

N° 277

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Enregistré à la Présidence du Sénat le 14 janvier 2014

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi Mme Laurence COHEN et plusieurs de ses collègues tendant à instaurer un moratoire sur les fermetures de service et d'établissements de santé ou leur regroupement,

Par Mme Laurence COHEN,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, présidente ; M. Yves Daudigny, rapporteur général ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, Mme Catherine Deroche, vice-présidents ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, MM. Marc Laménie, Jean-Noël Cardoux, Mme Chantal Jouanno, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Françoise Boog, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mmes Muguette Dini, Anne Emery-Dumas, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, MM. Louis Pinton, Hervé Poher, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir le(s) numéro(s) :

Sénat : 708 (2012-2013) et 278 (2013-2014)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
EXPOSÉ GÉNÉRAL	7
I. L'HÔPITAL PUBLIC EN DANGER	7
A. RUPTURE DU LIEN DE PROXIMITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS	7
1. <i>Le mouvement de diminution du nombre de lits, de services et d'établissements publics de santé accentue les inégalités de santé</i>	7
a) Un bilan négatif des restructurations hospitalières.....	7
b) Les conséquences désastreuses de la diminution du nombre de lits	8
c) Un exemple caractéristique : l'effondrement du nombre de maternités de niveau I destinées pourtant à accueillir une majorité de femmes et la fermeture de nombreux centres d'IVG.....	10
d) Des décisions arbitraires	13
e) La question essentielle en France de la proximité, indissociable de celle de l'accès aux soins.....	13
2. <i>La tarification à l'activité, fondamentalement contraire à la notion de service public, participe à un sous-financement chronique</i>	15
3. <i>L'hôpital n'est pas une entreprise comme une autre</i>	16
B. UNE NÉCESSITÉ D'AGIR VITE QUI DOIT ÊTRE PRISE EN COMPTE PAR LE GOUVERNEMENT ISSU DES ÉLECTIONS DE 2012	17
1. <i>La convergence tarifaire toujours à l'œuvre malgré sa suppression formelle</i>	17
2. <i>L'urgence de réhabiliter le service public hospitalier</i>	17
II. LA NÉCESSITÉ D'UN MORATOIRE POUR RESTAURER DANS LA CONFIANCE ET LA SÉRÉNITÉ L'HÔPITAL PUBLIC	19
A. UN DISPOSITIF LIMITÉ DU FAIT DES CONTRAINTES DE L'INITIATIVE PARLEMENTAIRE	19
B. DEUX OBJECTIFS ESSENTIELS	20
1. <i>Assurer une véritable démocratie sanitaire</i>	20
2. <i>Penser un nouveau modèle pour l'hôpital et le système de santé</i>	21
EXAMEN EN COMMISSION	23
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	35
TABLEAU COMPARATIF	37

« La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé [...] ».

Préambule de la Constitution de 1946

Mesdames, Messieurs,

Depuis une dizaine d'années, l'hôpital est malmené, miné par des décisions ou des réformes qui se révèlent désastreuses au fil du temps. Alors que depuis des siècles l'hospice puis l'hôpital constituent le socle de la prise en charge des patients, l'hôpital a subi une succession d'attaques qui, ensemble, remettent insidieusement en cause son organisation et son bon fonctionnement au service de la population : absence des recrutements nécessaires à la mise en place des 35 heures ; tarification à l'activité qui ne vise que la « production » de soins, aucunement la qualité de la prise en charge globale du patient ; convergence tarifaire arbitraire ; assimilation sous un même statut de tous les établissements de santé, publics et privés à but lucratif ; disparition du service public hospitalier du fait de la loi HPST ; etc...

En outre, alors que les ordonnances Debré de 1958 avaient organisé un système de nature pyramidale avec des centres hospitaliers universitaires « têtes de réseau », des centres hospitaliers généraux et des hôpitaux de proximité, la pyramide devient au mieux un cylindre, voire s'inverse... En effet, le nombre d'établissements de proximité a beaucoup diminué depuis les années 1990 et quand ils perdurent, leur nombre de lits ou de services s'est effondré. On assiste ainsi, à la fois pour des motifs affichés de sécurité et de financement, à une concentration très importante de l'activité hospitalière dans des grands centres, ce qui éloigne les soins de la population et renforce encore la technicisation de la prise en charge. Ce constat est largement partagé par l'ensemble des acteurs pour ce qui concerne les maternités puisque celles de niveau I, qui devraient par principe accueillir une grande majorité de femmes, ne représentent plus qu'un tiers des lits.

Or, ce mouvement de concentration n'a pas été évalué scientifiquement, tant *a priori* qu'*a posteriori*, alors même que de nombreuses études tendent à montrer les inconvénients majeurs de la grande taille pour un hôpital.

Qui plus est, la France dispose d'un territoire plus vaste et souvent plus varié que celui de ses voisins, avec des zones isolées, par exemple en montagne. La population n'est plus répartie dans le pays de manière relativement uniforme, elle s'est concentrée sur le littoral et dans les métropoles. Pour autant, le reste du pays n'est pas vide et ne doit pas le devenir ! De ce fait, le lien qui était inconsciemment établi entre la nécessité de la présence d'un hôpital et son bassin de population ne peut plus être appréhendé comme il l'était jusque dans les années 1960-1970.

Enfin, les décisions de fermetures de lits, de services ou d'établissement de santé sont prises, dans une très grande majorité des cas, sans concertation préalable avec les populations et les acteurs concernés, notamment la communauté hospitalière. L'expérience montre que des « consultations » ont bien lieu, mais après que la décision a effectivement été prise.

Dans ce contexte et en tenant compte des contraintes de l'initiative parlementaire qui ne permettent pas de proposer une réforme complète du système de santé, cette proposition de loi prévoit de soumettre toute décision de fermeture de services et d'établissements hospitaliers ou leur regroupement à l'avis favorable du conseil de surveillance de l'établissement et de la conférence de territoire. Il s'agit donc d'abord d'imposer une élaboration collective et coopérative de la décision et d'instaurer ainsi une réelle démocratie sanitaire.

I. L'HÔPITAL PUBLIC EN DANGER

A. RUPTURE DU LIEN DE PROXIMITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS

1. Le mouvement de diminution du nombre de lits, de services et d'établissements publics de santé accentue les inégalités de santé

a) Un bilan négatif des restructurations hospitalières

Depuis quinze ans, le secteur hospitalier a connu un important mouvement de restructuration. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) publié en mars 2012¹, tente de dresser un bilan de ce mouvement. Face à « l'inexistence au niveau national d'un outil statistique dédié au suivi de ces opérations », l'Igas s'est appuyée sur une étude de La Nouvelle Fabrique des Territoires, laboratoire de recherche animé par Sandrine Haas et Emmanuel Vigneron.

Entre 1995 et 2005, pas loin de deux établissements sur trois (60 %) ont été impliqués dans une opération de recomposition. Près de 1 200 recompositions hospitalières ont eu lieu en France durant cette période. Entre 1992 et 2003, 380 établissements (11 % des établissements existants en 1992) ont été supprimés ou regroupés.

Prenant appui de manière générale sur la littérature scientifique internationale relative aux fusions d'entreprises, le rapport de l'Igas estime que « dans la réalité, le bilan des fusions d'entreprises est plutôt mitigé ». Il considère qu'un nombre significatif de fusions échoue et, dans une proportion plus large encore, la fusion ne semble pas avoir substantiellement amélioré la situation du nouvel ensemble. En outre, les processus de fusion sont en eux-mêmes source de surcoûts ou de dysfonctionnements.

En ce qui concerne plus précisément le secteur hospitalier français, le rapport dresse un bilan pour le moins en demi-teinte, en affirmant que « beaucoup de projets de regroupement sont un échec ». Ce rapport met notamment en avant un point relativement nouveau par rapport à l'analyse classique sous-jacente, le fait que « les inconvénients de la grande taille ne doivent pas être minorés à l'hôpital ». Ainsi, au-delà d'un certain seuil difficile à chiffrer exactement mais relativement bas, il existe plutôt des « déséconomies d'échelles » que des gains financiers à attendre de la taille de l'établissement. Le rapport montre aussi l'incertitude scientifique sur un éventuel « effet de gamme », c'est-à-dire les gains qu'un établissement pourrait réaliser en

¹ « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ? », rapport établi par le docteur Françoise Lalande, Claire Scotton et Pierre-Yves Bocquet et Jean-Louis Bonnet, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, mars 2012.

mettant en synergie ses différentes activités. Au total, l'Igas estime qu'au-delà d'un certain seuil, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages.

Compte tenu des limites de la grande taille à l'hôpital, la mission de l'Igas recommandait en conséquence le lancement d'études sur les moyens permettant d'assouplir, voire de « déconsolider », le fonctionnement des structures hospitalières les plus importantes.

b) Les conséquences désastreuses de la diminution du nombre de lits

Entre 1992 et 2003, 83 000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés représentant 15 % des capacités installées. L'Igas note en outre que « le nombre de lits a baissé dans le secteur public de façon beaucoup plus importante que dans le secteur privé, en pourcentage comme en volume, signe que les hôpitaux n'ont pas été épargnés par les restructurations ».

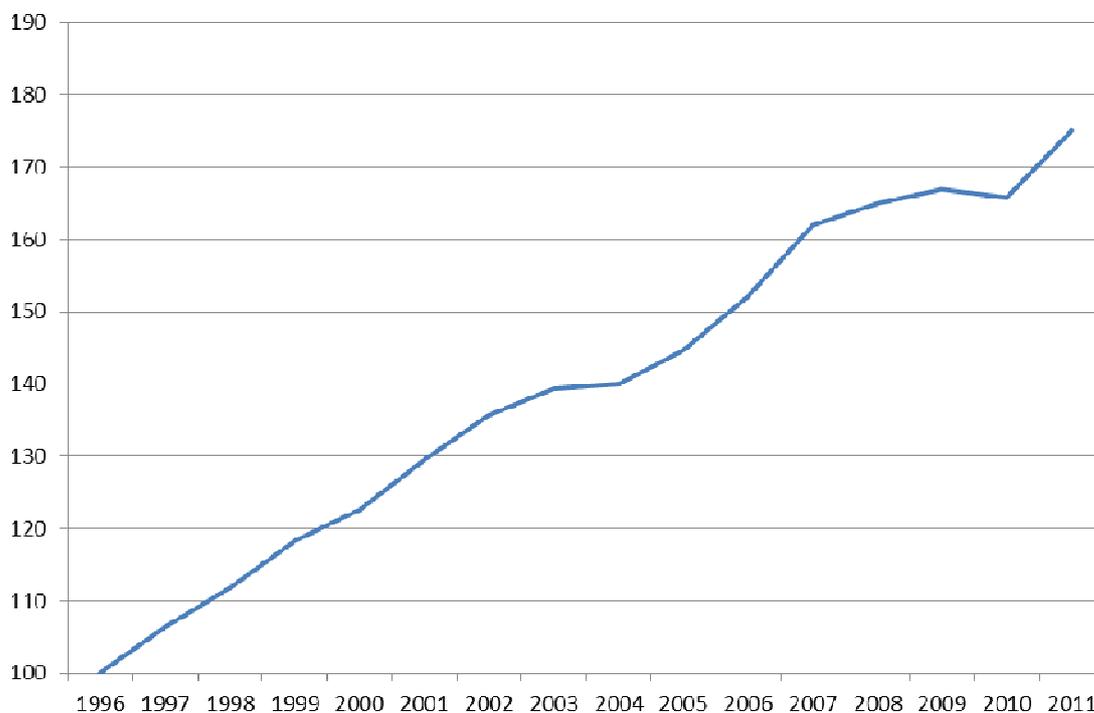
Selon les données de la Drees¹, entre 2003 et 2011, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet, toutes disciplines et tous secteurs confondus, a continué de décroître : il est passé de 468 000 à 414 000, y compris le service de santé des armées (SSA) et hors Mayotte. La fermeture de ces lits a concerné la quasi-totalité des disciplines. La densité de lits installés est très variable selon les régions puisqu'elle va de 14 à 82 pour 10 000 habitants.

Surtout, si dans certaines spécialités la diminution du nombre de lits peut se justifier dans une certaine mesure par l'évolution des techniques médicales et le développement de la prise en charge ambulatoire (c'est-à-dire sans hébergement), ce n'est pas le cas pour des spécialités plus générales, comme la médecine ou la gériatrie, qui permettent une prise en charge polyvalente de plus en plus nécessaire du fait du vieillissement de la population et de l'accroissement des polypathologies. Les différentes auditions menées par votre rapporteure ont mis en avant le mouvement d'hyperspécialisation des services hospitaliers qui n'est clairement pas adapté à la situation actuelle.

La diminution du nombre de lits a également un impact important sur le fonctionnement des services d'urgences. Il existe en effet une corrélation statistique évidente entre cette diminution et **la progression du nombre de passages aux urgences : + 75 % entre 1996 et 2011**. Le nombre de passages s'est ainsi élevé à **18 millions en 2011** et le nombre de patients s'y étant rendu au moins une fois à 11,6 millions soit plus d'un Français sur six.

¹ « Panorama des établissements de santé », édition 2013 publiée le 8 janvier 2014.

Figure n° 1 : Evolution du nombre de passages annuels aux urgences (base 100 en 1996)



Source : Panorama des établissements de santé, édition 2013, Drees

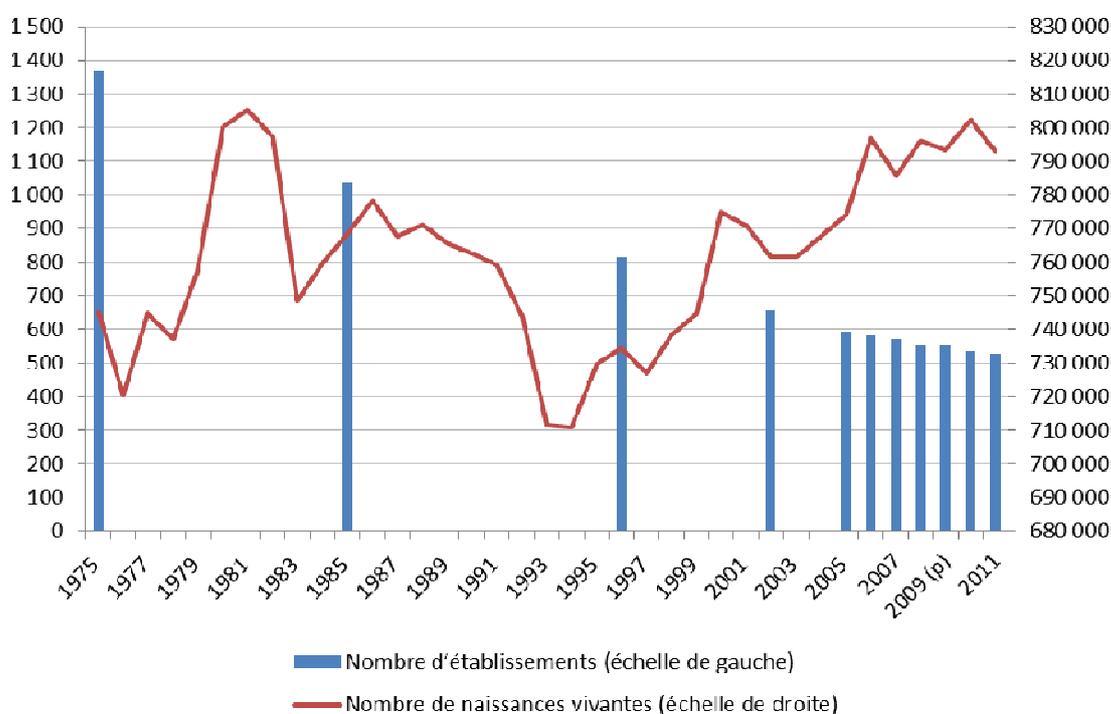
Le nombre de passages aux urgences augmente fortement, le nombre de lits d'hébergement diminue mais le taux d'hospitalisation à la suite d'un passage aux urgences reste stable autour de 22 %. En outre, la part des personnes âgées accueillies aux urgences augmente sensiblement, ce qui justifierait un effort particulier en faveur de lits de médecine générale ou de gériatrie : en Midi-Pyrénées, la part des patients âgés de plus de 70 ans est passée de 13,4 % en 2001 à 18 % en 2011, ce qui a nécessairement des conséquences importantes tant pour l'accueil aux urgences lui-même que pour l'aval.

Dans ces conditions, on comprend aisément **les graves désorganisations que peuvent entraîner toute fermeture de lits qu'elle soit structurelle mais aussi conjoncturelle**. Pour nécessaire qu'elles puissent être pour des raisons sanitaires ou de sécurité, ces fermetures conjoncturelles pèsent lourdement sur l'organisation des urgences et devraient être plafonnées à 5 % des lits disponibles, comme le propose Patrick Pelloux.

c) Un exemple caractéristique : l'effondrement du nombre de maternités de niveau I destinées pourtant à accueillir une majorité de femmes et la fermeture de nombreux centres d'IVG

Le nombre des maternités est passé de **1 369 en 1975 à 554 en 2008**, alors même que le nombre de naissances ré-augmentait, d'abord à la fin des années 70 puis surtout à partir de 1995 : environ 711 000 naissances en 1994 en métropole et autour de 800 000 naissances par an depuis 2006. **Le nombre de lits d'obstétrique a pourtant été divisé par deux depuis les années 1970.**

Figure n° 2 : Evolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2011



Source : Panorama des établissements de santé, édition 2013, Drees

Parallèlement à ce mouvement général de concentration, on assiste à une déformation de la typologie des maternités vers des structures plus « techniques » chargées en théorie d'accueillir des femmes dont la grossesse n'est pas strictement physiologique. Ainsi, entre 1996 et 2011, le nombre de maternités de niveau I¹ est passé de 564 à 255 alors que le nombre de celles de niveau II et III progressait légèrement. **En 2001, les maternités de niveau I représentaient environ la moitié du nombre de lits ; elles n'en représentent plus que 34 % en 2010** et ce sont celles de niveau II qui

¹ Les maternités de niveau I disposent uniquement d'unités d'obstétrique. Celles de niveau II d'unités d'obstétrique et de néonatalogie. Celles de niveau III d'unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale.

regroupent 45 % des lits. L'objectif des décrets « périnatalité » de 1998 qui créent ces trois types de maternité était d'orienter, grâce à un suivi prénatal précoce, les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de leur risque : cet objectif n'est clairement pas réalisé à partir du moment où un tiers des accouchements seulement a lieu dans les maternités destinées à accueillir une grande majorité des femmes.

Figure n° 3 : Evolution de l'offre de soins en maternités (France métropolitaine)

	Nombre de maternités		Répartition du nombre de lits		Répartition du nombre d'accouchements	
	2001	2010	2001	2010	2001	2010
Type I	415	263	48 %	34 %	42 %	28 %
Type II	208	212	36 %	45 %	40 %	48 %
Type III	56	60	16 %	21 %	18 %	24 %
Total	679	535	19 025 lits	16 986 lits	751 186	789 508

Source : Etudes et résultats, Drees, n° 814, octobre 2012

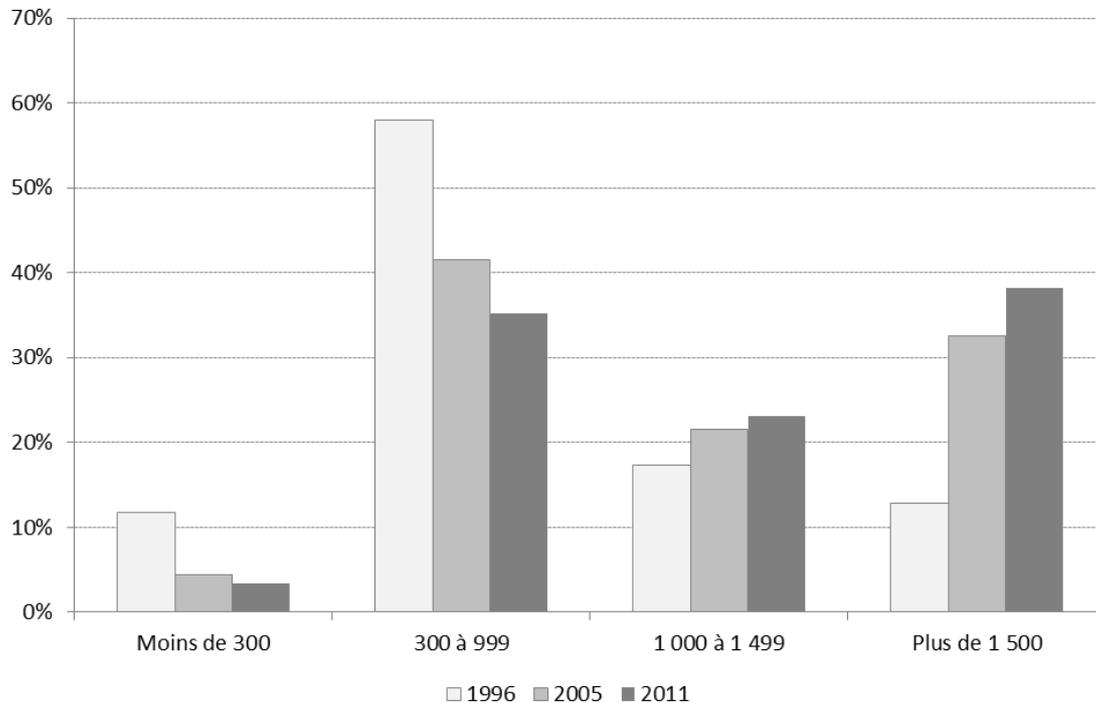
On constate en outre une certaine « pression » sur les maternités de niveau III : elles réalisent 24 % des accouchements en 2010, tout en ne représentant que 21 % des lits et 11 % des structures, et alors même qu'elles devraient accueillir principalement des grossesses difficiles susceptibles de nécessiter un accueil en néonatalogie et/ou en réanimation néonatale.

Cette pression se ressent aussi en termes de qualité de l'accueil : si seule une petite minorité de maternités déclarent avoir souvent des difficultés pour accueillir des femmes par manque de place, un quart des maternités de niveau III sont dans ce cas contre 2 % pour celles de niveau I et 5 % pour celles de niveau II.

Selon l'enquête périnatale 2010, **les accouchements ont lieu plus souvent dans des services de très grande taille de type II ou III**, ce qui est en partie le résultat des fermetures et des fusions de maternités. Ainsi, la proportion d'accouchements dans des maternités de moins de 1 000 accouchements est passée de 25,3 % en 2003 à 17,4 % en 2010, alors que la proportion d'accouchements dans celles de plus de 3 000 a crû de 8,0 % à 18,8 %. Les auteurs de l'enquête indiquent d'ailleurs : « *Il va falloir s'interroger sur l'impact éventuel de la concentration des naissances dans des maternités de grande taille sur la prise en charge les femmes au moment de l'accouchement, par exemple sur la fréquence des césariennes ou des déclenchements* ».

Au lieu d'expérimenter des maisons de naissance au statut juridique flou, pratiquant les dépassements d'honoraires tout en bénéficiant de subventions publiques, il est impératif de préserver et d'encourager les maternités de niveau I.

Figure n° 4 : Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2005 et 2011



Source : Panorama des établissements de santé, édition 2013, Drees

La concentration des maternités a été réalisée, sous couvert de sécurité, pour des raisons largement financières. L'une des modalités les plus puissantes a été de mettre en place des **seuils minimaux d'activité** en-deçà desquels la sécurité des femmes et des bébés ne serait pas assurée. Or, de nombreuses études montrent que ces seuils sont difficiles à définir en pratique. Une étude mentionnée dans le rapport de l'Igas l'indique clairement : « *l'idée largement répandue selon laquelle plus on soigne de malades et meilleurs sont les résultats se heurte à plusieurs démentis* ». Ainsi, le volume minimal d'activité requis s'applique-t-il au service dans son ensemble ou aux professionnels eux-mêmes ? Le volume d'activité doit-il être comptabilisé intervention par intervention, par domaine pathologique ou par discipline ? L'expérience antérieure des professionnels est-elle prise en compte (une personne qui a déjà accompli mille fois la même intervention a des chances d'être meilleure qu'une personne qui démarre cette activité, même si les deux personnes réalisent le même nombre d'actes dans l'année) ? On constate d'ailleurs que l'activité individuelle des praticiens n'est pas nécessairement plus grande dans un établissement important.

L'argument de la dégradation de la qualité des soins doit donc être employé à bon escient, non de manière arbitraire en regardant uniquement l'activité, une année donnée, de tel ou tel service.

Enfin, il est très préoccupant de constater que les fermetures de maternités de niveau I sont allées de pair avec celles des centres d'IVG, entraînant de graves conséquences sur le choix des femmes quant à leur grossesse.

d) Des décisions arbitraires

Les auditions menées par votre rapporteure ont révélé que le mouvement de restructuration des hôpitaux s'inscrivait certainement dans une idéologie générale de la « concurrence » (cf. ci-dessous) mais était effectivement mené par la technostructure qui souhaite ainsi répondre, par des solutions de court terme, à l'injonction budgétaire.

Or, on l'a vu avec les maternités, les fusions ou regroupements n'ont que rarement un impact financier positif, tant à court qu'à long terme. Elles tendent à accueillir des femmes et des bébés dans des structures plus techniques, donc plus coûteuses, alors même que la plupart des grossesses et accouchements ne nécessitent aucunement un tel déploiement de moyens. L'ensemble des acteurs, y compris le collège des gynécologues-obstétriciens, partage aujourd'hui ce constat qui milite clairement pour un réinvestissement dans les maternités de niveau I.

Par ailleurs, les décisions de restructuration sont souvent prises par les ARS avec validation du ministère de tutelle, sans concertation avec les personnels, les usagers, les syndicats et les élus, ni prise en compte réelle des besoins de santé de la population. De nombreux exemples éclairent cette situation totalement contraire à la démocratie. Aux Lilas, l'ARS avait dans un premier temps accepté le projet de reconstruction de la maternité avant de changer d'avis et d'opposer des projets hâtifs, totalement éloignés des réalités de terrain, du savoir-faire des personnels et des attentes des femmes et des couples. Il en a été de même à l'Hôtel-Dieu à Paris où le projet de fermeture des urgences, déjà très largement finalisé et engagé, n'a été présenté aux acteurs concernés (personnels, syndicats, élus ou population) que très peu de temps avant sa date effective de mise en œuvre.

Au total, ces décisions ne peuvent que déstabiliser les personnels, alors même que la notion d'équipe est absolument essentielle au fonctionnement normal d'un hôpital.

e) La question essentielle en France de la proximité, indissociable de celle de l'accès aux soins

La France est plus vaste que ses voisins et présente des particularités géographiques avec des territoires enclavés ou isolés, que ce soient des îles ou des régions montagneuses. Il est donc nécessaire de réfléchir en termes de densité et dispersion de population pour l'ensemble des politiques publiques.

Par exemple, 31 % des femmes âgées de 15 à 49 ans se situent à plus de 45 minutes par la route d'une maternité en Corse, 11 % dans le Limousin, 8 % en Franche-Comté ou 7 % en Poitou-Charentes. Globalement, les temps

d'accès à l'hôpital connaissent des disparités importantes entre les territoires. Ainsi, **dans trois départements** (Alpes de Haute Provence, Gers et Lozère), le temps de trajet médian pour l'hospitalisation dépasse 40 minutes, ce qui signifie concrètement que **plus de la moitié des personnes mettent plus de 40 minutes pour être hospitalisées** ! Parler globalement de temps d'accès à l'hôpital n'est donc pas pertinent. Et les calculs de la Dress, pour intéressants qu'ils soient, souffrent d'un biais méthodologique majeur puisque les patients hospitalisés dans leur commune de résidence se voient affecter un temps de trajet nul, ce qui bien évidemment fait baisser les moyennes à un niveau qui n'a aucun rapport avec la réalité...

Les nombreux travaux d'Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, se placent d'un point de vue plus qualitatif et sont alarmants. Celui-ci indique par exemple dans une étude réalisée pour la fédération nationale des villes moyennes : *« Si la tendance à la concentration se poursuivait au rythme des vingt dernières années, on peut imaginer que dans vingt ou trente ans, il n'y ait plus de chirurgie que dans les villes les plus importantes, en gros la centaine de villes-centres de plus de 50 000 habitants. Même si l'on maintenait au moins un hôpital complet par département, y compris dans des villes de moins de 50 000 habitants, l'offre chirurgicale serait concentrée dans moins de 175 villes. Ainsi, les Français seraient désormais situés en moyenne à 29 minutes tandis que 12,3 millions d'entre eux, en maintenant la répartition géographique d'aujourd'hui, seraient à plus de 45 minutes d'un tel service. A terme, si la concentration se poursuivait dans les seules plus grandes villes-centres de plus de 80 000 habitants, soit une soixantaine seulement, comme certains tenants d'une concentration encore accrue le souhaitent, la distance moyenne serait de 52 minutes et plus de la moitié des Français seraient à plus de 45 minutes d'un service de chirurgie. 13 % d'entre eux habiteraient même à plus d'une heure et demie de trajet ».*

Au cours des trente dernières années, de profondes mutations territoriales se sont produites, notamment la métropolisation et la littoralisation du peuplement. Selon Emmanuel Vigneron, *« une France assez peu mais continûment peuplée a fait place à une France beaucoup plus peuplée mais très inégalement selon les territoires. Il en résulte qu'aujourd'hui, les besoins d'ici ne sont pas les besoins de là-bas parce qu'ici et là ne vivent plus les mêmes gens. La notion de besoin standard est une conception héritée du « jardin à la française » colbertiste. La répartition régulière de la population ne la rendait pas infondée. Elle permettait la résolution d'une équation linéaire simple qui permettait de satisfaire les besoins dans le cadre de la planification centralisée. Elle n'a plus de sens. Hier, l'équation semblait de la forme $y=ax$, nombre de lits ou d'équipements nécessaires = taux cible multiplié par population de la zone. Aujourd'hui, il faut désormais intégrer plus de paramètres. »* Les besoins de santé découlent ainsi de caractéristiques démographiques, sociales, économiques, environnementales ou géographiques, qui ne sont plus identiques sur le territoire.

2. La tarification à l'activité, fondamentalement contraire à la notion de service public, participe à un sous-financement chronique

La dette des hôpitaux est passée de 12 milliards d'euros en 2005 à 28 milliards en 2012 ; elle a donc plus que doublé en sept ans. Bien sûr, cet endettement correspond d'abord à un effort important d'investissement mais il révèle surtout un autofinancement insuffisant et donc **un sous-financement chronique de l'activité elle-même.**

Chaque année, au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les fédérations hospitalières soulignent le décalage marqué entre l'Ondam et l'évolution naturelle des charges alors même que cette évolution prend sa source dans des éléments peu maîtrisables (indices de la fonction publique, coûts des achats ou de l'énergie etc.).

S'il était certainement nécessaire de faire évoluer le système de dotation globale pour mieux prendre en compte l'activité, **l'application hâtive de la T2A à 100 %** sur l'ensemble du champ MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) produit des conséquences que nous mesurons aujourd'hui et qui sont dramatiques.

En effet, au-delà de cette précipitation, **la T2A est foncièrement inadaptée au financement du service public** : elle entraîne une course à la production, une inflation des actes pratiqués, une augmentation difficilement mesurable mais conséquente des actes non pertinents. Beaucoup d'études, y compris le rapport de la Mecss du Sénat de juillet 2012¹, ont mis en avant **les conséquences négatives, au minimum les fortes interrogations, que la T2A suscite**, en termes de pertinence des actes, de découpages des séjours et de réadmission des patients, de concurrence entre établissements, de marchandisation de la santé etc... Des études ont également montré l'importance des longs séjours dans certaines zones peu denses ou isolées du fait de la difficulté de renvoyer les gens chez eux sans accompagnement.

Or, la mécanique même du système est faussée : le calcul de « tarifs » à partir de coûts nationaux moyens est totalement inapproprié et crée **des inégalités considérables entre les territoires et pour la population.**

En fait, **la T2A récompense le volume d'actes pratiqués** et les établissements qui sont situés dans des zones dynamiques et qui n'ont donc pas besoin de cela... En revanche, elle n'intègre aucun critère lié à la qualité de la prise en charge, aux besoins de santé sur le territoire ou à l'accès aux soins. C'est d'ailleurs ce qu'indique de manière mesurée une étude récente :

¹ « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », rapport d'information de MM. Jacky Le Menn et Alain Milon, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n° 703 (2011-2012), 25 juillet 2012.

« le risque demeure cependant qu'en créant une pression directe sur les établissements de santé pour réduire le coût des séjours hospitaliers sans pour autant contrôler les résultats des soins, leur qualité soit affectée »¹.

Par ailleurs, fait relativement méconnu, on constate qu'en France, la **durée moyenne de séjour hospitalier est particulièrement basse par rapport à la plupart des pays développés**² : elle s'élève à 5,7 jours en moyenne contre 6,1 aux Pays-Bas, 7 en Espagne, 7,7 au Royaume-Uni et même 9,8 en Allemagne. Or, on dit fréquemment que la chirurgie ambulatoire est moins développée en France qu'ailleurs. De ce fait, une durée de séjour si inférieure (- 42 % par rapport à l'Allemagne) ne peut provenir que de la pression financière de la T2A qui pousse les gestionnaires d'établissement à renvoyer les patients chez eux au plus vite...

Au final, sous couvert d'une réforme technique et aux apparences gestionnaires et « raisonnables », on trouve des choix politiques dont on n'a certainement pas suffisamment mesuré les conséquences structurelles.

3. L'hôpital n'est pas une entreprise comme une autre

Nos rapporteurs de la Mecss l'avaient bien noté : les expressions de « *part de marché* », de « *taux de fuite* », de « *prestations de services* » ou relevant plus du marketing que de la santé (par exemple, la multiplication des « *indicateurs* »...) ont essaimé... Ces multiples termes révèlent l'extension à la santé, et en particulier à l'hôpital, de notions purement économiques qui devraient leur être étrangers.

Dans son dernier ouvrage, Didier Tabuteau indique que « *les vertus de la concurrence ne permettent pas de réguler les activités d'intérêt général, qui doivent bénéficier à l'ensemble de la population dans les conditions fixées par les autorités politiques* ». Pour lui, les nouveaux modes de management de l'hôpital ont « *donné une assise technocratique et d'apparence « scientifique » aux projets de réduction du champ des services publics* » et ont « *concrétisé les vellétés néo-libérales de contraction des interventions publiques* ».

Didier Tabuteau rappelle également les étapes de la profonde remise en cause de l'organisation du système hospitalier français, à l'œuvre depuis 2002 : développement d'une approche indifférenciée des hôpitaux et des cliniques privées dans la doctrine administrative ; renoncement au service public, sous couvert du droit de la concurrence ; T2A ; convergence tarifaire ; développement des partenariats public-privé (PPP) qui confie à un acteur privé la responsabilité de financer et de gérer un équipement du service public (mode de gestion hybride très justement critiqué, y compris par la

¹ « *Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?* », document de travail réalisé par Zeynep Or et Unto Häkkinen pour l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), décembre 2012.

² Source : *Eco-santé OCDE 2010*.

Cour des comptes) ; concept d'hôpital-entreprise (« *production de soins* »...) ; reprise du terme du code de commerce pour remplacer le conseil d'administration par un conseil de surveillance ; renforcement des prérogatives du directeur au détriment de la communauté hospitalière et des élus... Le Président de la République n'avait-il pas parlé à l'époque de la loi HPST de doter l'hôpital d'un « *véritable patron* », le terme de patron étant symptomatique.

L'idéologie de la concurrence est allée de pair avec le mirage de la « contractualisation » : le ministre signe un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les directeurs généraux d'ARS qui en signent eux-mêmes avec les établissements de santé... Comment un établissement peut-il véritablement peser dans la négociation d'un supposé contrat (censé rassembler deux parties égales) lorsque l'ARS possède autant de moyens de pression sur les directeurs...

B. UNE NÉCESSITÉ D'AGIR VITE QUI DOIT ÊTRE PRISE EN COMPTE PAR LE GOUVERNEMENT ISSU DES ÉLECTIONS DE 2012

Malgré les engagements pris pour stopper les restructurations des hôpitaux, pour défendre et améliorer le système de santé publique, l'hémorragie se poursuit, ouvrant un espace d'expansion au secteur privé.

1. La convergence tarifaire toujours à l'œuvre malgré sa suppression formelle

Certes, la convergence tarifaire a formellement disparu de la loi mais s'est poursuivie dans les faits en 2013 : **les tarifs ont baissé de 0,84 % pour le secteur public et de 0,21 % dans le secteur privé**. Qui plus est, 0,35 % de ces tarifs a été gelé en début d'année.

On touche du doigt l'étrangeté de la T2A. Le ministère calcule une augmentation moyenne au niveau national des volumes d'actes pratiqués : si l'établissement est en dessous, ses ressources baissent nécessairement même s'il se situe dans une zone où l'offre de soins est nettement insuffisante. Les calculs n'ont aucun lien avec la réalité du territoire et ne se basent que sur des moyennes dénuées de sens.

2. L'urgence de réhabiliter le service public hospitalier

Contrairement aux déclarations faites, notamment par Marisol Touraine, dès les débats sur la loi HPST en 2009 et renouvelés durant la campagne de 2012, le Gouvernement n'a toujours pas proposé d'abroger la loi HPST ou, au moins, de revenir sur l'une de ses dispositions les plus emblématiques, la suppression de la notion même de service public hospitalier. La loi HPST a en effet remplacé le service public par quatorze

missions de service public pouvant être exercées par tout acteur et indépendamment les unes des autres. Les conséquences en sont très graves socialement, économiquement et politiquement.

Depuis 2012, de grandes réformes ont été annoncées. Un « pacte de confiance » a été évoqué depuis de longs mois sans que rien ne change effectivement dans les services, sauf un accroissement des difficultés, des souffrances des personnels...

Autre exemple très préoccupant et qui exige une intervention du Gouvernement : **le secteur libéral à l'hôpital**. A l'automne 2012, sous la pression de certains députés socialistes, la ministre des affaires sociales et de la santé confie un rapport à Dominique Laurent, conseillère d'Etat. Remis en avril 2013, ce rapport est particulièrement décevant et n'a débouché sur **aucune décision malgré les abus communément constatés**. Ainsi, des praticiens hospitaliers continuent d'engranger des rémunérations complémentaires parfois extravagantes, en utilisant le nom et les ressources de leur hôpital : alors que le temps consacré à cette activité ne devrait pas dépasser 20 % de la semaine, certains médecins touchent plus de 100 000 euros de dépassements par an, soit plus que leur seule rémunération hospitalière ! En outre, de nombreux exemples ont montré les conséquences de ce système en termes de délais d'attente pour les patients qui peuvent obtenir un rendez-vous en quelques semaines, voire moins, pour un rendez-vous en libéral mais doivent attendre plusieurs mois dans l'activité hospitalière « normale ».

II. LA NÉCESSITÉ D'UN MORATOIRE POUR RESTAURER DANS LA CONFIANCE ET LA SÉRÉNITÉ L'HÔPITAL PUBLIC

A. UN DISPOSITIF LIMITÉ DU FAIT DES CONTRAINTES DE L'INITIATIVE PARLEMENTAIRE

La procédure parlementaire limite fortement l'initiative des Sénateurs : d'un côté, l'article 40 de la Constitution empêche l'examen d'un texte tendant à créer un charge publique ; de l'autre, les « niches » réservées aux groupes politiques sont limitées à quatre heures, ce qui ne permet l'examen que de textes courts et à l'objet limité¹.

Dans ce cadre, l'objectif de la présente proposition de loi consiste à approuver **un moratoire** sur les fermetures de services ou d'établissements de santé ou leur regroupement.

En pratique son **article 1^{er}** prévoit qu'aucun établissement public de santé ne peut être fermé ou se voir retirer son autorisation sans l'avis favorable de son conseil de surveillance et de la conférence de territoire, jusqu'à ce qu'une offre de santé au moins équivalente, pratiquant le tiers payant et les tarifs opposables soit garantie à la population concernée.

Prévues par l'article L. 1434-17 du code de la santé publique, les conférences de territoires sont composées, dans chaque territoire de santé défini par l'ARS, de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers².

En outre, la commission médicale d'établissement et le comité technique doivent être consultés afin d'associer à la décision l'ensemble des personnels.

¹ Article 48 de la Constitution : « Un jour de séance par mois est réservé à un ordre du jour arrêté par chaque assemblée à l'initiative des groupes d'opposition de l'assemblée intéressée ainsi qu'à celle des groupes minoritaires. »

² Selon l'article D.1434-22 du code de la santé publique, la conférence de territoire est composée de cinquante membres au plus : représentants des établissements de santé et des personnes morales gestionnaires de ces établissements, désignés sur proposition de la fédération ; présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement ; représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux ; représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité ; représentants des professionnels de santé libéraux ; représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé ; représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile ; représentant des services de santé au travail ; représentants des usagers désignés sur proposition des associations les représentant ; représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ; représentant de l'ordre des médecins ; personnalités qualifiées choisies à raison de leur compétence ou de leur expérience dans les domaines de compétence de la conférence de territoire.

Pour autant, le moratoire ainsi organisé n'est pas applicable, en conformité avec l'**article 2** de la proposition de loi, aux établissements de santé qui présentent un risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels, des usagers ou des personnes présentes. Un décret en Conseil d'Etat devra préciser les conditions dans lesquelles le directeur général de l'ARS fera application de cette clause de sauvegarde, ainsi que les voies de recours possibles. Tout en insistant sur l'application du principe de précaution que cet article prévoit, votre rapporteure souhaite préciser qu'il ne saurait en aucune façon cautionner des pratiques qui tendraient à « organiser » cette insécurité pour les patients ou les personnels : il peut en effet arriver que le manque d'affectation de moyens humains ou techniques contribue à augmenter les risques, ce qui est inacceptable.

B. DEUX OBJECTIFS ESSENTIELS

1. Assurer une véritable démocratie sanitaire

Lors de l'audition de la coordination nationale de défense des hôpitaux et maternités de proximité ou des responsables de la maternité des Lilas, de nombreux exemples de décisions arbitraires prises par les autorités de tutelle ont été cités. Souvent, ces décisions sont soumises pour avis aux instances prévues par la loi alors qu'elles ont déjà prises dans les faits. Seule une mobilisation des acteurs locaux (personnels, syndicats, usagers, élus) peut alors éventuellement permettre un infléchissement.

Aux Lilas, l'ARS a, qui plus est, changé d'avis à quelques mois d'intervalle ce qui est particulièrement perturbant pour la population et pour les équipes de soins qui doivent tout de même continuer d'assurer leur travail dans les meilleures conditions possibles.

Comme l'a reconnu Martin Hirsch, nouveau directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, les « décideurs » peuvent avoir de « bonnes » raisons de retarder la publicité sur certains projets, ne serait-ce que du fait qu'ils requièrent de multiples autorisations ou avis. Or, votre rapporteure estime qu'organiser ce retard constitue une mauvaise méthode, tant du point de vue démocratique naturellement que pour une simple raison d'efficacité : il n'est dans l'intérêt de personne, surtout pas de la qualité de la prise en charge de la population, de déstabiliser des équipes soignantes qui fonctionnent.

Bien que les conseils de surveillance soient devenus des organes consultatifs après la réforme de la loi HPST, que la conférence de territoire soit une instance qui fonctionne inégalement selon les départements et régions (elle regroupe une variété d'acteurs impliqués dans le monde de la santé), requérir l'avis favorable de ces deux instances est, en l'état actuel du droit, un minimum démocratique essentiel.

L'avis circonstancié des personnels, *via* la commission médicale d'établissement et le comité technique, complète utilement la préparation des décisions de fermetures de services ou d'hôpital.

2. Penser un nouveau modèle pour l'hôpital et le système de santé

Instaurer un moratoire sur les fermetures ou regroupements de services ou d'établissements ne saurait constituer un *statu quo* pour l'hôpital en France. Comme le disait également Martin Hirsch, l'inertie ne peut jouer que contre l'hôpital public. Pour autant, la voie prise, parfois insidieusement depuis une quinzaine d'années, ne doit pas être poursuivie pour ne pas arriver à un point de non-retour. Des propositions alternatives existent pour renouer avec un grand service public hospitalier du XXI^e siècle. Les syndicalistes, les membres des comités de soutien, plusieurs personnalités auditionnées en ont fait état.

Un moratoire permet de **stopper l'hémorragie**, de briser le processus de casse de l'hôpital, pour mieux réfléchir et **mettre en débat un nouveau modèle** prenant en compte les évolutions de la société (démographiques, géographiques, sociales...) et des techniques médicales et de prise en charge.

*

* *

Réunie le mardi 14 janvier 2014 sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission des affaires sociales n'a pas adopté de texte sur la proposition de loi.

De ce fait, conformément à l'article 42 du Règlement du Sénat, la discussion portera en séance publique, le mercredi 22 janvier, sur le texte de la proposition de loi telle qu'elle a été déposée.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 14 janvier 2014, sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission examine le rapport de Laurence Cohen sur la proposition de loi n° 708 (2012-2013) tendant à instaurer un moratoire sur les fermetures de service et d'établissements de santé ou leur regroupement.

Mme Annie David, présidente. – Nous examinons à présent la proposition de loi instaurant un moratoire sur les fermetures de services et d'établissements de santé ou leur regroupement, rapportée par Mme Laurence Cohen et inscrite en séance publique le 22 janvier dans le cadre de l'espace réservé au groupe CRC.

Mme Laurence Cohen, rapporteure. – Depuis une dizaine d'années, l'hôpital est miné par une succession de réformes désastreuses. Ne penser la sécurité ou la qualité qu'en termes de taille a entraîné une forte diminution du nombre des hôpitaux, notamment des maternités et des centres IVG, lourde de conséquences pour la santé publique.

Du milieu des années 1990 à celui des années 2000, il y a eu près de 1 200 recompositions hospitalières ; 83 000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés, soit 15 % des capacités installées ; 380 établissements ont été supprimés ou regroupés ; le nombre de lits a baissé plus fortement dans le secteur public que dans le privé. Toute fermeture de service entraîne souvent des fermetures en cascade, réduisant l'attractivité d'un établissement. Didier Ménard, médecin aux Francs-Moisins à Saint-Denis, a comparé ces fermetures d'hôpitaux au numerus clausus, politique de restriction de l'offre aux conséquences calamiteuses.

Aucune analyse sérieuse n'a été conduite sur le bien-fondé et les résultats de tels choix avant le rapport remis en 2012 par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) – qu'on ne peut guère soupçonner d'extrémisme. Celui-ci dresse à partir des travaux du géographe Emmanuel Vigneron un bilan négatif ou au mieux en demi-teinte de ce processus, évoquant « les inconvénients de la grande taille », des « déséconomies d'échelle » ou encore « l'introuvable effet de gamme ». Au-delà d'un certain seuil, la grande taille présenterait pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages. Pour Françoise Nay, présidente de la coordination nationale de défense des hôpitaux et maternités de proximité, ces restructurations n'entraînent non seulement aucune économie, mais sont des gouffres financiers, comme en témoigne l'hôpital du Sud Francilien.

Les services d'urgence, durement touchés par ces concentrations, doivent se battre pour placer leurs malades dans les services et finalement les héberger plus longtemps qu'ils ne devraient – un cercle vicieux que nous ont décrit Christophe Prudhomme et Patrick Pelloux, urgentistes. Ce dernier estime qu'il ne devrait pas y avoir, au même moment, plus de 5 % de fermetures de lits dans un établissement, ce qui semble juste.

La diminution du nombre de lits peut se justifier dans certaines spécialités par l'évolution des techniques médicales, mais non pour les services polyvalents de médecine ou de gériatrie. Le vieillissement de la population et le développement des polyopathologies militent au contraire pour une prise en charge généraliste plus importante.

Les maternités sont un exemple emblématique. Leur nombre est passé de 1 369 en 1975 à 554 en 2008, alors même que le nombre de naissances augmentait. Simultanément, le nombre de lits d'obstétrique a été divisé par deux. Entre 1995 et 2005, 126 maternités ont été fermées. En outre, leur typologie a évolué : celles de niveau II ou III, plus techniques car disposant d'une unité de néonatalogie et de réanimation néonatale, ont progressé, tandis que le nombre de maternités de niveau I passait de 415 à 263. Ces dernières ne rassemblent plus que 34 % des lits disponibles, contre 45 % de niveau II et 21 % de niveau III. Or les maternités de niveau II et III, qui technicisent l'accouchement pour nombre de femmes qui n'en ont pas besoin, coûtent plus cher. La fermeture des petites maternités est donc une aberration sanitaire et financière. Au lieu d'expérimenter des maisons de naissance, réinvestissons dans les maternités de niveau I.

Les difficultés auxquelles les organismes de tutelle acculent aujourd'hui la maternité des Lilas, des Bluets, de Marie-Galante ou de Dourdan sont l'expression de cette évolution négative qui pénalise les organismes soucieux d'une prise en charge plus humaine, à la suite du docteur Lamaze, promoteur de l'accouchement sans douleur dans les années 1950. En outre, comme le souligne Jean Vignes, de Sud Santé, derrière les fermetures de maternités se cachent celles des centres d'IVG. Elles sont souvent justifiées par des impératifs de sécurité, qui exigeraient le respect de seuils minimaux d'activité. Or de nombreuses études montrent que de tels seuils sont très difficiles à définir. L'Igas met en doute l'idée selon laquelle plus on soigne, meilleurs sont les résultats. Au reste, le volume minimal d'activité s'applique-t-il au service ou aux professionnels eux-mêmes ? Doit-il être comptabilisé intervention par intervention, par domaine pathologique ou par discipline ? L'expérience antérieure des professionnels est-elle prise en compte ?

Fixer des seuils, largement arbitraires, réduit l'accès aux soins des patients. Le temps d'accès à l'hôpital varie grandement selon les territoires. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, le Gers et la Lozère, le temps de trajet médian dépasse 40 minutes ; en Corse, 31 % des femmes de 15 à 49 ans sont à plus de 45 minutes par la route d'une maternité, 7 % en Poitou-Charentes. Calculer un temps global n'est guère pertinent, et les calculs de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) souffrent de biais méthodologiques. Reste qu'au-delà d'une certaine distance ou temps d'accès – 45 minutes selon Emmanuel Vigneron –, les patients renoncent aux soins ou les retardent excessivement. Géographiquement, la France n'est pas les Pays-Bas : elle est plus vaste, plus diverse et plus montagneuse. Il faut réfléchir en termes de densité, de dispersion de la population, au plus proche du territoire : parce que les restructurations hospitalières ont fréquemment lieu dans les déserts médicaux, elles représentent une forme de double peine.

En outre, le sous-financement des hôpitaux résulte du paiement à l'activité, dont le principe est contraire à la notion de service public. La dette des hôpitaux est passée de 12 à 28 milliards d'euros entre 2005 et 2012. Bien sûr, cet endettement, correspond d'abord à un effort d'investissement mais il révèle un autofinancement insuffisant, partant un sous-financement chronique de l'activité. Chaque année, les fédérations hospitalières soulignent le décalage entre l'Ondam et l'évolution naturelle des charges, alors même que cette évolution dépend d'éléments peu maîtrisables.

L'application hâtive de la tarification à l'activité (T2A) à 100 % sur l'ensemble du champ MCO a été dramatique. En effet, la T2A entraîne une course à la production et une inflation des actes pratiqués ; elle accroît la concurrence entre établissements et participe à la marchandisation de la santé. Le calcul de « tarifs » fondés sur des coûts nationaux moyens crée des inégalités considérables entre les territoires. Au final, la T2A récompense les établissements situés dans des zones dynamiques et qui n'en ont pas besoin, et méconnaît la notion de qualité des soins. Au surplus, la durée moyenne de séjour hospitalier, à 5,7 jours, est particulièrement basse par rapport à la plupart des pays développés : 6,1 aux Pays-Bas, 7 en Espagne, 7,7 au Royaume-Uni et même 9,8 en Allemagne. Cet écart ne peut s'expliquer que par la pression financière de la T2A qui pousse les gestionnaires d'établissement à renvoyer les patients chez eux au plus vite.

La santé n'est pas une marchandise, ni l'hôpital une entreprise. Malheureusement, une idéologie de la concurrence s'est imposée. Comme nos rapporteurs de la Mecss l'ont noté, certaines expressions relevant plus du marketing que de la santé ont essaimé dans nos hôpitaux : « part de marché », « taux de fuite », « prestations de services », « producteur ou offreur de soins », multiplication des « indicateurs ». Comment peut-on parler de marché pour la santé ? Pour Didier Tabuteau, plutôt proche du gouvernement actuel, les nouveaux modes de management ont « donné une assise technocratique et d'apparence 'scientifique' aux projets de réduction du champ des services publics » et ont « concrétisé les velléités néolibérales de contraction des interventions publiques ».

Didier Tabuteau rappelle les étapes de la profonde remise en cause de l'organisation du système hospitalier français depuis 2002 : développement d'une approche indifférenciée des hôpitaux et des cliniques privées dans la doctrine administrative, renoncement au service public sous couvert du droit de la concurrence, tarification à l'activité, convergence tarifaire, développement des PPP, concept d'hôpital-entreprise, remplacement du conseil d'administration par un conseil de surveillance (un terme tiré du code de commerce !), renforcement des prérogatives du directeur au détriment de la communauté hospitalière et des élus - le président de la République voulait alors doter l'hôpital d'un « véritable patron »...

L'idéologie de la concurrence est allée de pair avec le mirage de la contractualisation. Mais comment un établissement peut-il véritablement peser dans la négociation d'un supposé contrat lorsque l'ARS possède autant de moyens de pression sur les directeurs ? Les représentants de l'ordre des médecins nous l'ont dit : la technostructure a pris le pas sur la proximité, il faut revenir à du coopératif.

Ce gouvernement semblait conscient des conséquences de cette situation sur l'accès aux soins, mais si la convergence tarifaire a formellement disparu de la loi, elle a bien eu lieu en 2013. Les tarifs ont baissé de 0,84 % pour le secteur public et de 0,21 % dans le privé. De plus, 0,35 % de ces tarifs a été gelés en début d'année. Voilà l'étrangeté de la T2A : l'Ondam hospitalier progresse théoriquement de 2,6 % mais les tarifs baissent. Le ministère calcule en effet une augmentation moyenne au niveau national des volumes d'actes pratiqués : si l'établissement est en dessous de cette prévision strictement quantitative, ses ressources baissent, même s'il se situe dans une zone où l'offre de soins est insuffisante.

Le Gouvernement a certes décidé de décaler l'application de la T2A dans les ex-hôpitaux locaux, mais il faut aller plus loin. J'espère que la loi de santé publique, que nous attendons avec impatience, réintroduira le concept de service public hospitalier, supprimé par la loi HPST. A découper le service public en tranches, on finit par l'émietter. On nous annonce ainsi de grandes réformes. Un pacte de confiance est évoqué depuis de longs mois, mais rien ne change dans les services, sinon que les difficultés augmentent. Les personnels continuent de subir des conditions de travail souvent inacceptables, notamment dans les services d'urgence. Il faut préserver la notion d'équipe, si importante pour humaniser la prise en charge et améliorer sa qualité.

Dernier exemple caractéristique de la nécessité d'agir : le scandale de l'exercice libéral à l'hôpital. Alors que le temps consacré à cette activité ne devrait pas dépasser 20 % de la semaine, certains médecins touchent plus de 100 000 euros de rémunérations complémentaires par an, soit plus que leur seule rémunération hospitalière ! En outre, les temps d'attente sont très différents selon que vous acceptez un rendez-vous en secteur libéral ou non. Il faut mettre fin à ce système pervers.

Réfléchissons à un autre modèle et, pendant ce temps, décrétons un moratoire sur les fermetures d'établissements. Donnons-nous le temps de la réflexion pour revenir à un modèle hospitalier plus conforme à notre culture, à notre histoire et aux attentes des patients et de leurs familles. Tel est l'objectif de cette proposition de loi, dont l'objet immédiat est nécessairement affecté par les contraintes législatives et le temps limité qui nous est imparti dans le cadre de niches réservées aux groupes. Nous proposons de n'autoriser la fermeture d'un hôpital, d'un service ou d'un regroupement qu'après avis favorable de son conseil de surveillance et de la conférence de territoire, sauf si une offre de santé au moins équivalente, en tiers payant et avec des tarifs opposables est garantie à la population concernée par l'éventuelle fermeture. La commission médicale d'établissement et le comité technique doivent également être consultés.

Nous entendons ainsi pallier par la concertation le manque criant de démocratie sanitaire. Les décisions contradictoires prises successivement par l'ARS sur le dossier de la reconstruction de la maternité des Lilas en témoignent. Naturellement, cette mesure ne s'applique pas en cas de risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels ou des usagers, formule usuelle du code de la santé publique. Mais attention : en privant sciemment les services de personnels ou de moyens, on empêche parfois leur bon fonctionnement, si bien que la fermeture deviendrait l'unique solution, au nom de la sécurité.

Il n'y a pas d'un côté les modernes qui voudraient faire évoluer l'hôpital et de l'autre, les ringards accrochés à un fonctionnement dépassé. Nous ne prôtons pas le statu quo. Prenons le temps d'élaborer ensemble, avec tous les acteurs de la santé, un nouveau modèle. Cette proposition de loi fait application du principe de précaution : c'est une mesure de sauvegarde. Arrêtons de fermer des services ou des hôpitaux, le temps de repenser le système de santé de demain. Chacun d'entre nous s'est un jour mobilisé pour son hôpital et pour tel ou tel de ses services : il ne serait pas cohérent de ne pas en tirer les conséquences aujourd'hui en rejetant cette proposition de loi.

M. Jacky Le Menn. – *La proposition de loi apporte une mauvaise réponse à de vrais problèmes. De plus, le rapport soulève des questions sans lien avec l'objet du texte, comme ce que vous présentez comme le sous-financement des hôpitaux ou les effets de la loi HPST – que vous critiquez en filigrane. Et vous concluez qu'il faut faire « autre chose » que de fermer des services : certes, mais quoi ?*

Le Gouvernement, dont je vous concède que son approche n'est pas précipitée, a défini une stratégie nationale de santé. Ses lignes de force (territorialisation des soins, parcours de santé, ouverture de maisons de santé, renforcement des centres de santé...) dessinent un ensemble cohérent. Il s'agit également de prendre en compte les mutations technologiques : si les patients s'orientent par exemple plus volontiers vers l'angioplastie, qui a fait de grands progrès, nous devons en tenir compte dans l'organisation des services de chirurgie. Pourquoi raisonner comme s'il ne s'agissait que de fermer des services, et non de répartir plus efficacement les fonctions logistiques et administratives, comme le font par exemple les communautés hospitalières de territoire ?

La priorité est de répondre aux besoins des patients. Comme le disait le directeur de l'AP-HP lors de son audition, l'hôpital doit bouger, être vivant. Il ne s'agit pas de bouger pour bouger : les trois niveaux de maternité, par exemple, trouvent leur justification dans la sécurité des parturientes. Mais l'inertie joue contre notre système de soins. Cette proposition de loi propose d'attendre pour réfléchir : c'est le meilleur moyen de perturber les mutations en cours. Personne - les auditions l'ont révélé - ne souhaite de moratoire ! Les défenseurs des hôpitaux de proximité ont même récusé le terme.

La loi de santé publique, à la nécessité de laquelle nous nous attachons à fortement sensibiliser la ministre, abordera tous les aspects du problème. La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) rendra bientôt un rapport sur le rôle des ARS. Nous regrettons de n'avoir pu aborder les questions d'organisation dans le cadre de l'examen du PLFSS, faute de passage à la quatrième partie. En conclusion, nous voterons contre cette proposition de loi.

Mme Catherine Procaccia. – *Nous autres élus locaux avons tous défendu des établissements situés sur nos territoires. La fermeture d'une maternité, par exemple, suscite bien sûr des inquiétudes. Mais il faut distinguer la défense de son territoire et le vote d'une proposition de loi d'application générale. Procédons plutôt au cas par cas : cette proposition est inadaptée.*

Les raisons financières ne peuvent expliquer seules les écarts de durée d'hospitalisation selon les pays. Et si notre système sanitaire était tout simplement meilleur que ceux de nos voisins ? On démontrerait aisément que l'on soigne mieux en France qu'au Royaume-Uni. Lorsqu'un décès survient dans une maternité, la France entière réagit et s'émeut.

M. Alain Milon. – *Je suis très surpris du réquisitoire que dresse notre rapporteure. Comme si rien n'avait été fait depuis les lois Debré. Comme si l'on avait systématiquement préservé les CHU et supprimé les hôpitaux locaux. Comme si aucune étude n'avait été menée. Tout cela est faux.*

Il n'est jamais simple de fermer un hôpital, mais un taux de fuite élevé témoigne d'abord de la défiance des usagers vis-à-vis des soins rendus : vous vous trompez sur la proximité. L'Allemagne a plus de patients et moins d'hôpitaux que la France, et l'espérance de vie n'y est pourtant pas moins élevée, ni les soins rendus moins bons qu'en France. En tant que président de la Fédération hospitalière de Provence-Alpes-Côte d'azur, je connais bien la situation de l'hôpital de Briançon, qui est sous-utilisé la majeure partie de l'année.

Le rapport sur la T2A, que nous avons rendu avec Jacky Le Menn, a été approuvé par l'ensemble de notre commission. Nous ne recommandons pas de revenir à la dotation globale mais d'adapter la T2A qui a contribué à améliorer le financement des hôpitaux. Si l'endettement hospitalier progresse, c'est parce que beaucoup d'établissements ont investi, dans le cadre des différents plans nationaux. Les déficits sont chroniques, certes, mais en baisse. Nous avons d'ailleurs proposé que l'endettement lié à ces investissements soit repris par d'autres acteurs et distingué plus nettement du financement des soins.

Très surpris par cette façon de voir les choses, je voterai contre ce texte très idéologique.

Mme Colette Giudicelli. – *Une fois n'est pas coutume, je ne suis pas tout à fait d'accord avec Alain Milon. Si, globalement, nos hôpitaux fonctionnent bien et sont bien équipés, c'est parce que nous avons drastiquement diminué leur nombre. Or, aller accoucher à 40 km de son domicile n'est pas une partie de plaisir, et le jeune qui, tombé de son scooter, se sera éclaté la rate, mourra avant d'arriver aux urgences les plus proches ! Depuis que certaines maternités ont été fermées car elles enregistraient moins de tant d'accouchements par an, combien de femmes n'ont-elles pas accouché dans le camion des pompiers !*

Nous avons donc besoin d'hôpitaux de proximité. Ils n'auraient certes pas l'équipement des grands CHU, mais répondraient aux besoins de la population, dont une grande partie paie pour l'heure les très lourdes conséquences de décisions passées.

Mme Catherine Génisson. – *Notre rapporteure, qui pose de vraies questions, a présenté une véritable intervention de politique générale en matière de santé. Je la rejoins sur l'urgence de revenir à la notion de service public hospitalier et de revoir la gouvernance du système, car la démocratie sanitaire est bien malmenée.*

Selon toutes les personnes auditionnées, la qualité des soins doit primer toute autre exigence. Les représentants du conseil de l'ordre nous ont clairement dit qu'ils envoient leurs patients là où eux-mêmes se rendraient...

M. René-Paul Savary. – Très bien !

Mme Catherine Génisson. – Les hôpitaux de proximité ne sont pas les seuls en cause. Et il est vrai qu'au-delà des conséquences sanitaires, une fermeture emporte des conséquences économiques dont les élus ne peuvent se désintéresser.

Les fermetures de lits répondent à trois hypothèses : une restructuration hospitalière, une fermeture différée mais programmée – par exemple en été lorsque le personnel est moins nombreux –, et une urgence absolue. Dans les deux derniers cas, un moratoire s'impose moins qu'une amélioration de la démocratie sanitaire.

Le rôle des communautés hospitalières de territoire n'a guère été évoqué. Elles peuvent pourtant fournir des réponses pertinentes et qualitatives aux difficultés soulevées par les restructurations. Or elles sont demeurées des objets non identifiés.

Par ailleurs, bien que je préside une conférence de territoire, j'ignore toujours l'étendue de ses prérogatives face aux représentants de l'ARS ou du conseil de surveillance. De plus, ces communautés n'ont qu'un rôle consultatif.

L'article 2 du texte, en établissant les conditions de dérogation à l'article 1^{er}, crée plus d'insécurité qu'il n'apporte de sécurité. Les limites des conditions d'application du texte sont difficiles à définir. Il faudrait une loi plus globale de santé publique.

M. Gérard Roche. – Ce texte apporte une solution globale, alors que chaque cas est particulier. Ce débat est à contre-courant, sinon d'arrière-garde. La priorité, c'est l'intérêt du patient.

L'année dernière, une centaine de manifestants ont protesté contre la fermeture d'une maternité en Haute Ardèche. Celle-ci n'avait pourtant ni service de chirurgie, ni banque de sang, ni unité de réanimation néonatale... A mon sens, il vaut mieux déplacer les gens pour les prendre en charge dans de bonnes conditions.

Quant aux autres spécialités, réfléchissons plutôt à la répartition des soins. Les traitements évoluent très rapidement : la coronarographie a par exemple remplacé la fibrinolyse dans le traitement de l'infarctus du myocarde. Nous avons besoin de plateaux techniques de pointe pour les urgences d'une part, et d'autre part d'un réseau de soins de proximité pour la prise en charge quotidienne. Les CHU pourraient conventionner davantage avec les autres hôpitaux de manière à améliorer la territorialisation des soins. En toute hypothèse, un moratoire semble mal indiqué en l'état actuel de la médecine française, l'une des plus prisées en Europe et dans le monde.

Mme Colette Giudicelli. – Et si vous avez un accident vasculaire cérébral, comment faites-vous pour aller à trente kilomètres de chez vous ?

M. Gérard Roche. – L'hospitalisation ne sécurise véritablement que si elle apporte une qualité technique.

Mme Catherine Deroche. – Tout à fait !

M. René-Paul Savary. – Dans ce domaine comme dans d'autres, la majorité a de grandes divergences... Votre proposition de loi donne une réponse simple à une question compliquée. Il faut de l'humilité. Dans ma région, j'ai vu défiler dans la rue contre la fermeture d'un service de chirurgie tous ceux qui ne seraient jamais allés s'y faire soigner... Or nous avons fait un groupement hospitalier qui apporte un service de qualité à un coût supportable pour notre société avec des fonctions supports partagées, de sorte que des personnels qualifiés viennent dans des zones périphériques, ce qui n'est pas toujours le cas si chacun reste chez soi...

Vous avez omis de traiter des recettes : l'hôpital est financé à crédit pour une bonne part. Vous n'avez parlé ni des parcours de soins, ni des réseaux, ni d'ouverture sur l'extérieur, ni du rôle des trente-cinq heures dans la tarification et l'organisation, ni du fait que les hôpitaux locaux comptent plus de lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que de lits d'actifs. Je vous rejoins sur le point critique du *numerus clausus*. Soyons clairs : il faut former suffisamment de médecins pour tous les territoires.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Vous avez évoqué les dysfonctionnements des processus de fusion ; je m'inscris en faux. J'en ai supervisé une entre Cherbourg et Valognes, donc entre un hôpital urbain et un hôpital rural. S'il y avait eu un moratoire à ce moment-là, l'hôpital rural serait aujourd'hui fermé. C'est parce qu'il s'est spécialisé dans les consultations et les longs séjours qu'il existe encore aujourd'hui en parfaite complémentarité avec l'autre site.

Mme Isabelle Pasquet. – La loi HPST traite les hôpitaux comme s'ils étaient des entreprises, en fonction de la rentabilité, d'où la fermeture de services ou d'établissements de proximité. Nous n'en avons pas bien mesuré les conséquences sur le territoire. Certaines fusions fonctionnent. A Marseille, ville qui n'est pas dépourvue de services de pointe, les infirmiers de l'hôpital de la Timone se sont retrouvés en rupture de blouses pendant huit jours, parce que le service de nettoyage, privatisé, n'arrivait plus à suivre. Autre exemple : une personne qui se présente à l'hôpital, à 500 mètres de son domicile, pour des douleurs violentes causées par une hernie discale, mais qui est renvoyée chez elle, faute de lits.

M. Alain Milon. – Ce n'est pas vital ! Une hospitalisation ne se justifie pas nécessairement pour une hernie !

Mme Isabelle Pasquet. – Ce n'est pourtant pas un hôpital rural. Il faut que cela s'arrête ! Le moratoire est une façon de stopper ce processus en attendant la grande loi de santé publique promise. Le groupe CRC a beaucoup d'idées sur ce qu'elle pourrait être, mais il aurait été difficile d'en discuter dans le cadre d'une niche de quatre heures...

Mme Catherine Deroche. – Il ne faut pas essayer d'avoir des hôpitaux partout ; la qualité d'un acte dépend de la personne qui l'accomplit. L'acte qu'on fait le mieux est celui que l'on fait souvent. Mettons-nous à la place des patients : il y a des hôpitaux où nous ne voudrions pas être opérés ! Un plateau technique a besoin de professionnalisme, de technologies ; cela coûte cher. Le reste des hôpitaux conviennent pour le retour à la vie normale. Cessons ces défilés avec nos écharpes

pour sauver des hôpitaux, c'est irresponsable. Ce que vous dites sur l'hôpital la Timone n'a aucun rapport. Il n'est pas menacé de fermeture...

Mme Isabelle Pasquet. – *Il a été restructuré.*

Mme Catherine Deroche. – *Près de chez moi, à Saumur, un partenariat s'est organisé entre un hôpital public et une clinique privée ; le service rendu est meilleur et chacun est gagnant. Les médecins, de l'hôpital ou du privé, sont avant tout des médecins. Ce moratoire n'a pas de sens. Travaillons pour que le soin soit le meilleur par d'autres voies : le numerus clausus a été élargi, mais pas suffisamment ; l'exercice libéral dans le public doit être réglementé : quand on connaît les tarifs scandaleux de certains praticiens...*

Mme Aline Archimbaud. – *Je suis assez perplexe. Cette proposition de loi a le mérite de poser des questions urgentes : la présence médicale dans la proximité. Voilà un enjeu sanitaire et d'aménagement du territoire, même si la nature des soins devrait être définie. Si nous voulons mettre tous les territoires sur un pied d'égalité, il faut poser cette question. Comme à chaque fois que nous formulons des propositions, nous entendons parler d'une grande loi de santé publique, perpétuellement remise à l'année prochaine. Comment notre commission pourrait-elle faire passer ce message fort : la situation ne peut plus durer ! La proposition traite de questions importantes : elle fait un bilan et une remise à plat de la loi HPST. Lors de ma mission sur l'accès aux soins des plus démunis, j'ai mesuré les conséquences catastrophiques du paiement à l'acte, et j'ai fait, comme d'autres, des recommandations. Le tiers payant doit-être mis en place en 2017, nous dit la ministre ; c'est long. Et les dépassements d'honoraires ? Et la prévention ? Mon groupe se déterminera d'ici la discussion en séance. Mais il est très difficile de prendre position : comment obtenir qu'on avance réellement ? Nous n'avons aucune nouvelle de la grande loi qu'on nous promet.*

M. Dominique Watrin. – *La proposition de loi pose légitimement la question fondamentale de la gouvernance et de la démocratie sanitaire. Sans doute faudrait-il parler aussi de territorialisation, de parcours de soins, de complémentarité, voire de fusions bien négociées, d'adaptation de l'offre de soin, qui doit prendre en compte certaines particularités : dans nombre de communes de ma région, 30 % des gens ne sont pas motorisés. Où discute-t-on de cela ? L'ARS, avec une logique d'en-haut et ses impératifs comptables, impose tout. Nous lançons un cri d'alarme en direction de la ministre : depuis le changement de Gouvernement il y a deux ans et demi, rien ne change. La ministre a raison de vouloir construire des politiques territoriales de santé. Il faut s'y mettre ; pourquoi attendre une grande loi de santé publique ? Créons des endroits ouverts à la discussion, en commençant par des liens entre hospitalisation et offre de premier recours : on fera des économies intelligentes, mais pas des coupes sombres.*

Mme Annie David, présidente. – *Ce débat n'est pas un débat d'arrière-garde ; c'est un débat d'actualité. Il y a des problèmes d'accès aux soins un peu partout. Notre commission des affaires sociales est dans son rôle en demandant au Gouvernement d'apporter des réponses concrètes aux besoins des habitants des territoires désertés par la médecine de ville comme par la médecine hospitalière.*

Mme Laurence Cohen, rapporteure. – On peut faire preuve d'humilité mais avoir une conviction chevillée au corps. Je ne sais pas si mon rapport est idéologique ; s'il est idéologique de défendre des valeurs, j'assume. Il y a des chemins différents pour parvenir aux ambitions que nous avons en commun ; la détermination est une qualité, non un défaut. Je suis d'accord pour élaborer une grande loi de santé publique, et je suis même prête s'il faut que quelqu'un soit missionné à gauche...

M. Jacky Le Menn. – Nous ne manquerons pas de volontaires !

Mme Laurence Cohen, rapporteure. – Je ne crois pas qu'une loi puisse répondre à toutes les questions. Surtout dans ce domaine.

M. Jacky Le Menn. – La vôtre ne répond à aucune.

Mme Laurence Cohen, rapporteure. – Nous ne pouvons pas élaborer une telle loi dans le cadre d'une niche. Entendons-nous sur le sens des mots : un moratoire n'arrête pas toutes les fermetures, n'empêche pas toutes les restructurations ni ne maintient les hôpitaux tels qu'ils sont. C'est la suspension d'un processus pour réfléchir le plus collectivement possible. Avec nos divergences, nous avons en commun ceci : nous voulons répondre aux besoins de santé des populations et pour cela nous appuyer sur la participation la plus large des personnels et des usagers. Cela n'existe pas aujourd'hui. Un moratoire n'est peut-être pas la panacée ; c'est en tout cas un outil pour dire que quelque chose ne va pas. Lorsque certaines personnes auditionnées étaient frileuses sur l'idée du moratoire, elles refusaient fusions et restructurations. Dans la proposition de loi, si un projet est validé par la communauté hospitalière, rien ne s'oppose à ce qu'il ait lieu. M. Milon se dit surpris par ce qu'il appelle mon réquisitoire contre l'absence d'évaluation ? Or ce n'est pas moi, c'est l'Igas, qui parle d'une faiblesse nationale en déplorant l'absence d'évaluation, notamment a posteriori. Personne, naturellement, ne souhaite une mauvaise qualité des soins ! Ce n'est pas moi, c'est un géographe, le professeur Vigneron qui, comme l'Igas, parle de gouffre financier, dans le cas notamment de l'hôpital Sud Francilien qui a défrayé la chronique. Il faut juger au cas par cas, bien évidemment, mais donnons-nous un outil pour le faire. Les maternités dangereuses existent ; mais dans ma région, la maternité Jean Rostand, de niveau I, a été fermée malgré un fonctionnement que personne ne remettait en cause : les femmes doivent maintenant s'adresser à une maternité de niveau III déshumanisée. Toutes ne le sont pas. Dans notre expérience d'élus, nous avons tous connu des mobilisations pour ce genre d'affaire.

Pourquoi ce moratoire ? Pour répondre à ce qui se passe à l'Hôtel-Dieu, où le personnel et les usagers ont beaucoup de propositions. On ne leur a pas demandé leur avis. La fermeture d'un service dépend du degré de mobilisation. C'est regrettable ! Nous souhaiterions une concertation avec les élus, mais pas seulement. Catherine Génisson a bien synthétisé notre démarche : maintenir le service public hospitalier et poser la question de la gouvernance et de la démocratie sanitaire. Dernière précision : je ne vante pas les expériences des pays voisins ; je cherchais simplement à comparer les durées d'hospitalisation françaises avec celles d'autres pays.

Mme Annie David, présidente. – J’entends parler certains d’hôpitaux où les gens ne voudraient pas se faire soigner. Il est grave de rester sur ce constat sans rien faire pour améliorer la situation.

M. Gérard Roche. – Je ne voulais pas dire que le débat n’était pas à sa place : le problème est bien là, mais je ne suis pas d’accord avec la solution proposée.

Mme Annie David, présidente. – En l’absence d’amendements, nous passons au vote sur le texte de la proposition de loi.

La commission n’adopte pas la proposition de loi.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **CGT Santé** : **Nathalie Gamiochipi**, secrétaire générale, **Christophe Prudhomme**, responsable du collectif médecins, et **Ghislaine Raouafi**, responsable du secteur revendicatif
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** : **René Caillet**, adjoint au délégué général et responsable du Pôle organisation sanitaire et médico-sociale
- **Collectif de soutien de la Maternité des Lilas** : **Marie-Laure Brival**, chef de service de la maternité, porte-parole du Comité de soutien, et **Jean-Claude Haddad**, président de la Caisse médicale d'établissement (CME)
- **Association des médecins urgentistes de France (Amuf)** : **Patrick Pelloux**, président
- **Emmanuel Vigneron**, géographe de la santé
- **Sud Santé** : **Jean Vignes**, secrétaire général adjoint
- **Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP)** : **Martin Hirsch**, directeur général
- **Ordre des médecins - Section exercice professionnel** : **François Simon**, président, et **Jean-François Cerfon**, président du conseil départemental du Haut-Rhin
- **Syndicat de la médecine générale** : **Didier Ménard**, président
- **Collectif interassociatif sur la santé (Ciss)** : **Sylvain Fernandez-Curiel**, chargé de mission santé
- **Coordination nationale de défense des hôpitaux de proximité (CNDHP)** : **Françoise Nay**, présidente, et **Jean Girard**, membre du Conseil d'administration
- **Secrétariat général des ministères sociaux** : **Natacha Lemaire**, responsable du pôle santé, coordination des Agences régionales de santé (ARS)
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** : **Jean Dubeaupuis**, responsable des hôpitaux, directeur général, **Samuel Prاتمarty**, adjoint au sous-directeur de la régulation, et **Yannick Le Guen**, sous-directeur du pilotage de la performance

Textes en vigueur	TABLEAU COMPARATIF	Résultat des travaux de la commission
	<p>Proposition de loi tendant à instaurer un moratoire sur les fermetures de service et d'établissements de santé ou leur regroupement</p>	<p><i>Réunie le mardi 14 janvier 2014, la commission n'a pas adopté de texte sur la proposition de loi n° 708 (2012-2013) tendant à instaurer un moratoire sur les fermetures de service et d'établissements de santé ou leur regroupement.</i></p> <p><i>En conséquence, et en application du premier alinéa de l'article 42 de la Constitution, la discussion portera en séance sur le texte de la proposition de loi déposée sur le Bureau du Sénat.</i></p>
	<p>Article 1^{er}</p>	
	<p>À compter de la promulgation de la loi n° du tendant à instaurer un moratoire sur les fermetures de service et d'établissements de santé ou leur regroupement, et jusqu'à ce qu'une offre de santé au moins équivalente, pratiquant le tiers payant et les tarifs opposables soit garantie à la population concernée, plus aucun établissement public de santé ne peut être fermé ou se voir retirer son autorisation, sans l'avis favorable du conseil de surveillance de l'établissement et de la conférence de santé du territoire.</p>	
	<p>La commission médicale d'établissement et le Comité Technique d'Établissement sont également consultés. Leur avis est joint à ceux prononcés par le conseil de surveillance de l'établissement et la conférence de santé du territoire et adressé au directeur de l'Agence Régionale Santé qui en tire toutes conséquences utiles.</p>	
	<p>Article 2</p>	
	<p>Les dispositions mentionnées à l'article précédent ne sont pas applicables aux établissements publics de santé qui présentent un risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des</p>	

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Proposition de la Commission

personnels, de ses usagers ou des personnes présentes à d'autres titres dans l'Établissement.

Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé fait application du premier alinéa, ainsi que les voies de recours devant l'autorité administrative.