

**PROJET DE LOI PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIF À LA SANTÉ, AUX PATIENTS ET AUX TERRITOIRES**

**INTERVENTIONS DE MARISOL TOURAINE**

---

**Article 1<sup>er</sup>**

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine.** Si nous pouvons nous réjouir, madame la ministre, que vous ayez accepté que soit présenté chaque année un rapport au Parlement sur la tarification à l'activité, il faudrait aller au-delà, car le problème de la convergence de la tarification met quasiment en jeu la survie de l'hôpital public dans les années à venir.

Lorsque vous nous dites que va se mettre en place dans quelques mois la « V11 », c'est-à-dire, pour le profane, la onzième version de la tarification à l'activité applicable aux établissements hospitaliers, lorsque vous nous dites que vont enfin être pris en compte des phénomènes comme la précarité ou comme la gravité de certaines pathologies, nous sommes en droit de nous poser des questions. Nous en sommes en effet à la onzième version et l'on peut douter que, du jour au lendemain, soit remis en question le mécanisme même d'appréciation de la prise en charge des malades à l'hôpital public.

Au-delà même de la question de la précarité, qui impose des séjours plus longs pour des raisons évidentes, le secteur public assure plus des deux tiers de l'obstétrique et la totalité de la prise en charge des grossesses à risque et de la néonatalogie.

Plus de la moitié des personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans sont prises en charge à l'hôpital public lorsqu'il s'agit de chirurgie, et cette proportion s'élève à 80 % pour les personnes de plus de soixante-quinze ans prises en charge en médecine.

On pourrait faire les mêmes observations pour les jeunes de moins de quinze ans, qui sont très massivement pris en charge par le secteur public hospitalier.

Si l'on pousse jusqu'à son terme la logique qui consiste à appliquer des tarifs identiques à l'hôpital public et dans les établissements privés, on provoquera un effet d'éviction et une sélection des pathologies par les cliniques privées. Resteront à l'hôpital les pathologies les plus lourdes, les plus difficiles, les plus délicates, ce qui, inévitablement, provoquera également un transfert des personnels vers les cliniques privées.

Nous insistons donc, et nous y reviendrons dans la discussion des amendements, pour que les établissements privés ne puissent pas choisir, sélectionner à la carte les missions de service public qu'elles auront à appliquer, car le service public coûte cher lorsqu'il est appliqué dans son intégralité, et ce qui est imposé au secteur public doit l'être également au secteur privé.

Nous insistons donc pour que soit reconnu à l'occasion de cette loi un bloc de missions de service public qui ne puisse pas se partager, se discuter ou se négocier.

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine.** Avant de poursuivre la réflexion de notre collègue Asensi, laissez-moi regretter que la ministre ne s'explique pas davantage sur le point que nous soulevons depuis maintenant quarante-huit heures et qui, manifestement, ne préoccupe pas seulement les députés de l'opposition, mais aussi l'ensemble des personnels hospitaliers, si l'on juge par l'inquiétude qu'ils manifestent, les médecins hospitaliers faisant d'ailleurs grève. Ils se demandent quel sort leur sera réservé à l'issue de l'examen de ce texte.

L'amendement n° 1089 répond précisément à la volonté de conforter - au cœur de l'hôpital public - le socle des missions de service public que vous voulez démanteler par le biais d'un article qui semble anodin voire positif, puisque vous y décrivez les missions de service public, mais qui revient, en fait, à

mieux brader ces missions à des établissements privés qui pourront les choisir à la carte, picorant de-ci de-là ce qui leur conviendra en fonction des conditions du marché local, des caractéristiques de leurs personnels et de celles de la population qu'ils ont à prendre en charge.

Or, si nous voulons assurer, non pas la compétition, mais la complémentarité entre le service public hospitalier et les établissements de santé privés à but lucratif, nous devons faire en sorte que des règles communes s'appliquent à l'ensemble de ces établissements et que, notamment, les établissements privés ne puissent pas choisir à la carte les missions qu'ils vont accomplir mais qu'il leur soit imposé un bloc de missions de service public : permanence des soins, lutte contre l'exclusion sociale, actions d'éducation et de prévention pour la santé, actions de santé publique.

La coordination de l'ensemble de ces missions représente un coût d'ensemble pour le secteur public hospitalier, qui reste toutefois inférieur à l'addition des coûts de chaque mission. Si l'on permet au secteur privé de ne choisir que celles qui les arrangent, on voit bien comment, dans tel établissement privé spécialisé dans la chirurgie de la main, par exemple, on va former des chirurgiens, au détriment de la prise en charge de la précarité, du suivi des soins, de l'enseignement thérapeutique. On voit donc bien de quelle manière se renforcera un système lucratif à tel ou tel endroit.

Je rappelle, madame la ministre, puisque nous vous avons déjà interrogée sur ce point en commission, que nous sommes quelque peu perplexes et préoccupés par le flou de votre réponse. Selon vous, en effet, nous ne devrions pas nous inquiéter puisque cette délégation au secteur privé de missions de service public ne serait effective qu'en cas de carence du secteur public ; toutefois, vous ajoutez qu'il s'agira dans le même temps de reconnaître l'excellence de certains établissements. Ce dernier argument laisse malheureusement la porte ouverte à toutes les dérives. En l'occurrence, c'est le secteur public qui en paiera le prix fort.

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine.** Même si cet amendement ne nous semble pas aller suffisamment loin, nous le voterons, si du moins M. Prél ne le retire pas.

Vous nous dites, madame la ministre et monsieur le rapporteur, qu'au fond, l'esprit de la loi, c'est de pouvoir établir un service de santé à la carte, en allant « au plus près du terrain », et sous le regard d'une agence régionale de santé dont on ne sait absolument pas en fonction de quels critères ou principes, avec quels moyens et après quelles évaluations elle va décider qu'ici, il y a carence, et que là, au contraire, le service public hospitalier assure parfaitement ses missions. Le terme de carence lui-même est d'ailleurs sujet à discussion et à caution.

Au lieu de nous rassurer, vos précisions nous inquiètent. On a le sentiment que c'est l'arbitraire qui va dominer. Et sans parler d'arbitraire, sans voir des complots partout dans les administrations et les instances destinées à gérer notre système public de santé, on peut parfaitement imaginer qu'il y ait, à un moment donné, une volonté politique de recentrer le service public hospitalier sur certaines missions et de confier d'autres missions au secteur privé.

Il nous semble donc qu'il faut, au minimum, introduire dans la loi un certain nombre de critères et de précisions permettant de définir ce que sont les missions de service public et la manière dont va s'organiser le constat d'une prétendue carence.

Pour notre part, nous irions beaucoup plus loin encore que l'amendement présenté par M. Prél, mais c'est en tout cas un pas dans la bonne direction.

## Rappel au règlement

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine.** Mon rappel se fonde l'article 58, alinéa 1, de notre règlement. M. Debré n'est pas présent pour défendre ses amendements, mais il ne saurait tarder sans doute, et je voudrais insister sur la portée de ces amendements, en m'attachant non pas au fond - ce n'est pas l'objet d'un

rappel au règlement -, mais au principe même de notre discussion.

Vous évitez systématiquement de répondre à nos inquiétudes et à nos interrogations concernant le découplage, totalement contre-nature et contre-productif, entre le présent texte et les prochaines réformes que vous allez annoncer, notamment sur le volet universitaire, celui des CHU. Si ces inquiétudes n'étaient que les nôtres, nous pourrions éventuellement nous résigner à votre attitude. Le problème, c'est que ces inquiétudes sont celles de tout le milieu hospitalier, comme le montre la grogne grandissante qui s'empare des établissements.

Je ne crois pas, à voir les réactions qui s'expriment de manière de plus en plus fréquente et de plus en plus forte au sein des CHU et de l'hôpital public, que l'on puisse dire, comme certains voudraient le faire croire, qu'il s'agit là d'un mouvement politique. Ceux qui ont eu l'occasion de rencontrer, dans leur circonscription, les médecins, les présidents de commissions médicales d'établissement, les chercheurs des établissements publics hospitaliers, et de les entendre exprimer leur inquiétude et leur préoccupation s'agissant de l'avenir de la recherche et de l'enseignement au sein des CHRU, du lien entre la recherche clinique et la clinique médicale, du lien entre recherche fondamentale et recherche universitaire, tous ceux-là savent bien que ces gens ne sont pas mus par des préoccupations politiques : ils ont fait part de préoccupations exclusivement professionnelles.

Non seulement je m'étonne, mais je suis très inquiète de savoir que des dispositions législatives, qui devraient être au cœur du dispositif examiné aujourd'hui, seront présentées au Sénat et qu'une autre loi viendra peut-être en discussion on ne sait quand, sans que l'articulation entre l'exercice de la médecine dans les CHRU et la recherche et l'enseignement soit clarifiée.

J'appelle votre attention, madame la ministre, sur le fait que votre position, qui est aussi celle du Gouvernement, loin d'apaiser les inquiétudes, les attise et ne fait que renforcer le malaise qui existe aujourd'hui au sein de l'hôpital public.

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine.** Je voudrais, malgré l'intervention de Mme la ministre, dont je peux comprendre la logique, insister pour que soit mentionné spécifiquement le rôle des associations de lutte contre les exclusions dans la prise en charge sanitaire.

La question de la précarité dans les établissements de santé est un problème majeur, comme cela a été rappelé à plusieurs reprises. En effet, la prise en charge pour une pathologie identique et les soins à apporter à une personne en situation précaire ou d'exclusion ne sont pas identiques à ceux que réclame une personne parfaitement intégrée.

Tous ceux qui exercent des responsabilités et sont engagés au niveau local dans la lutte contre les exclusions, que ce soit par l'intermédiaire des conseils généraux ou par l'intermédiaire de ces associations, savent que la préoccupation essentielle évoquée par les associations de lutte contre les exclusions, notamment dans l'accompagnement professionnel des personnes concernées, c'est la difficulté qu'il y a à prendre en charge les problèmes de santé de personnes qui ne peuvent accéder au marché du travail ou qui ne peuvent même pas être accompagnées dans un « processus professionnalisant » si l'on ne prend pas en même temps en charge leurs problèmes de santé liés à cette situation de précarité.

La spécificité de la situation de précarité justifie que l'on mentionne les associations de lutte contre les exclusions, à un moment où va être mis en œuvre, dans les départements, le revenu de solidarité active dans des conditions qui ne sont pas toujours extrêmement faciles et à un moment où se pose la question du lien entre accompagnement professionnel et prise en charge sociale, sanitaire notamment. À cela s'ajoute l'accroissement du nombre de cas de pauvreté et de précarité pour des raisons économiques sur lesquelles il n'est pas nécessaire de revenir.

Le rôle des associations de lutte contre l'exclusion est donc malheureusement appelé à se renforcer. Il est nécessaire de les reconnaître, afin qu'elles puissent pleinement jouer leur rôle.

## Rappel au règlement

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine

**Mme Marisol Touraine.** Je regrette la tournure que prend notre discussion. Loin de nous l'idée de vouloir une loi bavarde, monsieur le président Méhaignerie ! Nous voulons une loi pour la santé de proximité, ainsi que pour l'égalité et l'accès de tous aux soins.

Nous souhaitons défendre la qualité du système de santé français.

Il n'y a pas, d'un côté, ceux qui souhaiteraient enjoliver un texte - parfait à vos yeux - par de multiples fioritures et, de l'autre, ceux qui répondraient sérieusement aux attentes de la population. Il n'y a ici que des parlementaires qui souhaitent participer à l'élaboration d'un texte crédible et sérieux sur la santé.

À l'évidence, madame la ministre, votre texte ne répond ni aux attentes des Français, ni à celles des professionnels, pas plus qu'à celles des parlementaires, y compris ceux issus de vos rangs.

Je m'élève contre le fait que vous donnez à penser que nous ne proposerions que des ajouts inutiles alors que nous voulons seulement exercer notre rôle de législateur.

Dans la mesure où vous nous refusez la possibilité de débattre et d'avancer sur ces questions, je demande une suspension de séance de dix minutes.

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1097.

**Mme Marisol Touraine.** Je veux insister sur la nécessité de bien définir les soins et les prestations qui doivent être apportés aux personnes hospitalisées à domicile, notamment quand il s'agit de soins palliatifs.

Dans certaines zones de mon département, notamment dans les zones rurales où l'accès aux soins de proximité est difficile, voire quasiment impossible compte tenu des distances, certains soins ne sont plus assurés depuis quelques jours. Jusqu'à présent, ces soins étaient prodigués grâce à l'intervention d'unités qui se déplaçaient d'établissement en établissement ou d'un domicile à l'autre. Ils ont été interrompus parce que les équipes doivent se relocaliser, soit dans les établissements, soit sur des centres plus urbains. Les personnes en fin de vie qui sont à domicile et en grande précarité psychologique devraient pouvoir bénéficier de soins d'accompagnement et de soutien.

Il nous paraît donc nécessaire d'inscrire dans la loi qu'on ne peut pas faire de distinction entre l'hospitalisation en établissement et à domicile. Sinon, on aboutira à une médecine à deux vitesses qui serait préjudiciable au développement de l'hospitalisation à domicile. Comment pourra-t-on demander à une personne de rester chez elle si elle n'y trouve pas la même qualité de soins que dans un établissement ?

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

**Mme Marisol Touraine.** Nous sommes au cœur des difficultés que pose le texte.

Vous pouvez, comme le dit mon collègue, être sensible à la prolétarisation du corps médical. Nous voulons, quant à nous, permettre aux établissements de santé privés qui décident d'assumer des missions de service public - dont nous avons déjà dit, par ailleurs, qu'ils ont tendance à choisir ces missions à la carte, en retenant celles qui les intéressent et en délaissant celles qui sont trop coûteuses - de le faire jusqu'au bout et de tenir bon !

Au nom de quoi devrions-nous accepter dans la loi que des médecins, fussent-ils libéraux, puissent se décharger d'un certain nombre de missions au motif qu'ils exercent dans des établissements privés ?

Puisqu'il s'agit de professions libérales, laissons faire le droit commun : voilà ce que nous disons !

Prenons un exemple - ils ne manquent pas. Imaginons qu'un établissement privé décide, pour telle ou telle raison, d'assumer la permanence des soins. S'il n'est pas déjà situé en zone rurale - le cas existe, mais il est moins fréquent -, il ouvre dans ce cas une antenne, l'équivalent d'un cabinet secondaire, un centre de santé, ou une annexe de l'établissement principal situé à une quarantaine de kilomètres. Il demande alors à ses médecins d'aller y assumer la permanence des soins. Voilà que le médecin refuse : que faire ? Faut-il l'admettre ?

Nous sommes au cœur de la problématique, que nous retrouverons à propos de l'installation des médecins sur les territoires ruraux ou urbains. Ici, il s'agit de l'hôpital public. Sans précision, le droit commun s'applique ; avec votre amendement, la logique de votre texte est renforcée, je le reconnais.

Cette logique consiste à dire que les établissements privés se protègent complètement et décident des missions qu'ils assumeront ou non.

Ainsi, ils obéissent à une logique de l'intérêt maximal. Au contraire, si l'on veut que les établissements privés assument des missions de service public, je pense que nous devons faire en sorte qu'ils les assument jusqu'au bout - sinon, qu'ils n'en assument pas.

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

**Mme Marisol Touraine.** Indépendamment de la question de la place de cet amendement dans le projet de loi, nous constatons qu'il traite d'un problème de plus en plus important dans notre pays. Cependant, nous souhaitons qu'une réponse encore plus offensive que celle-ci soit apportée : il faut mener une véritable lutte contre les dépassements d'honoraires.

Nous débattons de la permanence des soins sur tout le territoire mais, en fait, ce sujet constitue l'autre face de la médaille. S'il est impossible de trouver dans certaines régions des soins à des tarifs opposables - qu'il s'agisse de soins de premier recours sur certains territoires urbains, ou de soins dispensés par des médecins spécialistes -, c'est parce que nous avons pris l'habitude de trouver normal que les praticiens dépassent de 20, 30 ou 50 euros le tarif normal, quand ce n'est pas bien davantage.

Pour notre part, nous souhaiterions aller beaucoup plus loin que l'amendement, afin que le tarif opposable redevienne la règle ou, au moins, la norme de référence - ce qui ne signifie pas que les dépassements ne doivent pas exister. Il faut faire la chasse à la multiplication des actes techniques, quand ils ne sont pas nécessaires et ne servent qu'à augmenter la facture. Les présidents des établissements privés ont eux-mêmes fait observer que la concurrence en échelle de perroquet entre les médecins, pour savoir qui aura le tarif le plus élevé, devient préoccupante et qu'elle a un effet d'éviction sur une partie de la clientèle.

L'amendement n° 865 est un moindre mal, il va dans le bon sens, cependant, madame la ministre, nous aurions souhaité que le Gouvernement s'engage dans une politique résolue de contrôle des tarifs et de lutte contre les dépassements d'honoraires.

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

**Mme Marisol Touraine.** Nous maintenons l'amendement n° 1186. Je comprends jusqu'à un certain point ce que nous dit Mme la ministre. Bien sûr, l'hospitalisation à domicile ne doit surtout pas être perçue comme autre chose qu'une forme du service de l'hospitalisation qui se trouve être déplacée au domicile du patient. Tout le monde a d'ailleurs à y gagner : tant le patient que la structure hospitalière et le budget de la collectivité.

Si la rédaction de cet amendement fragilise notre volonté de sécuriser et de garantir l'accès à l'hospitalisation à domicile, ne pourrait-on la modifier pour s'assurer que l'HAD ne se trouvera pas marginalisée par les réformes engagées ? Vous sous-entendez, madame la ministre, que les textes actuels suffisent, mais cela ne répond pas à notre demande d'inscrire dans la loi la nécessité d'un traitement égal de l'hospitalisation tout court et de l'hospitalisation à domicile. Nous n'avons pas le temps d'expertiser ce que vous nous dites. Nous en prenons acte, mais sous couvert de ne pas sortir l'hospitalisation à domicile du droit commun de l'hospitalisation, nous prenons le risque de la fragiliser

et de ne pas en garantir la mise en œuvre.

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

**Mme Marisol Touraine.** Je ne comprends pas votre argumentation, madame la ministre, ou plutôt je la comprends trop bien. Vous répondez à M. Muzeau que l'on ne peut remettre en cause le caractère libéral de l'exercice médical au sein des cliniques privées et introduire un lien de subordination entre les cliniques et les médecins : personne ne cherche à établir un quelconque lien de cette nature !

Encore une fois, la question est de savoir si les établissements privés doivent se désintéresser totalement des conditions dans lesquelles les médecins exercent dans leurs murs. Lorsque nous demandons l'intégration des honoraires médicaux dans la tarification appliquée aux établissements privés, c'est évidemment pour que soient pris en compte les dépassements d'honoraires. C'est la seule manière d'aboutir à leur régulation. Sinon les établissements publics subissent une double punition : non seulement les rémunérations des professionnels médicaux sont intégrées dans leur tarification, mais ils ne peuvent faire face à la concurrence des établissements privés qui, outre que leurs coûts de séjours n'incluent pas les honoraires des médecins, pratiquent des dépassements parfois excessifs.

Vous nous dites, madame la ministre, que la sécurité sociale prend en compte les honoraires des médecins, mais, comme l'a souligné Gérard Bapt, c'est en quelque sorte par soustraction. Cela n'a rien à voir avec l'honoraire médical effectivement pratiqué par le médecin dans l'exercice de sa profession. Qu'un médecin applique le tarif opposable, un tarif multiplié par deux ou un dépassement aboutissant à quadrupler le tarif opposable, cela ne change absolument rien pour la clinique où il exerce. Nous ne voyons donc pas où est l'incitation à la régulation et comment un tel système peut ne pas se traduire très concrètement par une distorsion de concurrence. Nous sommes là au cœur du débat que nous avons eu sur le fait que la convergence de la tarification à l'activité ne peut pas se mettre en œuvre.

Pour nous, cet amendement n'est qu'un amendement de repli. En effet, à la base, nous n'acceptons pas le principe de la convergence, parce que les conditions d'exercice de la médecine à l'hôpital public et dans les établissements privés sont trop différentes pour que l'on puisse ne pas en tenir compte dans la tarification.

Nous continuerons la bataille, mais, si nous ne pouvons pas supprimer la convergence, il faut au moins intégrer à la tarification le prix des honoraires et - j'insiste - des dépassements.

## **Article 2**

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

**Mme Marisol Touraine.** L'article 2 est probablement l'un des plus importants du texte, du moins pour l'hôpital. Ce que nous appelons, dans un langage technocratique assez laid, la « gouvernance », désigne simplement la manière dont il est organisé : il s'agit de savoir quels principes régissent la définition et la mise en œuvre de ses objectifs.

Certains ont voulu opposer, d'une manière qui paraît stérile, gestion administrative et gestion médicale. Mais le changement qu'introduit le texte n'est pas sans conséquences, puisqu'il prive la communauté soignante de sa primauté dans la définition du projet médical. Derrière le changement d'organisation et de structure, se cache évidemment un important changement d'objectifs.

Là où, dans le projet médical, le pilotage médical mettait en avant les besoins sanitaires et la santé de la population, le pilotage administratif insistera sur des priorités financières ou l'importance des réorganisations. Ce n'est pas un hasard si une grève du codage, c'est-à-dire de la tarification des actes, a éclaté dans les hôpitaux. Si, demain, le projet médical d'établissement est défini et mis en œuvre par une direction administrative, on risque d'en venir à une sélection des actes, voire des malades. En outre, les médecins, qui se plaignent déjà de la lourdeur des contraintes administratives,



seront submergés par des considérations de ce type.

En commission, pour expliquer son opposition à nos amendements, le rapporteur a indiqué que tout l'intérêt du projet de loi était d'établir un nouvel équilibre entre les manageurs de l'établissement et l'équipe médicale. Mais n'est-il pas paradoxal de présenter comme une loi de simplification de la gestion, au nom du bon sens, un texte qui ne fera qu'augmenter le poids de l'administration ? Le bon sens serait au contraire de soulager les hôpitaux de la contrainte des marchés publics, de ne pas multiplier les contraintes de codage pour les médecins, de confier les décisions médicales à ceux qui sont à même de les prendre, au lieu de les renvoyer vers des administratifs, qui n'ont pas les mêmes critères ?

Non seulement je doute que ce texte parvienne à simplifier la gestion, mais je crains qu'il n'introduise une transformation profonde dans les principes qui doivent conduire la vie hospitalière.

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

**Mme Marisol Touraine.** Si je comprends bien, le sous-amendement n° 1503 s'applique également à l'amendement n° 1108.

Dans notre esprit, il ne peut s'agir que d'une première étape parce que les Français souhaitent avoir quelques données sur la sécurité de leur prise en charge, ses modalités et les risques qu'ils peuvent encourir à l'occasion d'une hospitalisation par exemple.

Nous proposons d'en déduire que les établissements qui ne répondraient pas à des indicateurs satisfaisants seraient pénalisés par une modulation des dotations de financement. Ce point est intéressant puisqu'il permet de sanctionner des établissements défaillants. Il n'empêche qu'il ne faudrait pas que cette modulation financière se substitue ou apparaisse comme se substituant à des sanctions plus fortes et plus radicales. Il va de soi, en effet, que, si certains indicateurs n'étaient pas respectés, il conviendrait d'aller au-delà de la simple modulation financière et d'exiger des établissements incriminés qu'ils répondent aux exigences de qualité.

Qu'il soit bien clair entre nous que la modulation financière ne sert pas à amortir tout autre contestation ou tout autre mode de sanction d'une qualité défaillante dans les établissements.

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

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

Cela étant, M. Prél est assez grand pour juger seul de la situation.

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

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

Pour notre part, nous insistons sur le fait que le projet médical des établissements privés doit absolument faire partie des compétences de la CME - comme nous souhaitons que la commission médicale d'établissement élabore le projet médical des hôpitaux publics. Il y a plusieurs raisons à cela. Premièrement, il est absolument nécessaire, que dans un établissement de santé, ce soit la communauté des soignants qui ait le dernier mot sur l'élaboration du projet médical. Deuxièmement, en ce qui concerne spécifiquement les établissements privés, si les médecins n'ont pas le dernier mot

au sujet du projet médical - ce qui est à craindre, car vous allez sans doute préférer qu'ils n'aient qu'un rôle consultatif -, ce sont les actionnaires qui l'auront.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**Mme la présidente.** La séance est reprise. La parole est à Mme la ministre.

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

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

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

**Mme Marisol Touraine.** Merci, madame la ministre.

### **Article 3**

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

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

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

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

À la suite de ce rapport, après une intervention, là encore très médiatisée, du Président de la République, un grand plan de mobilisation nationale pour les soins palliatifs a été annoncé, pour la réalisation duquel on a décidé de mettre, à la fois, l'accent et de l'argent sur des équipes mobiles faisant le lien entre les soins et la fin de vie à domicile ou dans les EHPAD.

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

Ainsi, alors que l'annonce des soins palliatifs comme grande priorité nationale a fait l'unanimité - je n'ai entendu aucune voix s'élever contre la nécessité de développer les soins palliatifs au sein de notre politique de santé -, on a le sentiment que les moyens ne suivent pas et que le projet de loi fait

passer au second plan cette priorité puisque vous avez purement et simplement supprimé la référence aux soins palliatifs à l'article 3. C'est la raison pour laquelle, madame la ministre, avant de passer à l'examen des amendements à l'article 3, je souhaite réaffirmer la nécessité d'indiquer, dans les contrats d'objectifs et de moyens, que certaines obligations spécifiques doivent faire l'objet d'une attention particulière du fait qu'elles ne sont pas naturellement suivies d'effet.