

**Déclaration de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, sur le projet de loi "Hôpital patients, santé, territoires", au Sénat le 12 mai 2009.**

Site d'origine : <http://www.sante-sports.gouv.fr>, le 13 mai 2009

---

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 et Messieurs les sénateurs,

Réformer pour moderniser, réformer pour renforcer : tel est notre devoir le plus impérieux, celui dont nos concitoyens attendent que nous l'assumions avec courage et détermination.

Dans un monde en mutation, il s'agit de garantir les valeurs qui fondent notre système de santé, de le sauvegarder durablement et de préparer son avenir.

Ce sont là l'origine et la raison d'être du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » : préserver notre système de santé en le modernisant.

On ne forge pas seule une loi aussi fondamentale. Elle ne peut être le fruit que d'un profond débat, dont chacun doit pouvoir s'emparer et prendre la pleine mesure.

Ce débat a débuté dès la commission Larcher sur la réforme de l'hôpital et s'est poursuivi et intensifié au cours des douze derniers mois, y compris depuis l'adoption du texte par l'Assemblée nationale.

Les discussions, parfois vives, se sont poursuivies. Le débat public comme le débat parlementaire ont fait progresser le texte.

Je considère qu'il est sain que les choses se passent ainsi, surtout lorsqu'il s'agit de questions qui touchent à la santé de tous et concernent chacun d'entre nous. J'y vois même le signe que notre démocratie fonctionne correctement. Accepter un ou des 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.

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. Et j'ai longuement discuté, y compris ces derniers jours dans un climat sérieux et apaisé, avec les présidents et de conférence et aussi avec votre rapporteur, pour trouver une voie qui puisse y répondre sans dénaturer le texte. Que l'hommage de la démocratie soit rendu à mes interlocuteurs.

Pour avoir moi-même fréquenté les bancs du 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, puis lors de son examen à l'Assemblée nationale, c'est avec une grande attention que j'ai suivi les travaux de la commission des affaires sociales et les enrichissements qu'elle a pu

y apporter.

Elle a su se mobiliser et 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.

Je serai à votre écoute en séance plénière, comme je l'ai été en commission.

Je remercie plus particulièrement le président de cette commission des affaires sociales, Nicolas About, qui a mis sa hauteur de vue, sa sagacité et son humanité au service d'un travail de fond, 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.

Je veux également saluer le rôle déterminant de notre rapporteur, Alain Milon, à qui je souhaite rendre hommage. Investi et rigoureux, expert autant que pédagogue, il a mené un travail exceptionnel.

Je veux enfin remercier Gérard Larcher, le président de cette Haute assemblée qui, à travers son grand rapport sur les missions de l'hôpital, a inspiré une part importante de cette loi. Depuis, sa compétence et son expertise lucide ont constitué un atout considérable, dont chacun mesure les bénéfices.

Mesdames et messieurs les sénateurs, je sais la sagesse de la Haute assemblée, justement réputée, et sa capacité à s'approprier les projets les plus ambitieux.

A l'aube du débat qui s'annonce, je suis donc confiante.

Cette réforme, vous le savez, il est plus que temps de l'entreprendre.

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, perdus, aillent aux urgences alors que leur médecin aurait pu les recevoir.

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.

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 d'accès aux soins et les déserts médicaux.

Faut-il attendre, pour agir, que nos concitoyens éprouvent de très grandes difficultés à trouver des médecins dans les zones rurales ou périurbaines défavorisées ?

Non, nous ne pouvons pas laisser se poursuivre cette démedicalisation des territoires !

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

Au-delà de la technicité de certains de ces outils, au-delà 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 les fragilités de notre système sans agir ?

Je vous le dis avec force : il faut mettre fin à ces dysfonctionnements ; il faut améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens.

Comment pourrait-il en être autrement ?

J'ai longuement écouté les professionnels de santé et les représentants des usagers. Ils m'ont exprimé leurs besoins et leurs attentes. Les aspirations ne sont plus les mêmes aujourd'hui qu'hier.

Nos concitoyens souhaitent désormais être acteurs de leur propre santé. Ils désirent bénéficier des soins et de la prévention adaptés à leurs particularités et à leurs besoins.

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 et 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 est confronté.

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. C'est la survie de notre modèle solidaire qui 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 la densité médicale est de 830 médecins pour 100000 habitants à Paris, et seulement de 198 dans l'Eure, peut-on laisser la répartition des médecins sur le territoire se dégrader sans agir ?

C'est pourquoi je vous le demande instamment : ayez conscience des changements que nous sommes en train de vivre, et tirez-en 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 secteur médico-social.

Les inégalités sociales et territoriales d'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 souligner, cependant, qu'il s'agit là d'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 ?

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 ?

Ce projet de loi procède ainsi d'une visée résolument prospective. Nicolas Sarkozy et François Fillon l'ont voulu ainsi.

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

De quoi notre système de santé a-t-il besoin ?

De moyens et d'organisation. Pourquoi opposer les deux ?

Les moyens dont notre système a besoin, nous les lui donnons et nous continuerons.

Sur plusieurs années, nous investissons pour donner aux hôpitaux, pour donner 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, 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.

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 auxquelles nous devons remédier.

Dans cette perspective, 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 que soient mises en cohérence l'organisation de la médecine libérale, 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 souvent enclines à agir pour leur propre compte et à se rejeter la responsabilité d'un dysfonctionnement.

Il s'agit donc de repenser l'organisation de notre système, dans une perspective de santé durable et solidaire.

La base de ce système, ce sont les agences régionales de santé (ARS), conçues pour unir nos forces au lieu de les disperser.

La création des ARS vise à simplifier notre système en réunissant, au niveau régional, sept services différents de l'Etat et de l'Assurance maladie.

On a trop longtemps séparé l'organisation des soins de leur financement.

Cela doit changer.

Il faut cesser de croire que l'organisateur et le financeur peuvent continuer à rester séparés. 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 et aux territoires.

Le résultat, nous le connaissons tous : il n'est pas satisfaisant.

Aujourd'hui, qu'a-t-on obtenu ? : 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. Il s'agit d'additionner les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie.

Les ARS permettront ainsi une réponse plus efficace et plus cohérente, ainsi qu'une meilleure efficacité dans la gestion des dépenses.

Leur mission sera en particulier d'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 qu'à tout moment les ARS disposeront 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 : une volonté d'équilibre entre l'Etat et l'Assurance maladie, et surtout une 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 déterminer 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 de ces 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 avoir accès à la même qualité de soins, quels que soient son lieu de vie ou ses moyens financiers.

Je soutiens notamment l'initiative d'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 PLFSS. 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.

Nous devons agir ensemble, en responsabilité, pour anticiper nos difficultés démographiques et pour organiser.

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

Notre pari est celui 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.

On n'a jamais, en effet, conduit de bonne politique de la santé contre les professionnels de santé.

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 ne se fassent 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.

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.

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 (VAE), qui coordonne utilement l'université et l'ordre des médecins. C'est une mesure 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 processus européen LMD. Cette démarche commencera 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. Je présenterai un amendement en ce sens.

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 les schémas hospitalier, de prévention et médico-social. Là encore, il s'agit d'unifier sans contraindre.

Bien entendu, 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 modernise 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 de ces 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.

Les défis sociaux, économiques et démographiques qui se présentent à nous 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 oeuvre 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 médecine, au cas où les mesures d'organisation s'avéreraient insuffisantes, le contrat santé-solidarité tel que 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 été de ceux qui pensent 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. 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 plus retarder.

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 ?

Non, gouverner, ce n'est pas se mêler de tout.

Non, gouverner, ce n'est pas harceler.

Non, gouverner, ce n'est pas caporaliser.

Mais gouverner, est-ce pour autant cogérer ?

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 leur 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.

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.

Certains voudraient faire croire que ce projet prive les médecins de pouvoir : c'est le contraire !

Entendons-nous bien : en plaçant le président de 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 commission médicale d'établissement, 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 qu'on ne peut pas opposer organisation et financement, on ne peut pas opposer soin et administration de l'hôpital. Sortons, une bonne fois pour toutes, de cette opposition absurde entre administration et médecine, 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 de gestion, mais aussi de santé publique et de synthèse - personne d'ailleurs ne conteste la nécessité d'un patron 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. Mieux que quiconque vous le savez : le pouvoir et la responsabilité vont de pair.

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.

Ce choix a pu susciter des inquiétudes.

Je veux vous rassurer et vous dire que pas un seul instant je ne doute que nous parvenions 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, ne se préoccupe pas du soin et que le médecin ne se soucie pas de l'avenir de son établissement, et donc de sa soutenabilité financière ?

Des directeurs et des présidents de CME, j'en ai rencontré beaucoup ; j'ai vu combien ils étaient souvent solidaires, unis dans la même volonté que leur hôpital progresse, que leur hôpital avance, que leur hôpital réponde au mieux aux besoins et aux attentes des patients.

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 et que cette réforme devra être mise en oeuvre par une communauté, nous devons ensemble nous assurer de l'apaisement et de relations pacifiées, au sein d'une gouvernance unie.

J'ai indiqué clairement 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 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 CME comme au directeur la plénitude de leurs attributions et leur offrant les conditions leur permettant de participer ensemble au développement de leur hôpital.

En cas de conflits - ils sont toujours possibles, même s'ils sont heureusement rares -, les avis écrits du président de 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. A 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.

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.

A 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 avec les communautés hospitalières de territoire n'est pas de créer des « mastodontes régionaux », mais de renforcer les complémentarités entre établissements de taille moyenne, pour une activité totale MCO de l'ordre de 400 à 600 lits.

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 puissent s'opposer à l'adhésion à des CHT comprenant un CHU. En revanche, je vous proposerai de maintenir la capacité d'initiative du directoire dans les autres cas.

Ces communautés doivent ressortir du volontariat de tous, sinon elles ne pourront pas produire leur plein effet. 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'ARS en cas de situations critiques en matière de qualité des soins ou de finances. Ce sont les mêmes conditions qui permettent aujourd'hui aux ARH de prononcer des fusions d'établissement. Elles le font peu, mais cette possibilité permet de débloquent des situations dégradées.

Je veux aussi m'efforcer de lever des difficultés soulevées par la notion « d'établissement siège ». 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 relève des établissements composant la CHT, qu'il s'agisse du directoire ou du conseil de surveillance.

A 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 des craintes 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 de CHT.

J'en suis convaincue : des hôpitaux mieux adaptés sont aussi des hôpitaux plus sûrs. Nous ne pouvons 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 (EHPAD) 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.

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 et qui a remis son rapport hier.

Le sujet de la recherche et de l'enseignement dans les CHU est vital pour notre pays.

La recherche et l'enseignement doivent avoir une meilleure place au sein des CHU, une place plus importante, une place plus visible, une place mieux financée et mieux identifiée. 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 domaine, notamment celui de Lille qui diffuse les résultats d'allocation des MERRI à tous les chefs de pôle.

Le Gouvernement est très attentif aux conclusions de cette mission. Il a déjà proposé à cet effet deux amendements, qui ont été adoptés par la commission des affaires sociales.

Ces amendements visent à ajuster la gouvernance des CHU pour mieux prendre en compte leur triple mission de soin, de recherche et d'enseignement, d'abord en associant le ministre de la recherche et de l'enseignement supérieur à la nomination des directeurs généraux de CHU, puis en prévoyant, outre le président de CME, deux autres vice-présidents du directoire, l'un le doyen et l'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.

Si cette valorisation de la dimension hospitalo-universitaire des CHU est indispensable, elle ne doit inversement pas occulter la nature hospitalière des CHU. C'est pourquoi je réaffirmerai mon attachement à ce que, dans les CHU, au moins un des membres du directoire soit un praticien hospitalier et que des praticiens hospitaliers continuent à pouvoir prétendre être chefs de pôles, qui pourraient désormais être dénommés « hospitalo-universitaires ». Nous devons pour cela améliorer, comme le suggère le rapport Marescaux, la participation de tous aux trois missions des CHU.

Enfin, ce projet de loi, prospectif et responsable, est aussi un projet consacré à la prévention. La santé publique et la prévention infusent en effet tout le texte. La politique de prévention, si essentielle et trop souvent oubliée, mais aussi la prévention des difficultés futures de notre système de santé.

Notre politique de prévention ne se réduit 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 programmes nationaux.

« Hôpital, patients, santé et territoires » n'a pas vocation à être une loi de santé publique. Celle-ci, en effet, existe déjà et est actuellement en cours d'évaluation ; elle sera révisée en 2010.

Ceci étant, dans le cadre de ce projet de loi, j'ai tenu à proposer quelques mesures emblématiques, pour protéger les populations les plus vulnérables : les personnes malades et la jeunesse.

Améliorer l'état de santé de nos concitoyens et les aider à préserver, le plus longtemps possible, leur autonomie est un impératif essentiel.

Vous connaissez le poids croissant des maladies chroniques : plus d'un Français sur cinq est concerné.

L'éducation thérapeutique du patient doit être développée pour que le patient puisse mieux comprendre sa pathologie et devenir un véritable acteur de sa santé. Cela permettra d'améliorer sa qualité de vie, de stabiliser sa maladie et de réduire les complications.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent trouver toute leur place dans le parcours de soins des malades. Cette mesure consacre une nouvelle étape franchie 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 de qualité et de 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.

Il est impératif, en particulier, de protéger les plus jeunes, qui sont aussi les plus vulnérables.

La consommation d'alcool chez les jeunes est en constante augmentation.

Nous sommes par ailleurs aujourd'hui confrontés à un changement radical des modes de consommation, avec une hausse des ivresses alcooliques. La proportion de jeunes hospitalisés pour ivresse aiguë a bondi de 50 % chez les 15-24 ans entre 2003 et 2007.

Est-il besoin de vous le rappeler : les jeunes continuent de payer un lourd tribut 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, soit 41 % des causes de décès chez les garçons de 15 à 19 ans.

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 ont su se saisir de la question, avec un indéniable sens des responsabilités qui, je le sais, est aussi le vôtre.

Ont été interdits la vente ou la distribution gratuite d'alcool aux mineurs, ainsi que les « open bars », tout en préservant les fêtes traditionnelles et les dégustations, qui n'ont jamais été menacées.

C'est là un compromis équilibré et consensuel, conjuguant les enjeux économiques et commerciaux avec les impératifs en matière de sécurité routière et de santé publique.

Les débats permettront de trancher, mais, en tout état de cause, je crois que l'équilibre initial, acquis de haute lutte, doit être préservé.

Comme les députés, vous avez souhaité adjoindre à ce texte des mesures de santé environnementale. Je pense notamment aux mesures de protection des personnes dans leurs logements, 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 cela ne figurait pas à l'origine dans mon projet de loi, les débats à l'Assemblée nationale ont confirmé combien la

nutrition constitue une préoccupation quotidienne de la population, en particulier celle la plus en difficulté.

Je remercie ceux qui ont participé à ces débats d'avoir su mettre cet enjeu majeur de santé publique au coeur du débat citoyen.

Vous l'aurez compris, c'est bien le patient, patient incarné, patient concrètement situé, qui est au coeur de nos préoccupations.

C'est bien la philosophie du pacte de 1945 qui inspire tous les choix d'une telle réforme.

Rappeler les exigences de solidarité et de justice est non seulement utile, mais indispensable.

Rappeler que ces principes fondamentaux sont mis en péril par les cloisonnements de notre système ou par les déserts médicaux 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 plus possible.

Le débat que nous engageons aujourd'hui déterminera en grande partie l'avenir de notre système de santé.

Si la santé n'appartient pas à proprement parler aux fonctions régaliennes de l'Etat, 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 nôtre.

Je vous invite à faire de même.

Evitons les caricatures et les raccourcis.

Dissipons tout malentendu qui pourrait subsister.

oeuvrons résolument ensemble, comme nos concitoyens le souhaitent, à la recherche d'un texte équilibré et harmonieux.

J'y entre aussi avec conviction et enthousiasme, persuadée que cette réforme saura, de manière pérenne, donner corps à notre ambition partagée : celle d'un patrimoine commun consolidé.

Je vous remercie.

Source <http://www.sante-sports.gouv.fr>, le 13 mai 2009