentarité entre l'administratif et le médical que, avec plusieurs de mes collègues, j'ai déposé des amendements visant à rétablir le rôle central du président de la commission médicale d'établissement afin de lui faire jouer un rôle plus important encore dans la nomination des chefs de pôle et dans celle des membres du personnel médical au directoire. Cela devrait nous permettre de revenir à l'équilibre institutionnel que proposait le rapport Larcher.

La même réflexion s'applique d'ailleurs aux communautés hospitalières de territoire au sujet desquelles la commission des affaires sociales a renoué avec la souplesse contractuelle et les « rapprochements consentis ». Ainsi, toute ambiguïté sera désormais levée et la nature conventionnelle de cette nouvelle forme de coopération sera pleinement établie.

Cette approche conventionnelle exclut la notion d'établissement siège destiné à devenir le « chef de file » de la communauté hospitalière de territoire et monopolisant tous les pouvoirs de décision. Aussi, je me félicite de cette orientation, car il y avait fort à craindre de voir le CHU devenir l'établissement siège et les autres hôpitaux totalement en dépendre.

Enfin, la même solution équilibrée prévaudra pour répondre au problème de la géographie médicale auquel notre pays est confronté, problème qui est intimement lié à celui de la démographie médicale.

À l'image d'un dispositif évoqué par Gérard Dériot tout à l'heure et mis en œuvre par certains conseils généraux, le projet de loi crée une allocation mensuelle en faveur des étudiants en médecine qui s'engagent, par contrat, à exercer la médecine en zone de sous-densité médicale. Ce contrat d'engagement de service public favorisera sans nul doute l'orientation de jeunes praticiens vers les zones du territoire sous-dotées en ressources médicales.

La constitution de déserts médicaux et l'allongement des files d'attente sont néanmoins le résultat d'une gestion peu clairvoyante de la démographie des professions de santé. Vous n'en êtes aucunement responsable, madame la ministre. En effet, je le rappelle, les pouvoirs publics ont réduit le *numerus clausus* à l'issue de la première année d'études de 8 500, dans

les années 1970, à 3 500, en 1993, avant de le relever progressivement, dans les années 2000, jusqu'à ce qu'il atteigne 7 400 aujourd'hui.

Compte tenu de la durée des études médicales, la hausse du *numerus clausus* depuis 2002 ne produira ses effets sur la démographie médicale qu'avec un décalage de dix ans environ. Pour l'heure, les promotions actuelles de médecins et de chirurgiens-dentistes ne suffisent plus à remplacer les médecins qui arrivent à l'âge de la retraite.

Qui plus est, certaines spécialités, historiquement valorisées et valorisées, comme la chirurgie ou la gynécologie obstétrique posent désormais problème, car elles sont délaissées à la sortie de l'internat. Cette désaffection s'explique notamment par des raisons d'assurance.

Madame la ministre, quelles dispositions entendez-vous prendre pour remédier à cette situation? (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. Madame la ministre, dans votre propos liminaire, vous avez dit qu'il était absurde d'opposer patients et impératifs de gestion. Comment ne pas vous donner pleinement raison?

L'intitulé de votre texte pouvait d'ailleurs légitimement nous faire espérer que le patient serait vraiment au centre de votre projet de loi. *A minima*, nous étions en droit d'attendre un réel équilibre entre patients et exigences de gestion. Or il n'en est rien! Tel est le fondement même de notre critique.

Dans votre texte, le malade a quelque peu disparu. Le travail réalisé par la commission a certes permis des corrections allant dans le sens d'un meilleur équilibre, mais il convient d'aller plus loin.

En définitive, ce texte parle d'organisation, de gouvernance. Mais où est le patient? Quelle est l'ambition en matière de santé? Quels sont les moyens nécessaires au service de cette ambition? Seules les réponses à ces questions peuvent donner un sens au choix d'organisation que vous proposez.

Donnons-nous une véritable loi fondatrice de droits nouveaux pour nos concitoyens. Il en est peut-être encore temps!

Cela étant, regardons le contexte dans lequel surgit ce projet de loi.

Il faut replacer le mouvement de protestation suscité par le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires dans la suite des réformes précédentes qui ont créé un climat de tension et de mécontentement général chez les acteurs de la santé. Du point de vue des hospitaliers de terrain, le projet de loi HPST, dans son contenu, c'est un peu la réforme de trop!

Depuis le milieu des années 1990, l'hôpital est en réforme permanente: création des agences régionales de l'hospitalisation, introduction de la tarification à l'activité, création des pôles, etc. Ces réformes se succèdent sans que l'on ait pris le temps de les évaluer ou même de mesurer tous leurs effets. C'est un peu comme un Meccano dont les pièces auraient été progressivement mises en place sans que le plan d'ensemble ait été dévoilé aux acteurs.

Ainsi, vous proposez un nouveau mode de gouvernance. Qu'en est-il?

La gouvernance de l'hôpital sera calquée sur celle des cliniques privées avec un directeur, un directoire et un conseil de surveillance. Le projet de loi HPST achève en quelque sorte de « verticaliser » le système de santé en instaurant des lignes hiérarchiques sans rupture: la chaîne de pouvoir, qui va du ministère de la santé au directeur d'hôpital, en passant par le directeur des agences régionales de santé et d'autonomie, gagnera peut-être en rapidité de commandement – j'utilise ce terme à dessein –, mais elle aura pour effet d'ignorer les hommes et les femmes ancrés dans leur territoire, qui sont pourtant la justification ultime d'une politique de santé. Au bout du compte, l'efficacité même des soins risque bien d'être remise en cause.

Jusqu'à présent, les lignes médicales et administratives, même si elles étaient séparées, savaient le plus souvent trouver les complémentarités nécessaires à l'action. Or la réforme remet en cause ce Yalta implicite en tentant d'hybrider ces deux logiques en une gestion médico-économique. Le projet de loi ne se préoccupe pas de la mise en œuvre des missions de service public et ne s'attaque pas à ce qui nous semble être les véritables problèmes de l'hôpital, à savoir un déficit de moyens dû au mode de financement, un empilement administratif résultant de cinq réformes successives en vingt ans, un « trou démographique » du nombre de médecins et d'infirmières et des inégalités géographiques d'accès aux soins évidentes.

Aujourd'hui, vous le dites vous-même, le projet de loi ne répond pas à ces objectifs. On entre, comme les intervenants précédents l'ont dit à plusieurs reprises, dans une véritable logique de productivisme. Les objectifs économiques prennent le pas sur les enjeux de santé publique et d'accès aux soins. Pour autant, je le crains, l'équilibre économique global ne sera même pas réalisé.

En filigrane de ce passage à un hôpital comptable (*Mme la ministre proteste*), placé sous le joug de la tarification à l'activité, se profile un risque, dont les différents orateurs ont longuement parlé, celui d'une médecine à plusieurs vitesses.

Mais, mes chers collègues, voilà que le texte évolue sous nos yeux: hier, dans son discours devant le CHU de Nancy, le Président de la République a infléchi votre position, madame la ministre; je n'insisterai pas sur le choix de la méthode... Ainsi, les directeurs généraux seront désormais entourés d'un directeur et de trois vice-présidents.

En commission, la semaine dernière, nous avons réussi à renforcer les contre-pouvoirs des médecins. Nous souhaitons aller plus loin tout au long de l'examen de ce texte en séance publique.

Optimiser les organisations et fluidifier les modes de management: ces objectifs ne sont certes pas méprisables et font même partie des conditions de réussite d'un système de santé, mais en aucun cas ils ne sauraient constituer l'essentiel.

Pour ma part, mes chers collègues, j'aurais rêvé d'un projet de loi qui, dans ses attendus mais surtout dans ses choix d'actions, garantisse pour chacun de nos concitoyens un droit effectif, équitable et solidaire à des soins de qualité. Mais peut-être est-il encore temps de progresser sur cette voie! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Pierre Bordier. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, après avoir salué le travail approfondi de

tous ceux qui se sont investis dans l'étude et l'amélioration de ce projet de loi, au premier rang desquels je veux citer notre collègue Alain Milon, je souhaite rappeler que les deux objectifs qui ressortent du rapport Larcher sont : moderniser l'hôpital public et assurer l'accès de tous à une offre de soins de qualité.

Dans cette deuxième direction, je m'étonne qu'aucune piste ne soit ouverte sur le problème pourtant bien réel des « urgencistes », souvent tout premiers acteurs à intervenir dans l'accès aux soins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et le décloisonnement ?

M. Pierre Bordier. Le sujet que j'aborde concerne chaque thème du projet de loi HPST : l'hôpital, les patients, la santé et les territoires.

À l'heure actuelle, on assiste à une concurrence entre « les rouges », les sapeurs-pompiers, et « les blancs », le SAMU, dans le domaine de l'urgence, à laquelle le Président de la République souhaite mettre un terme. Au congrès de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers, il a sollicité les ministres de l'intérieur et de la santé afin de clarifier la collaboration entre les intervenants de l'urgence pour une meilleure répartition des compétences dans le respect de chacun.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela a été fait !

M. Pierre Bordier. En février 2008, les ministères concernés mettent en place un comité dit « quadripartite » censé regrouper les représentants des services d'aide médicale urgente, les SAMU, et les services d'incendie et de secours, mais excluant, de façon surprenante, les quatre fédérations d'ambulanciers et les présidents des conseils d'administration des SDIS, les services départementaux d'incendie et de secours.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est réglé !

M. Pierre Bordier. Ce comité quadripartite est donc chargé de faire des préconisations visant l'amélioration des coordinations fonctionnelles entre les missions de secours à la personne – prompt secours ou permanence des soins – et la prise en charge des urgences médicales.

Le projet de référentiel commun affirme le caractère exclusif de l'intervention des soins en départ réflexe. Le principe est simple : le déclenchement des secours se fait par l'appel du 15 ou du 18. Le 15 arrive au centre de réception de régulation des appels du SAMU – le CRRA – et le 18 au centre de traitement des appels du service d'incendie et de secours.

Les deux centres de réception sont interconnectés ; le service du CRRA dispose d'un médecin régulateur chargé d'apprécier la situation et de confier l'intervention de prompt secours. Dans la grande majorité des cas, ce sont les services d'incendie et de secours qui sont sollicités. Or le référentiel ne soulève pas ce point. Il faut préciser que l'on doit distinguer les missions propres des services d'incendie et de secours des missions d'appui logistique. Les deux sont possibles mais posent un réel problème au plan financier.

C'est pourquoi il est nécessaire de définir une meilleure répartition des rôles. La première mission des sapeurs-pompiers est celle de la sécurité sur la voie publique. Les missions propres des services d'incendie et de secours sont définies dans un article du code général des collectivités territoriales qui précise que le SDIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à des missions de service public.

Selon les dernières statistiques nationales datant de 2008, depuis l'achèvement de la départementalisation des SDIS, en 2001, le nombre d'interventions des sapeurs-pompiers sur des incendies est de seulement 8 %, contre 65 % pour le secours à la victime et l'aide à la personne. Or cette situation implique un coût, compte tenu de la répartition des missions entre sapeurs-pompiers professionnels et sapeurs-pompiers volontaires.

Quant au SAMU, sa mission revient à intervenir dans le cadre des accidents domestiques, avec, si nécessaire, l'appui logistique des sapeurs-pompiers, et non l'inverse !

Ne faisons pas l'amalgame entre la nature de la profession d'origine et une réalité de terrain bien différente, entraînant une requalification des missions, notamment en ce qui concerne les sapeurs-pompiers.

De « soldats du feu », les sapeurs-pompiers sont devenus les premiers engagés dans les secours et les soins d'urgence à la personne, conjointement – ou concurremment – à la mission du SAMU. Ces missions sont d'ailleurs précisées par la loi. Je plaide donc pour une meilleure répartition des rôles afin d'assainir une situation tendue par les déséquilibres financiers qui en découlent et qui cristallisent les blocages.

Je tiens à rappeler que les missions des services d'incendie et de secours sont financées à titre principal par les collectivités territoriales et celles du SAMU par l'assurance maladie.

En ce qui concerne les SDIS, leurs missions propres sont prises en charge financièrement par le département et les communes, leurs quotes-parts respectives variant selon les collectivités territoriales.

La question du financement se pose à propos des interventions hors missions propres qui peuvent être demandées aux services d'incendie et de secours par la régulation médicale du SAMU. Si le service d'incendie et de secours effectue une mission en appui logistique, il doit pouvoir demander une participation aux frais dans les conditions déterminées par la convention signée avec le SAMU, ce qui n'est pas toujours le cas.

Quant aux ambulanciers privés, ils ont été simplement écartés par le référentiel commun du comité quadripartite du champ d'intervention de l'urgence pour en réserver l'exclusivité aux sapeurs-pompiers. Or, depuis 2000, ils effectuent une véritable révolution sur la voie de la professionnalisation, avec l'appui des SAMU, à la demande et avec le soutien de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

À la suite de l'arrêté du 23 juillet 2003, les ambulanciers s'organisent autour d'une garde départementale professionnalisée dédiée au SAMU pour répondre à l'urgence pré-hospitalière. Les sapeurs-pompiers professionnels semblent apprécier la complémentarité avec les ambulanciers. En revanche, les sapeurs-pompiers volontaires font plutôt pression pour une exclusivité de l'urgence réservée aux sapeurs-pompiers.

C'est pourquoi le référentiel commun initié en 2007 a surpris et inquiété à juste titre les ambulanciers. Le référentiel va même jusqu'à obliger le SAMU à missionner par réflexe les seuls sapeurs-pompiers avant régulation médicale pour tout appel de détresse. Même lors de son arbitrage, le médecin régulateur désigne quasi automatiquement les sapeurs-pompiers, ce qui revient à une négation de la régulation médicale elle-même.

Certains sapeurs-pompiers professionnels prennent prétexte de l'augmentation du secours à la personne pour demander une augmentation de leurs effectifs alors que, dans le même temps, les ambulanciers privés ont mis en place et financé un système de garde qui n'est pas sollicité.

Pour les ambulanciers, les conséquences de la disparition de l'urgence sont dramatiques tant sur le plan de l'efficacité sanitaire que sur le plan économique et financier, avec une perte de l'activité moyenne de 15 % à 20 % et une non-rentabilité des moyens investis.

Le coût de l'ensemble des moyens ambulanciers mis en œuvre semble plutôt compétitif si l'organisation est optimisée et la complémentarité des moyens effective, tandis que le coût des moyens « SDIS » nécessaires pour se substituer aux ambulanciers privés n'est pas évident à définir.

Pour en revenir au sujet principal qui me préoccupe, j'évoquerai les deux amendements que quelques collègues, dont Éric Doligé, Louis Pinton, et moi-même avons cosigné.

Hors de ses missions propres, toute intervention d'un service d'incendie et de secours doit faire l'objet d'une convention financière signée entre le conseil d'administration du service d'incendie et de secours et celui de l'établissement de santé concerné. Or certains établissements hospitaliers rechignent à honorer les conventions signées pour cause d'insuffisance budgétaire, ce qui conduit le SDIS à supporter le coût sur son budget propre.

En conséquence, ces amendements ont pour objectif de s'assurer que les établissements publics de santé concernés puissent disposer des crédits suffisants pour honorer les conventions.

Je souhaite, pour finir, évoquer le problème de l'homologation des diplômes de médecins de nationalité étrangère ayant acquis leurs diplômes à l'étranger mais ayant exercé en France en structure hospitalière publique au même titre que nos médecins nationaux, souvent en équipe et souvent en poste à responsabilité à part entière, depuis de nombreuses années.

Les médecins de nationalité étrangère qui ont obtenu un diplôme interuniversitaire de spécialisation s'appuient sur la loi de 2004 qui leur permet, sous certaines conditions, d'être inscrits à l'ordre des médecins. Mais nombre de dossiers sont refusés au motif d'un manque d'exercice malgré toutes leurs années de travail. Cette situation me semble anormale et mérite d'être dénoncée.

Je regrette que, lors du dernier débat à l'Assemblée nationale, Mme la ministre de la santé ait donné un avis défavorable sur l'amendement présenté par notre collègue Jean-Marie Rolland. Cet amendement a d'ailleurs été repris en commission par notre collègue Mme Procaccia.

Je rappelle enfin que la HALDE, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, qui avait émis un avis favorable, ainsi que le Conseil national de l'ordre des médecins et une grande majorité des syndicats de santé ont approuvé le fait de passer directement devant la commission d'autorisation.

Je souhaite donc que l'on sorte ces médecins de la situation précaire dans laquelle ils se trouvent encore de façon injuste et injustifiée, notamment si l'on songe à une situation en décalage avec la réalité du fait de la démographie médicale en France, et à la contribution de ces praticiens au bon

fonctionnement des hôpitaux et à la permanence de soins. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et sur certaines travées de l'Union centriste.*)

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

M. Jacques Blanc. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je soulignerai d'abord que nous apportons une fois de plus, avec ce texte, la preuve de l'importance du bicaméralisme. À ceux qui se demandent ce que fait le Sénat, nous montrons clairement qu'il a un rôle à jouer et qu'il le joue pleinement, notamment grâce au travail remarquable de la commission des affaires sociales, de son rapporteur et de son président, en liaison avec vous, madame la ministre, fussiez-vous installée sur une petite table... (*Sourires.*)

Quoi qu'il en soit, ces travaux de qualité nous permettent aujourd'hui d'aborder le texte avec sérénité, dans une situation apaisée.

M. François Autain. Ça, ce n'est pas sûr!

M. Jacques Blanc. Et c'est naturel! Il ne s'agit pas de faire un procès à qui que ce soit! Sur certains points, le projet a été amélioré, sans être dénaturé, par l'Assemblée nationale; il ressort maintenant très enrichi des travaux de la commission des affaires sociales du Sénat.

Vous avez su, monsieur le rapporteur, être à l'écoute de l'ensemble des professionnels, médecins, sages-femmes, radiologues, biologistes, etc., mais aussi des territoires, en vous souciant de l'exigence de proximité, notamment dans les zones de montagne. En tant que président du groupe « Montagne », je tenais à vous en remercier.

Le dialogue, l'échange, l'écoute débouchent sur des réponses adaptées. Je me bornerai, dans le temps qui m'est imparti, à le démontrer sur quelques points.

En ce qui concerne les médecins, il était effectivement indispensable d'en finir avec la caricature injuste consistant à ne jamais voir en eux que des mandarins. Même si certains peuvent prêter le flanc à une telle critique, ils sont, dans leur immense majorité, au service des populations.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce sont des saints!

M. Jacques Blanc. Comme vous l'avez vous-même souligné, madame la ministre, les médecins se trouvaient placés dans une situation très inconfortable, pénible, de dépendance. Il fallait y mettre un terme, et c'est ce que nous propose la commission. Ainsi, avec vous, madame la ministre, nous pourrions définitivement affirmer que les médecins ne sont pas des collaborateurs subalternes du directeur! (*M. Jean-Jacques Mirassou s'exclame.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Qui l'a dit? Pas moi!

M. Jacques Blanc. Justement, il faut clairement l'affirmer et faire litigieuse des faux procès.

Puisque nous sommes d'accord, madame la ministre, j'espère que vous soutiendrez nos initiatives visant à aller un peu plus loin.

Ce n'est pas dénaturer le rôle de *manager* du directeur que de préciser que, tout en conservant son pouvoir de nomination, il exercera celui-ci sur proposition du président de la commission médicale d'établissement. Il est prévu actuellement qu'il choisisse parmi trois noms, ce qui crée une ambiguïté et des risques d'interprétation aléatoire. Il est préférable que le président de la CME propose un nom, puis un

deuxième si le directeur le refuse, enfin un troisième si c'est encore nécessaire. Je vois là non pas une mise en cause de l'autorité du directeur, mais le moyen d'établir un climat de confiance et de reconnaître le rôle de chacun. Tout le monde s'y retrouvera et le fonctionnement de l'hôpital n'en sera que meilleur.

Voilà pourquoi j'aimerais que les amendements que nous avons déposés sur ce point capital soient retenus.

De même, je souhaiterais que puisse être conforté dans le texte le rôle de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les cliniques privées.

Je vous félicite, madame la ministre, d'avoir su résister à ceux qui entendaient imposer l'installation des médecins dans telle ou telle zone. Vous avez choisi l'incitation plutôt que la contrainte pour lutter contre les déserts médicaux. Vous avez ainsi consacré l'exercice libéral de la médecine.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Eh oui !

M. Jacques Blanc. Vous avez néanmoins pris en compte la nécessité de faire en sorte que le plus possible de médecins s'installent dans les zones du territoire sous-dotées sur le plan médical – les territoires de montagne, par exemple, mais aussi certaines zones urbaines – en créant les contrats d'engagement de service public.

Je souhaite que les engagements pris par les bénéficiaires de ces bourses concernent non seulement leur installation, mais également les remplacements dont ils seront chargés ; cela permettrait de répondre à l'attente des nombreux médecins qui sont à la recherche de remplaçants, les jeunes praticiens acceptant plus volontiers les remplacements dans les villes universitaires que dans les zones excentrées.

Bien entendu, la réussite du dispositif suppose que des contrats en nombre suffisant soient signés, et nous serons très vigilants sur ce point.

Permettez-moi, avant de conclure, de vous adresser une supplique, madame la ministre. (*Exclamations amusées sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Il faut cesser d'écouter ceux qui prétendent que notre pays compterait suffisamment de médecins : ce n'est pas vrai !

Sur votre initiative, le nombre d'étudiants en deuxième année de médecine est passé, me semble-t-il, de 3 400 à 7 400.

M. François Autain. Ce n'est pas assez !

M. Jacques Blanc. C'est bien, mais il faut aller encore plus loin, afin d'atteindre un effectif d'au moins 10 000 étudiants !

M. François Autain. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il n'y a pas suffisamment de lieux de stage !

M. Jacques Blanc. Des milliers de jeunes qui auraient fait de remarquables médecins en ont été empêchés. Dans le même temps, nous sommes obligés d'aller chercher des praticiens étrangers, certes très compétents, mais qui seraient plus utiles dans leurs pays ! Ne pensez-vous pas, madame la ministre, qu'il y a là une folie collective, dont la droite comme la gauche sont responsables ?

M. Charles Revet. Très bien !

M. Jacques Blanc. Arrêtons d'écouter ceux qui n'ont jamais pris la mesure des besoins de notre pays !

En France, nous avons besoin de plus de médecins qu'ailleurs, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, dans les services d'urgence, la durée légale du travail est de 35 heures, alors que cette règle ne s'applique pas dans les autres pays.

M. François Autain. Vous reconnaissez donc que les 35 heures sont très positives ?

M. Jacques Blanc. Ensuite, nous avons beaucoup plus de femmes médecins. Enfin, on s'installe moins dans certaines zones.

Par conséquent, les besoins en personnel médical sont réels et importants.

De grâce, relevons le *numerus clausus* ! Plus de médecins, cela ne signifie pas nécessairement plus de dépenses !

Mme Patricia Schillinger. Il faut surtout faire plus de prévention.

M. Jacques Blanc. J'ose le dire, c'est une erreur fondamentale qui a été commise !

Par ailleurs, tout comme M. le rapporteur, je crois qu'il faut répondre à l'exigence de formation. Ainsi, la reconnaissance de la formation universitaire pour les sages-femmes constitue, me semble-t-il, une réelle avancée.

Enfin, madame la ministre, en ce qui concerne l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins, je voudrais insister sur la nécessité de prendre en compte la population saisonnière, outre les personnels permanents de santé, ainsi que les capacités spécifiques d'accueil sanitaire et social de certains territoires. Nous devons en être conscients, les établissements de santé qui sont situés dans des zones à faible densité de population ont une activité plus faible. Cette situation doit être compensée par des crédits spécifiques pérennes, par exemple au titre des actions de contractualisation ou des missions d'intérêt général.

Je conclurai en évoquant le volet médico-social.

Madame la secrétaire d'État, vous avez rassuré les acteurs du monde médico-social en précisant que l'approche transversale et globale ne s'effectuerait pas à leurs dépens. À cet égard, vous avez annoncé des mesures de fongibilité asymétrique. (*M. François Autain s'exclame.*) Vous avez également reconnu le rôle majeur de ce secteur dans l'équilibre de notre société. Il était important de le prendre en compte.

Les appels d'offres doivent s'appliquer aux créations, mais il ne faut pas, me semble-t-il, les mettre en œuvre pour les renouvellements, afin de laisser toute leur place aux appréciations émanant des audits externes.

Il va de soi que, sous le bénéfice de ces différentes remarques, nous soutenons le présent projet de loi. À mon sens, chacun, et notamment la Haute Assemblée, a fait son travail ; nous ne pouvons que nous en féliciter.

Je me réjouis également que votre politique, madame la ministre, rompe avec de vieux tabous et place l'hôpital dans une nouvelle perspective de partenariat, où chacun jouera son rôle, au service des patients ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur plusieurs travées de l'Union centriste. – M. Yves Daudigny applaudit également.*)

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

Mme Catherine Dumas. Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, beaucoup a déjà été dit à propos du présent projet de loi.

En cette fin de discussion générale, je voudrais, pour ma part, insister sur le volet « patients ». En effet, toutes les évolutions dans l'organisation territoriale de la santé ou des hôpitaux ne doivent répondre qu'à une seule véritable préoccupation : le patient.

Mieux informé, plus exigeant aussi, le patient souhaite être un acteur à part entière de sa santé. Mon collègue Jean-Claude Etienne a même employé le terme d'« usager ».

L'objectif d'une meilleure autonomie, ou plutôt d'une autonomie renforcée des patients, notamment de ceux qui sont atteints de maladies chroniques, est un progrès attendu grâce à une meilleure connaissance de leur pathologie.

Une telle autonomisation du patient doit se faire grâce au développement de l'éducation thérapeutique, dans le cadre d'un plan coordonné de soins.

Par conséquent, oui à un plan et à des objectifs proposés au niveau national, mais oui également à une mise en œuvre au plus près des patients et des acteurs concernés !

Les ARS, instituées dans ce projet de loi, peuvent jouer un rôle important dans la définition et la coordination des moyens dévolus à un tel plan. Elles pourraient notamment labelliser les équipes et les structures des établissements de santé pour les prises en charge en ambulatoire. De même, elles pourraient organiser l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

L'éducation thérapeutique n'est la propriété de personne en particulier : cela va de soi mais je tiens néanmoins à le souligner avec la plus grande énergie.

Sa réussite ne pourra être effective qu'en associant tous les acteurs – je dis bien : « tous les acteurs » –, et à tous les niveaux, autour du patient. Cela suppose également que la formation des futurs médecins, mais aussi celles des autres professionnels de soins puissent intégrer un chapitre spécifique.

De même, pour les professionnels actuellement en exercice, l'idée d'une formation spécifique et agréée, voire validée dans le cadre des programmes de formation continue – pourquoi pas ? – doit pouvoir faire son chemin.

Il restera à résoudre effectivement et concrètement la question du financement des activités et des programmes d'éducation thérapeutique pour le patient. Là encore, il me paraît souhaitable d'éviter toute exclusive.

Dans le rapport, il est proposé d'asseoir le financement sur une tarification spécifique, en ambulatoire comme à l'hôpital, sur un fonds national réparti au niveau régional sur les ARS et sur l'intégration dans la T2A.

De telles propositions me paraissent intéressantes, et elles n'excluent pas les financements en provenance des industries de santé, dont la participation ne saurait être ramenée à une pure et simple taxation supplémentaire, comme le souhaiteraient certains.

Monsieur le président, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, nos concitoyens seront attentifs aux aspects les plus concrets de ce projet de loi.

Certes, la prévention et les aspects d'information ne se résument pas à l'éducation thérapeutique et nous avons enregistré avec satisfaction le fait que des avancées significatives seraient proposées dans un futur texte législatif entièrement consacré à la santé publique.

En attendant, madame la ministre, permettez-moi de conclure par une citation de Louis Pasteur : « Le hasard ne favorise que les esprits préparés. » (*Applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur plusieurs travées de l'Union centriste.*)

M. le président. La suite de la discussion du projet de loi est renvoyée à une prochaine séance.

5

DÉPÔT D'UNE QUESTION ORALE AVEC DÉBAT

M. le président. J'informe le Sénat que M. le président du Sénat a été saisi de la question orale avec débat suivante :

n° 38 - Le 14 mai 2009 - M. Charles Revet demande à M. le secrétaire d'État chargé des transports de dresser un premier bilan de l'application de la loi n° 2008-660 du 4 juillet 2008 portant réforme portuaire. Dans ce cadre, une présentation des projets stratégiques adoptés par les grands ports maritimes indiquera les objectifs de développement portuaire pour les années à venir et les perspectives en matière de transfert d'outillage et de personnel. En outre, une attention particulière sera accordée aux problématiques liées au zonage Natura 2000 dans les circonscriptions portuaires et au prix du transport de marchandises dans les ports ultra-marins.

(Déposée le 11 mai 2009 – annoncée en séance publique le 12 mai 2009)

Conformément aux articles 79, 80 du règlement, cette question orale avec débat a été communiquée au Gouvernement et la fixation de la date de la discussion aura lieu ultérieurement.

6

TRANSMISSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. M. le président du Sénat a reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, favorisant la diffusion et la protection de la création sur internet.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 395, distribué et renvoyé à la commission des affaires culturelles.

7

DÉPÔT DE PROPOSITIONS DE LOI

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. Xavier Pintat une proposition de loi relative à la lutte contre la fracture numérique.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 394, distribuée et renvoyée à la commission des affaires économiques, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

M. le président du Sénat a reçu de M. Jean Arthuis une proposition de loi visant à renforcer l'efficacité de la réduction d'impôt de solidarité sur la fortune au profit de la consolidation du capital des petites et moyennes entreprises.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 398, distribuée et renvoyée à la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

8

TEXTES SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre les textes suivants, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

- Recommandation de la Commission au Conseil autorisant la commission à entamer des négociations en vue de modifier les concessions prévues pour les viandes de volaille; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4452;

- Proposition de Règlement du Parlement européen et du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 1717/2006 instituant un instrument de stabilité; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4453;

- Proposition de Règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 1255/96 portant suspension temporaire des droits autonomes du tarif douanier commun sur certains produits industriels, agricoles et de la pêche; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4454;

- Proposition de virement de crédits n° DEC17/2009 - Section III- Commission - Budget général - Exercice 2009 (DNO); ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4455;

- Proposition de virement de crédits n° DEC16/2009 - Section III- Commission - Budget général - Exercice 2009 (DNO); ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4456;

- CDE - Centre pour le développement de l'entreprise - Renouvellement des membres du conseil d'administration; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4457.

9

DÉPÔT D'UN RAPPORT

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. Michel Thiollière un rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, favorisant la diffusion et la protection de la création sur internet (n° 395, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n° 396 et distribué.

10

DÉPÔT D'UN TEXTE D'UNE COMMISSION

M. le président. M. le président du Sénat a reçu le texte de la commission des affaires culturelles sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, favorisant la diffusion et la protection de la création sur internet (n° 395, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 397 et distribué.

11

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mercredi 13 mai 2009 :

À neuf heures quarante-cinq :

1. Nouvelle lecture du projet de loi favorisant la diffusion et la protection de la création sur Internet.

À quatorze heures trente et le soir :

2. Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le mercredi 13 mai 2009, à zéro heure quarante.)

*La Directrice
du service du compte rendu intégral,
MONIQUE MUYARD*

QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

Situation des services de réanimation chirurgicale et médicale de l'hôpital Ambroise Paré

n° 556 - Le 14 mai 2009 - **Mme Brigitte GONTHIER-MAURIN** attire l'attention de **Mme la ministre de la santé et des sports** sur la situation des services de réanimation chirurgicale et médicale de l'hôpital Ambroise Paré, situé à Boulogne-Billancourt. Ces services doivent être regroupés en 2011 dans un nouveau bâtiment aux normes. Un budget de 7,3 millions d'euros est débloqué. La direction de l'hôpital compte procéder à un regroupement anticipé de ces deux services dans les locaux actuels de la réanimation médicale. Or, ces locaux sont pour l'instant non conformes à la réglementation. De plus, elle lui indique que le service de réanimation chirurgicale est momentanément non conforme du fait notam-

ment de l'absence d'individualisation de la zone d'accueil. Cette situation a conduit l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France à émettre un avis défavorable à cette opération anticipée qui, selon cet avis, va dans le sens d'une dégradation des conditions de prise en charge des patients, uniquement en chambres à deux lits et des conditions d'hygiène hospitalière par l'impossibilité d'isoler les patients susceptibles d'être porteurs de bactéries multi résistantes aux antibiotiques. La réanimation chirurgicale prend très souvent en charge des situations infectieuses tout à fait explosives nécessitant des isolements. Il paraît donc extrêmement important que toutes les précautions soient prises avant d'envisager une modification de ces structures. Aussi, elle lui demande quelles garanties elle entend prendre pour préserver les capacités actuelles d'accueil de la réanimation tant chirurgicale que médicale de l'hôpital Ambroise Paré et assurer aux patients une prise en charge en toute sécurité dans l'attente de la construction du nouveau bâtiment de réanimation médico-chirurgicale aux normes.

Coût d'entretien des monuments historiques

n° 557 - Le 21 mai 2009 - **M. Yves DÉTRAIGNE** attire l'attention de **Mme la ministre de la culture et de la communication** sur les obligations qui pèsent parfois sur une commune lorsqu'elle doit réaliser des travaux d'entretien ou de

sauvegarde de ses bâtiments. Ainsi, un maire de son département l'a saisi des soucis actuels de sa municipalité qui doit d'urgence remettre en état, d'une part, la toiture de son église classée et, d'autre, part, la couverture de la mairie. Pour le premier monument, les Bâtiments de France indiquent - de la même manière que l'année précédente - que ce dossier, bien que prioritaire, ne peut être traité, car les aides de l'État sont épuisées et qu'il faudra donc renouveler la demande l'an prochain, soit une troisième année consécutive... Pour la seconde construction qui se trouve dans le périmètre de l'église, l'architecte des Bâtiments de France refuse la solution la moins coûteuse, impose à la municipalité le devis le plus onéreux au motif d'une « meilleure intégration dans le milieu proche »... Ces deux exemples illustrent malheureusement le fait qu'il est plus aisé à des élus locaux d'entretenir leur patrimoine municipal lorsque leur commune ne possède pas de monument classé et que la politique suivie par les Bâtiments de France conduit bien souvent à repousser des travaux, pourtant indispensables, au détriment de la conservation du patrimoine. Les municipalités ne peuvent pas comprendre pourquoi l'État impose des décisions - qui peuvent parfois paraître arbitraires et sont particulièrement coûteuses pour les collectivités - sans en assumer financièrement les conséquences. Aussi il lui demande comment elle entend mettre fin à ce type de pratique qui n'est plus en phase avec la situation des finances publiques de l'État et des collectivités, qui handicape financièrement celles-ci et nuit à l'entretien régulier de leur patrimoine.

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 €