

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Intervention de Marisol Touraine

Mardi 10 février 2009 - Discussion générale

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

[Mme Marisol Touraine](#). Madame la ministre, jusqu'à votre réponse à notre collègue Christian Paul, j'avais le sentiment que vous aviez décidé de montrer que nous étions tous d'accord sur les propositions que vous nous faites dans ce texte, et que les éléments de consensus l'emportaient sur les contradictions.

Ce même genre de discours a été repris à l'instant : en commission, nous nous serions accordés à plusieurs reprises - ce qui est exact - pour voter des mesures centrales de votre texte - ce qui n'est pas vrai. Si ma mémoire est bonne, nous avons voté ensemble des amendements qui vont précisément à l'encontre de la logique d'ensemble qui nous est proposée, notamment en ce qui concerne la gouvernance de l'hôpital et la nécessité d'adopter des mesures beaucoup plus fortes afin de favoriser l'installation de médecins dans des zones actuellement sous-dotées.

Nous sommes en face de deux visions différentes de ce que doit être notre système de santé. Elles partent d'un constat semblable - les défis auxquels ce système est confronté dans notre pays -, mais elles débouchent sur des propositions tout à fait différentes.

Madame la ministre, vous avez dit qu'il en allait de la « survie du modèle solidaire ». C'est une belle formule à laquelle je souscris. Malheureusement, je crains que votre texte ne creuse la tombe de la solidarité, cette idée, cette valeur qui a été au cœur de notre système de santé depuis la Deuxième Guerre mondiale.

Je ne reviendrai pas sur les défis auxquels ce système est confronté : nous pouvons en effet facilement nous accorder sur l'évolution des demandes de la population, le malaise qui existe à l'hôpital et la préoccupation des Français de ne pas pouvoir accéder à des soins près de chez eux. Je veux simplement dire que nous devons aussi être préoccupés du creusement nouveau des inégalités, territoriales assurément, mais aussi sociales, face à la maladie et à la mort : on en a parlé et je ne m'y attarde donc pas davantage ; reste que nous ne pouvons ignorer qu'un ouvrier a sept ans d'espérance de vie de moins qu'un cadre supérieur. Une réforme du système de santé qui ne prend pas appui sur la volonté de mettre fin à ces inégalités ou de les réduire n'est à cet égard pas envisageable.

C'est au fond l'idée que je souhaite défendre, car les principes sur lesquels nous souhaitons voir fondée une réforme du système de santé ne sont manifestement pas ceux qui inspirent votre texte. À nos yeux, ces principes sont au nombre de trois. En premier lieu, il faut une réforme globale de

notre système de santé. On ne peut traiter d'un côté l'hôpital et de l'autre la médecine de ville en ignorant leurs connexions.

Nous approuvons la création des agences régionales de santé.

Cela fait longtemps que nous le disons ; nous avons même fait campagne sur ce thème. Cependant, la mise en œuvre proposée est très éloignée de ce que nous proposons, ce qui prouve qu'une même idée peut avoir des déclinaisons très différentes. Dans le présent texte, hélas, l'ARS s'apparente davantage à une usine à gaz technocratique qu'à un chef d'orchestre capable de faire jouer ensemble les différents instruments du système de santé.

Deuxième principe : la réforme engagée doit se faire du point de vue des patients, et non depuis le sommet.

Ce sont les patients qui ont des attentes. À cet égard, on ne peut que s'étonner du silence de votre texte sur tout ce qui touche à la démographie sanitaire. De façon plus générale, parler du point de vue des patients suppose d'introduire des contrepoids à la logique administrative : contrepoids des élus ou des associations d'usagers dans toute leur diversité. Or, toute la logique du projet de loi est de renforcer le poids de l'administration, que ce soit au niveau de l'hôpital ou des agences régionales de santé.

Troisième principe, enfin : la réforme doit être le moyen d'une réduction des inégalités, sociales et territoriales, en matière de santé. Au fond, c'est aussi par la capacité de votre réforme à réduire les inégalités que l'on appréciera son succès. Or, sur quoi repose l'efficacité de la lutte contre les inégalités en matière de santé ? Sur la mise en place d'une politique de santé publique volontariste - car la prévention est nécessaire pour rétablir un peu d'équité au sein de la population - quasiment absente de votre texte ; sur la garantie d'un accès rapide et facile à une médecine de premier recours, ce qui suppose à la fois l'accessibilité matérielle aux soignants - il faut des médecins disponibles dans un délai décent - et l'accessibilité financière. Un nombre croissant de Français renoncent en effet à se soigner pour des raisons financières, et les dépassements d'honoraires deviennent la norme, ce qui rend illusoire l'égalité face aux soins de ville.

Or votre texte ne comporte aucune mesure structurelle pour lutter contre ce phénomène, sans parler des files d'attente pour accéder aux médecins spécialistes. Bien au contraire, vous annoncez le durcissement des conditions de remboursement dans le cadre du parcours de soins coordonné, ce qui entraînera inévitablement de nouveaux déremboursements pour la consultation de spécialistes.

Autre inégalité flagrante, que j'évoquerai dans un instant : les déserts médicaux, qui touchent non seulement les zones rurales mais aussi certaines zones urbaines difficiles.

Votre texte ne me paraît donc pas en mesure de répondre au grand défi de la réduction des inégalités sanitaires, qu'elles soient territoriales ou sociales. La clé, au fond, est la réorganisation

de la médecine de ville, en lien, bien sûr, avec l'hôpital public ; mais je me concentrerai sur le premier aspect, car votre réponse à Christian Paul laisse à penser que vous avez définitivement renoncé à agir pour que les professionnels de santé s'installent dans les secteurs désertés.

La seule mesure de votre texte est la régionalisation du *numerus clausus* ; mesure qui aura peut-être un effet à la marge, mais qui ne répondra en rien à la question de la répartition intra-régionale. Ainsi, dans ma région, les étudiants du CHU de Tours, qui est de bonne qualité, préféreront toujours, avec votre système, s'installer en centre-ville plutôt que dans les zones rurales du Sud Lochois ! Le problème n'est donc pas seulement de former de futurs médecins à Tours, à Lille ou ailleurs, mais de faire en sorte que, une fois formés, ils aillent s'installer dans des secteurs mal desservis. En outre, même si cela ne vous concerne pas exclusivement, madame la ministre, comment demander à des professions, dont vous ne cessez de réaffirmer le caractère libéral, de s'installer dans des secteurs que l'État lui-même abandonne, compte tenu de sa politique pour l'école, l'hôpital ou La Poste, et plus généralement pour les services publics ? Cela ne favorise évidemment pas le maintien sur place des populations !

La réponse ne peut venir que d'un nouveau contrat avec les médecins. De nos propositions sur leur installation, vous n'avez retenu que l'aspect le plus contraignant. Or la question des déserts médicaux doit être envisagée de façon globale. On pourrait ainsi, dès à présent, obliger les étudiants ayant passé l'internat à effectuer des stages dans des zones sous-denses.

Il convient ensuite de mettre en œuvre une politique volontariste pour soutenir l'installation des médecins dans ces zones, *via* les maisons de santé pluridisciplinaires, la télémédecine, des incitations financières ou le développement de la rémunération forfaitaire. Vous dites que les maisons de santé, qui fonctionnent bien, peuvent s'ouvrir partout où on le souhaite. Mais on sait bien que les obstacles sont nombreux, et qu'ils sont souvent financiers. Lors de la discussion du PLFSS, nous avons proposé la création d'un fonds d'intervention structurel fortement doté pour accompagner l'installation des médecins à travers des plateaux techniques novateurs, et ce afin de répondre aux attentes des jeunes, qui ne veulent plus exercer leur métier comme les générations précédentes : vous l'avez refusé.

Le troisième étage de la fusée concerne en effet l'aspect le plus contraignant. Mais l'on ne peut continuer d'accepter que des médecins s'installent dans des zones surdotées ; c'est pourquoi nous y proposons un gel des installations sous le contrôle des futures ARS. Vous nous objectez la fin de la liberté d'installation ; mais c'est précisément ce qui arrivera si des mesures ne sont pas prises aujourd'hui ! Certains collègues de la majorité ont évoqué d'autres perspectives ; le rapporteur lui-même suggérait de laisser leur chance aux mesures incitatives jusqu'en 2012, avant d'envisager, le cas échéant, d'autres pistes. En somme, on n'accepterait les restrictions qu'après 2012. Mais si rien n'est fait aujourd'hui, les déserts médicaux le resteront ! À refuser des mesures volontaristes aujourd'hui, on s'expose à une remise en question beaucoup plus radicale demain.

Ma pensée profonde est que, si nous n'intervenons pas maintenant, la médecine de ville libérale telle que nous la connaissons disparaîtra. Vous prétendez craindre le développement de la médecine salariée, mais nous y allons tout droit si vous ne prenez pas les mesures qu'ils s'imposent ! Par ailleurs, l'argument selon lequel il n'y aurait aucune raison d'imposer aux futurs médecins ce qui ne l'a pas été à leurs aînés est peu convaincant.

Quand les conditions d'exercice évoluent, il ne paraît pas anormal d'imposer des conditions d'installation qui évoluent aussi.

Un dernier mot pour dire que l'installation des professionnels de santé est décisive, y compris pour l'hôpital public.

M. le président. Merci de conclure.

Si celui-ci est de plus en plus asphyxié, c'est en effet que les conditions d'accès à la médecine de ville sont trop strictes.

Pour conclure, je formule l'espoir que soit préservée, à l'issue de nos débats, la grandeur du service hospitalier, qui est d'allier l'excellence et la solidarité. Cela suppose que l'on reconnaisse la primauté du projet médical sur toute autre considération, projet qui doit être conçu par les soignants. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC et sur plusieurs bancs du groupe GDR.*)