

ASSEMBLEE NATIONALE : séance du mardi 17 février 2009

(extraits)

M le président. Je suis donc saisi d'un amendement, n°1967, dont je donne lecture :

« Après l'alinéa 6, insérer l'alinéa suivant :

« Le président du directoire propose en outre dans les conditions prévues au troisième alinéa du présent article la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels maïeutiques. »

La parole est à M. Jean Mallot, pour le défendre.

M. Jean Mallot. Je crois, monsieur le président, que vous avez bien lu cet amendement, que nous venons de déposer en application du règlement de notre assemblée : je vous remercie d'avoir appliqué la procédure qui convient ; cela va nous permettre de réparer le désagrément constaté.

Je l'ai dit tout à l'heure, la profession de sage-femme est une profession médicale spécifique, qui dispose d'un pouvoir de diagnostic et de prescription. Actuellement, l'exercice des sages-femmes au sein des structures hospitalières ne se traduit pas – comme pour les autres professions médicales et la profession de pharmacien – par un statut de praticien hospitalier dont le cadre d'emploi respecterait leurs caractéristiques et leur autonomie professionnelles.

Nous souhaitons que cette spécificité soit reconnue par le texte que nous discutons ce soir : c'est pourquoi nous considérons qu'il est indispensable de modifier l'alinéa 4, voté tout à l'heure dans les termes que nous avons rappelés, afin d'introduire cette précision : dans les conditions inscrites à l'alinéa 4, dont les termes ont été adoptés tout à l'heure, la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels maïeutiques sont proposées au directeur général du centre national de gestion par le directeur de l'établissement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement vient d'être déposé en séance. Je m'en remets donc à la sagesse de l'Assemblée.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je ne suis pas favorable à cet amendement... (*Murmures sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean Mallot. Notre déception est grande !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Me laisserez-vous expliquer pourquoi ?

Dans les établissements publics de santé, les sages-femmes sont actuellement recrutées par les chefs d'établissements ; leur carrière est gérée au sein des structures hospitalières. Vous proposez de transférer leur nomination au centre national de gestion : c'est évidemment une demande de reconnaissance à laquelle je suis sensible. Les sages-femmes sont des personnels médicaux que je souhaite valoriser.

C'est ainsi – je l'ai déjà dit, notamment à Mme Poletti, qui s'occupe beaucoup de ces questions – que je suis prête à accepter des amendements qui permettraient d'étendre les compétences des sages-femmes dans le cadre d'une coopération, particulièrement en matière de suivi gynécologique.

Mme Monique Iborra. Mais cela n'a rien à voir !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. M'autorisez-vous à m'exprimer sur la profession de sage-femme ?

M. Jean Mallot. Nous vous écoutons avec la plus grande attention.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Un peu de politesse n'est pas superflue... (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Étant particulièrement attachée à la profession de sage-femme, je souhaite que cette profession puisse évoluer dans le cadre du schéma licence-master-doctorat. Nous sommes en train d'aboutir pour les infirmières au niveau licence ; les sages-femmes seraient, bien sûr, au niveau master. Je souhaite également que leur formation puisse être universitaire : elles y sont très attachées.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien ! Il faut faire une nouvelle loi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Vous n'êtes pas d'accord, monsieur Le Guen ?

M. Jean-Marie Le Guen. Mais si ! Ce sera une loi de plus !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. C'est une chose à laquelle les professionnels sont très attachés, et c'est surtout, à mon sens, indispensable à tout rapprochement du statut des sages-femmes avec celui de praticien hospitalier.

Mais c'est là une réforme de très grande ampleur, dont l'impact statutaire et financier sera considérable : une réflexion et une concertation approfondies avec les organisations représentatives des sages-femmes et les associations professionnelles seront nécessaires.

Ce n'est qu'après ces étapes, nombreuses, que le transfert de la gestion des sages-femmes au centre national de gestion pourra être envisagé.

Vous avez remarqué, à juste titre, que la profession de sage-femme est une profession médicale et non paramédicale. J'indique qu'il y aura certainement une demande reconventionnelle de nombreuses professions hospitalières pour être également gérées par le centre national de gestion. Vous imaginez les difficultés qui risquent de se poser ! Mais ce n'est pas le cœur de la question, et je comprendrais très bien que certains – et certaines – ne retiennent pas cet argument.

La présidente de l'ordre national des sages-femmes a été reçue par mon cabinet ; nous avons également rencontré les associations professionnelles. Dans le décret que je prendrai – et je m'engage devant vous à en faire connaître un certain nombre d'éléments à la représentation nationale au cours de la discussion –, certaines observations que j'ai faites ici seront reprises afin que la profession de sage-femme soit particulièrement valorisée dans les pôles, dans le sens que beaucoup d'entre vous souhaitent.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Je dois dire que j'ai été assez satisfaite que mes collègues socialistes aient pu déposer cet amendement, que j'avais moi-même déposé en commission, et celle-ci l'avait d'ailleurs accepté.

M. Jean Mallot. Absolument !

Mme Bérengère Poletti. Cela me donne l'occasion d'exposer un certain nombre de choses sur la profession de sage-femme, que je connais bien ; de plus, j'ai rencontré nombre d'entre elles à l'occasion d'un rapport que j'ai remis, et qui est consacré à la contraception et à l'IVG.

C'est avec beaucoup de satisfaction que j'ai entendu Mme la ministre insister sur l'importance qu'elle donne à cette profession. Je connais son souci d'écoute et de valorisation de la profession de sage-femme...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Parfois contre les médecins !

Mme Bérengère Poletti. Je sais de quoi vous parlez, madame la ministre.

Je crois qu'il y a là des solutions alternatives intéressantes aux problèmes posés par notre démographie.

L'exposé sommaire de mon amendement explique comment on en est arrivé à la situation actuelle : l'article 8 du projet de loi ne cite pas les sages-femmes parmi les professions pouvant assumer des fonctions d'encadrement dans les pôles de naissance, de gynécologie et d'obstétrique.

Les sages-femmes ont réagi et ont souhaité faire évoluer leur statut. Elles ne veulent pas subir un lien de subordination dans les services de gynécologie-obstétrique, dans les pôles de naissance comme on dit à présent. Elles ont été formées à la naissance et à l'acte physiologique, qui représente 90 % des naissances, celui qui se déroule tout à fait normalement, sans pathologie. Or nous constatons actuellement, dans les services de gynécologie-obstétrique, une certaine dérive de surmédicalisation de la naissance. Les sages-femmes sont les garantes du maintien de la physiologie. C'est la raison pour laquelle elles ne supportent pas, et je les comprends, qu'on ne les impose pas comme celles qui assumeront les fonctions d'encadrement dans les services de gynécologie et d'obstétrique.

Si, madame la ministre, vous exprimez clairement devant nous, ce soir, votre souhait d'écrire dans un décret ou dans la loi que ce seront les sages-femmes qui, dans les pôles de gynécologie-obstétrique, assumeront les fonctions d'encadrement, je pense que les sages-femmes seront satisfaites.

M. Maxime Gremetz. Très bien !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il m'est difficile de vous préciser dès ce soir le contenu exact du décret parce qu'il s'agit d'une affaire sérieuse qui demande à être soigneusement préparée, mais je m'engage à vous lire demain le texte d'un décret qui ira dans le sens souhaité par Mme Poletti pour préserver l'importance du rôle des sages-femmes dans les pôles de naissance. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe UMP.*)

Cette proposition me semble loyale et de nature à satisfaire tout le monde, en dehors de toute polémique.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Votre proposition est intéressante, madame la ministre, mais je crois que, pour lui donner plus de poids, elle doit être portée par la loi.

Mme Marisol Touraine. En effet.

Mme Catherine Génisson. Vous avez annoncé ce soir plusieurs éléments positifs. Les sages-femmes, vous l'avez dit, sont une profession médicale, et je partage l'argumentation de Mme Poletti. Nous sommes d'ailleurs dans la logique de la rationalisation...

M. Jacques Domergue. De l'optimisation.

Mme Catherine Génisson. ...des dépenses de santé à l'hôpital mais également à l'extérieur puisque certaines sages-femmes exercent en libéral. Elles éprouvent d'ailleurs les plus grandes difficultés à suivre les femmes au moment de l'accouchement parce qu'elles ne trouvent pas toujours de lieu, en particulier dans le secteur privé.

Vous avez indiqué que les sages-femmes suivraient un cursus universitaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. En effet.

Mme Catherine Génisson. C'est très important.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le LMD est un processus universitaire.

Mme Catherine Génisson. Il sera également important de préciser dans le décret qu'elles seront cadres à côté du chef de pôle. Cela les placera dans une situation non hiérarchique avec le service de la direction des soins.

Mme Monique Iborra. C'est indispensable.

Mme Catherine Génisson. Les sages-femmes sont des cadres à côté du médecin obstétricien, elles ne sont pas dans une relation hiérarchique avec le personnel infirmier.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ne nous égarons pas. L'amendement proposé par M. Mallot traite de la gestion de la carrière des sages-femmes par le centre national de gestion, il n'a aucun contenu qualitatif.

M. Pierre Morange. C'est vrai.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Ce que souhaitent Mme Poletti et Mme Génisson, ce n'est pas que la carrière soit gérée par le centre national de gestion, c'est avant tout que des avancées soient obtenues quant au contenu de la fonction et des missions confiées aux sages-femmes.

M. Jacques Domergue. Exactement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* On voit bien, à travers leurs propos très souvent concordants, que la réponse à leurs questions doit être de nature réglementaire. Sinon, vous imaginez ce que devrait être la charge de la loi...

Je vous propose donc, comme je m'y suis engagée plusieurs fois déjà, de procéder par la voie réglementaire, qui permet de donner beaucoup plus de contenu aux textes que la voie législative.

Le Gouvernement est défavorable à l'amendement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Madame la ministre, pour étayer votre réflexion et pour vous conforter dans l'idée qu'il faut nous suivre, je vous rappelle que le 16 décembre au matin, nous avons discuté une proposition de loi présentée par M. Domergue dans laquelle nous demandions que la première année commune aux professionnels de santé concerne les pharmaciens, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. À partir du moment où, dès leur première année de formation, on considère que l'ensemble de ces étudiants doivent avoir les mêmes statuts, les mêmes connaissances, doivent confronter leurs enseignements, il faut que, dans l'exercice quotidien de leur métier, ils aient le même statut et soient recrutés de la même manière. Cela me paraît logique.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Il y a une logique à l'« universitarisation » de la formation de sages-femmes, notamment au regard de la proposition de loi de M. Domergue adoptée récemment par l'Assemblée nationale. J'ai déposé un amendement à ce sujet après l'article 19, mais il a été frappé par l'article 40. Je voulais en informer Mme la ministre. Peut-être pourra-t-elle réintroduire le dispositif à ce moment-là.

Par ailleurs, j'indique que je ne soutiendrai pas cet amendement, que j'avais pourtant déposé en commission, si Mme la ministre prend

l'engagement qu'il sera écrit noir sur blanc – peut-être dans un décret – que les sages-femmes assureront les fonctions d'encadrement auprès du chef de pôle. Il est juste de dire que ce sont des professionnelles aux missions importantes, mais ce n'est pas suffisant : il faut écrire expressément que ce sont elles qui détiendront les postes d'encadrement dans les services de gynécologie et d'obstétrique.

(L'amendement n°1967 n'est pas adopté.)

ASSEMBLEE NATIONALE : séance du mercredi 18 février 2009

(extraits)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n°1982.

La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Nous reprenons, avec l'amendement n°1982, un débat engagé hier et sur lequel Mme la ministre a laissé entrevoir des perspectives assez positives, notamment la volonté de reconnaître que les professions de sage-femme et de maïeuticien sont dotées d'un pouvoir médical partiel. Cela nous amène logiquement à proposer que la révocation des membres du directoire soit soumise à avis du conseil de surveillance et du président de la CME lorsque les membres en question appartiennent à ces professions.

M. le président. Sur le vote de l'amendement n°1982, je demande moi-même un scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement. J'y suis, à titre personnel, plutôt défavorable, pour les raisons qui ont été exposées hier au sujet de la place des sages-femmes dans les établissements de santé. Il me semble qu'il existe de meilleurs moyens que cet amendement pour prendre en considération les sages-femmes.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Si vous me le permettez, monsieur le président, je vais donner un peu plus qu'un avis et présenter à l'Assemblée, comme je l'avais promis hier à Mme Poletti et à

Mme Delaunay, le projet de décret relatif au statut des sages-femmes. Je vous fais grâce de la lecture intégrale de ce texte – qui n'est, en l'état actuel, qu'un document préparatoire sur lequel je suis d'ailleurs disposée à recueillir vos observations –, et m'en tiendrai à vous livrer l'essentiel de sa teneur.

Il est indiqué à l'article 1^{er} que « les sages-femmes sont chargées de l'organisation générale des soins et actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent à l'évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médico-technique. »

L'article 2 précise par ailleurs que « les sages-femmes ont vocation à assister le praticien responsable d'un pôle d'obstétrique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences ». Une photocopie de ce texte vous sera distribuée afin de vous permettre de l'étudier et de me faire part de vos avis.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin public sur l'amendement n°1982.

M. Marcel Rogemont. Déjà ? Mais il a été annoncé depuis moins de cinq minutes !

M. Maxime Gremetz. Il ne respecte rien, même pas le règlement !

M. le président. Monsieur Rogemont, vous savez très bien pourquoi nous en sommes là, et il ne tient qu'à vous de faire en sorte que notre assemblée puisse continuer à fonctionner normalement !

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants 53

Nombre de suffrages exprimés 53

Majorité absolue 27

Pour l'adoption 10

Contre 43

(L'amendement n°1982 n'est pas adopté)

ASSEMBLEE NATIONALE jeudi 19 février (extraits)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n°346 de la commission.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Je laisse à Mme Poletti le soin de présenter cet amendement, dont elle était l'auteur et qu'elle a fait adopter par la commission contre l'avis du rapporteur. (*« Oh ! » sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, cet amendement revient sur le problème du statut des sages-femmes, que nous avons déjà abordé ensemble.

Les sages-femmes sont des professionnelles particulières : ces professionnelles médicales exercent des responsabilités limitées à leurs compétences, qui ont trait à la grossesse et aux accouchements normaux ou physiologiques, dans les services de maternité et de gynécologie obstétrique, comme le prévoit la loi.

Les sages-femmes ont formulé plusieurs souhaits. Il s'agit tout d'abord de faire évoluer leur statut vers celui de praticien hospitalier ; nous en avons parlé hier, et vous avez répondu qu'il fallait d'abord faire évoluer leur formation par le LMD, ce que je peux comprendre. Nous en reparlerons à propos d'autres articles ; mais ce texte devra apporter une réponse aux sages-femmes sur ce point. Les sages-femmes souhaitent aussi et surtout que leur statut au sein des services de gynécologie obstétrique ne subisse aucune régression.

Je sais, madame la ministre, que vous êtes très attentive à ces questions et consciente de leur importance. Vous avez raison, car les sages-femmes sont les garantes de la grossesse et de l'accouchement physiologiques, qui sont malheureusement victimes des dérives qu'entraîne une médicalisation croissante, et elles apportent à leurs services la sagesse et l'approche plus physiologique qui y fait parfois défaut.

Vous avez proposé hier un projet de décret qui a été distribué aux parlementaires présents, puisque vous souhaitez retirer de la loi la mention de l'importance des sages-femmes pour l'inscrire dans un décret. On peut

également le comprendre, mais il faut que nous nous entendions sur les termes de ce décret. Vous avez d'ailleurs indiqué que vous étiez disposée à accepter plusieurs corrections à ce projet.

Or celui-ci s'écarte en deux endroits du texte de loi jusqu'alors en vigueur. Il précise ainsi dans une première partie que « les sages-femmes sont chargées de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence » et qu'« elles participent à l'évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médico-technique ». D'une part, le texte de loi employait « responsables » au lieu de « chargées », ce qui est tout à fait différent ; il faudra donc corriger le décret sur ce point. Ensuite, le texte de loi faisait référence à un article du code de la santé publique, ce qui pourrait nous conduire à préciser dans le décret : « Dans ce cadre, elles participent à leur évaluation. »

Dans une seconde partie, vous proposez la rédaction suivante : « Les sages-femmes cadres ont vocation à assister le praticien responsable d'un pôle d'obstétrique ». Cette rédaction ne rend pas les sages-femmes incontournables dans les pôles de gynécologie obstétrique, alors qu'elles doivent l'être. Je propose donc que l'expression « ont vocation à » soit remplacée par le présent qui s'impose dans les formules juridiques : « Les sages-femmes cadres assistent le praticien responsable. »

J'espère avoir été assez claire (« *Très bien !* » sur les bancs du groupe SRC), certains aspects ayant été formalisés en collaboration avec les services, d'autres moins.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Madame Poletti, je suis d'accord pour intégrer les trois corrections que vous proposez dans le décret, dont j'avais soumis le texte à votre assemblée afin qu'elle formule des observations, dans le cadre de ce que l'on pourrait appeler, non une coproduction législative, mais une coproduction réglementaire.

Dans ces conditions, madame la députée, seriez-vous prête à retirer votre amendement ?

Mme la présidente. Retirez-vous l'amendement, madame Poletti ?

Mme Bérengère Poletti. Il me semble que cela ne pose aucun problème, mais il faut l'accord de M. le rapporteur.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Le président de la commission n'est pas là mais, à titre personnel, je ne verrais que des avantages à cette solution.

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

Mme Catherine Génisson. Nous n'avons pas de désaccord sur le fond et sur les objectifs poursuivis : une autonomie des sages-femmes, reconnues comme cadres, au côté des obstétriciens.

M. Yves Bur. Mme Poletti vient de l'expliquer !

Mme Catherine Génisson. Il me paraît important de préciser à nouveau les enjeux, monsieur Bur, d'autant qu'il existe des obstacles à tous les niveaux.

Je ne mets aucunement en cause votre détermination, madame la ministre, mais je veux être assurée que le décret aura force de loi et qu'il suffira à imposer les modifications que nous souhaitons tous car, *a priori*, un décret a une moindre efficacité juridique qu'un article de loi.

M. Pierre Cardo. Oui, mais une loi sans décret n'a aucune efficacité !

Mme Catherine Génisson. Ce qui compte, c'est d'arriver au but.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Madame la députée, vous nous renvoyez à l'éternelle question de Montesquieu : est-ce la loi qui fait les mœurs ou sont-ce les mœurs qui font la loi ? On peut également se demander si la hiérarchie des normes est en mesure d'empêcher certaines dérives.

Toujours est-il que je réaffirme devant vous la force du texte réglementaire que j'ai souhaité bâtir à travers un travail en commun avec la représentation nationale – une démarche peu courante à laquelle le Gouvernement n'est aucunement contraint, permettez-moi de le souligner.

Pour finir, je remercie Mme Poletti pour ses excellentes propositions, qui seront prises en compte dans le texte du décret, conformément à ses vœux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Je me réjouis tout d'abord, madame la ministre, que vous vous référiez à cet auteur girondin, qu'il serait sans doute utile d'évoquer plus souvent dans cet hémicycle.

Je me réjouis également de cette démarche que l'on qualifierait en d'autres lieux de « participative » : des propositions sont formulées, elles sont acceptées, un engagement, dont nous n'avons pas de raison de douter, est pris.

J'insiste, pour ma part, sur l'importance de la responsabilité confiée à cette profession, qui le mérite pleinement, étant donné qu'elle intervient souvent de manière totalement autonome et qu'elle joue un rôle décisif dans les services de gynécologie-obstétrique.

Parmi les modifications proposées, je suis particulièrement favorable aux termes « le plus direct » et « assiste le praticien », bien préférables à la rédaction actuelle – « avoir vocation » –, d'une rigueur un peu incertaine.

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

M. Jacques Domergue. Je suis heureux de l'accord qui s'exprime sur tous les bancs pour renforcer le rôle des sages-femmes. À cet égard, je veux rendre hommage à Mme Poletti, qui défend cette profession de manière extraordinaire.

Permettez-moi toutefois d'exprimer un regret. Nous avons examiné il n'y a pas si longtemps un projet de loi relatif à la réforme des études de santé dont l'universitarisation des études de sages-femmes constituait le cœur. Et je déplore, madame Génisson, madame Delaunay, que vous n'ayez pas été au bout de votre logique en adoptant ce texte. Pour notre part, nous avons été cohérents avec nous-mêmes en votant en faveur de la médicalisation de la profession de sage-femme. *(Applaudissements sur les quelques bancs du groupe UMP.)*

Mme la présidente. Qu'en est-il de l'amendement, madame Poletti ?

Mme Bérengère Poletti. Je rappelle qu'il s'agit d'un amendement de la commission et que je ne peux décider seule de son retrait.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je le repète, je suis favorable, à titre personnel, au retrait de cet amendement.

(L'amendement n°346 est retiré.)

...../.....

Suite discussions → statut praticien contractuel (voir pour SF page 13)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article.

M. Jean-Luc Prével. L'article 10 concerne les médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat.

Deux problèmes se posent.

Le premier est celui des postes vacants. En effet, 20 % de postes de praticiens à temps plein sont aujourd'hui vacants, souvent dans des spécialités indispensables au fonctionnement hospitalier. Ils sont parfois pourvus par des praticiens dits « mercenaires » – le terme est peut-être impropre – itinérants dont les rémunérations sont importantes et ne sont pas liées à leurs compétences ou à leur engagement, mais à la nécessité pour l'établissement de trouver un praticien disponible.

Cette pratique n'est pas satisfaisante. Je ne suis pas certain que le nouveau statut contractuel proposé permettra de résoudre ce problème lié à un manque cruel de spécialistes disponibles.

La rémunération proposée ne sera sans doute pas alignée sur la rémunération dans les établissements privés ou sur celle des remplaçants itinérants actuels.

Le deuxième problème réside dans l'inadaptation du statut actuel. Certes, pour les praticiens et leurs syndicats, il est reconnu comme protecteur, mais il ne prend pas en compte la pénibilité, la responsabilité et l'engagement du praticien. Le dilettante, mais il n'en existe certainement pas, et celui qui consacre tout son temps au service des patients sont logés à la même enseigne.

Ce contrat est donc intéressant puisqu'il permet de reconnaître et de valoriser les engagements et les missions. Les praticiens actuels pourront y avoir accès, mais dans le cas d'un détachement pour un temps limité.

Il est, de plus, prévu à l'alinéa 8 que l'ARS précisera chaque année le nombre maximal, la nature et les spécialités. Je désapprouve cette timidité. Qu'un nouveau statut contractuel soit créé, c'est très bien ; que les praticiens actuels puissent le choisir volontairement, c'est très bien ; mais pourquoi procéder uniquement par le biais du détachement ? Je souhaiterais que ce nouveau statut soit systématiquement proposé pour les nouveaux praticiens hospitaliers. Les meilleurs le choisiront bien entendu, puisqu'il permettra de valoriser leur engagement.

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Leteurre.

M. Claude Leteurre. Cet article 10 est l'article du pragmatisme, mais c'est aussi, en quelque sorte, un constat d'échec. Cela signifie en effet que l'on n'a pas suffisamment valorisé le statut de praticien hospitalier, que l'on n'a pas su, avec des responsabilités que l'on pointe facilement, prévoir la démographie médicale, que l'on n'a pas pris en compte la notion de pénibilité et d'astreinte selon les spécialités médicales. Cela prouve donc que l'on ne s'est pas occupé depuis dix, voire vingt ans ; de santé publique. Il s'avère donc difficile d'attirer dans les hôpitaux des praticiens, notamment dans certaines disciplines. On sait en effet parfaitement qu'il est préférable d'exercer certaines spécialités, particulièrement la radiologie, en établissement privé. On a ainsi, comme pour les médecins dont on manque cruellement, trouvé la solution du contrat. C'est pragmatique, c'est nécessaire et souhaité par les gestionnaires hospitaliers, mais cela posera des problèmes en matière d'organisation même des structures.

Cet article 10 est donc nécessaire, mais il est dommage d'être appelé à le voter.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. L'article 10 prévoit effectivement la création d'un nouveau statut contractuel destiné à renforcer l'attractivité de l'hôpital.

Nous aurions pu comprendre que l'on crée un nouveau statut pour amener des praticiens supplémentaires à exercer certaines spécialités, pour produire un meilleur service ou mieux répondre aux besoins, mais tel n'est pas le cas. Il s'agit de créer ce nouveau statut contractuel pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public, offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération et amener les praticiens qui le souhaitent à s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital. C'est tout de même un peu étrange : un praticien viendrait dans un hôpital parce qu'il serait attractif !

M. Bernard Debré. Oui !

M. Jean Mallot. Certes, mon cher collègue, parce que vous entendez *a priori* par attractivité le métier qu'il offre et les capacités d'épanouissement personnel du praticien qui travaillera à l'hôpital. Mais ce n'est pas du tout cela. Il s'agit d'une attractivité en termes de rémunérations, de conditions de travail, voire de territoire !

Parler de « praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital » signifierait-il que tous les praticiens ne seraient pas désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital, et qu'il faudrait donc créer ce nouveau statut contractuel ? C'est assez étrange ! Je pensais que

l'article 10 avait pour objectif de produire un meilleur service, de mieux répondre aux besoins, mais ce n'est pas le cas.

Cela nous ramène donc au débat sur l'intéressement, puisque cet article traite des nouvelles modalités de rémunération. Nous avons eu ce débat à l'article 8 et avons alors constaté un décalage entre l'article 8 lui-même et l'exposé des motifs du projet de loi. Il est en effet précisé dans l'exposé des motifs que, « dans le cadre de sa délégation de gestion, le chef de pôle peut instituer des modalités d'intéressement financier des personnels. » Or on ne retrouve pas la mise en œuvre concrète de cette annonce dans l'article 8 lui-même. Mme la ministre nous a alors « rassurés », puisqu'elle a résolu ce décalage.

Qu'entend-on par « nouvelles perspectives de rémunération » qui rendraient l'établissement hospitalier attractif aux yeux des contractuels ? L'hôpital, je le rappelle, n'est pas une entreprise. Nous ne pouvons donc pas entrer dans cette logique tendant à rémunérer, sanctifier, consacrer des efforts particuliers.

Voilà pourquoi nous manifestons sur ce point notre opposition et défendrons un certain nombre d'amendements.

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

Mme Catherine Génisson. Je serai très brève parce que nous aurons très largement l'occasion de nous exprimer lors de l'examen des amendements.

L'article 10 me laisse plus que perplexe. Un véritable problème de démographie se pose à l'hôpital public puisque les vacances de postes s'élèvent à quasiment 20 % pour les praticiens hospitaliers à temps plein et à 36 % pour les praticiens à temps partiel. Les déséquilibres sont encore plus importants s'agissant de spécialités telles que la radiologie, l'anesthésie ou la chirurgie. Pourquoi y a-t-il des vacances de postes aussi importantes à l'hôpital public ? C'est la question fondamentale que l'on doit se poser. Les raisons ne sont pas uniquement financières, l'organisation du travail des praticiens hospitaliers influe également. Je ne reprendrai pas toutes les discussions que nous avons eues précédemment, mais reconnaître la responsabilité, l'esprit d'initiative, de gestion, de soins, doit être pris en compte. Je pense très sincèrement, et je ne suis pas la seule, que se pose le problème de statut de praticien hospitalier à temps plein ou à temps partiel. Y réfléchir n'est pas tâche aisée. Toutefois, créer un nouveau statut de praticiens contractuels qui auront la chance de s'appeler « cliniciens hospitaliers » me semble une très mauvaise solution. Cela entraînera une situation de concurrence déloyale à court terme entre des médecins qui auront un contrat financièrement plus attractif, mais une fonction peu stable parce que leur révocation sera plus facile, et les

praticiens hospitaliers nommés et titularisés tardivement, éligibles à une spécialité et qui auront obtenu ce poste après avoir passé un concours qui n'est pas des plus aisés. Les distorsions seront donc importantes au niveau du parcours.

L'article 10 n'est donc pas l'orientation à prendre pour résoudre le sujet ô combien difficile et ô combien complexe qu'est le statut de médecin praticien hospitalier.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Cet article traite de la possibilité pour les directeurs d'hôpitaux publics d'embaucher des praticiens sous un nouveau statut contractuel.

Nous sommes là face à une des dispositions les plus préoccupantes de ce projet de loi, qui prévoit la possibilité pour les hôpitaux publics d'embaucher des praticiens hospitaliers recrutés par contrat pour occuper des postes difficiles à pourvoir.

Vous justifiez cette disposition par les difficultés que rencontrent les hôpitaux à embaucher ou à garder les praticiens hospitaliers. Ces difficultés sont indéniables, surtout concernant certaines spécialités. Pour les surmonter, il faut d'abord s'interroger sur les causes.

Si les hôpitaux rencontrent de réels problèmes pour recruter, c'est tout d'abord parce que, réforme après réforme, vous les avez rendus de moins en moins attractifs. Les conditions de travail y sont difficiles, du fait des restrictions budgétaires et des réductions de personnels. Les heures supplémentaires y sont accumulées sans même être payées, dans un certain nombre de cas, contredisant au passage le slogan présidentiel selon lequel il suffirait de travailler plus pour gagner plus. Et, cerise sur le gâteau, vous envisagez une réforme de l'IRCANTEC – le régime de retraite des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques – qui pourrait entraîner une diminution de près d'un tiers des retraites des praticiens hospitaliers. Et vous vous étonnez de ne plus trouver de praticiens hospitaliers pour travailler dans les hôpitaux !

Face à cela, le secteur privé offre un visage nettement plus attractif, puisque l'on peut y moduler ses heures de travail, multiplier les dépassements d'honoraires et, ce faisant, ses revenus. Ce n'est pas un hasard si les spécialités dans lesquelles les hôpitaux ont le plus de mal à recruter sont celles où sont pratiqués les dépassements d'honoraires les plus élevés, jusqu'à l'indécence, s'agissant en particulier de la radiologie.

Pourtant, beaucoup de médecins restent attachés à l'hôpital public parce qu'ils ont conscience d'œuvrer pour l'intérêt général, parce que le travail à

l'hôpital est plus varié, donc plus riche, parce que les hôpitaux participent à la formation des jeunes et à la recherche, parce que les praticiens hospitaliers peuvent à la fois s'inscrire dans un travail d'équipe et s'impliquer dans le fonctionnement quotidien de leur établissement, enfin parce que salariés c'est-à-dire libérés du paiement à l'acte, ils peuvent se consacrer entièrement à leurs patients.

À lire ce projet de loi, on pourrait croire que ces motivations sont de plus en plus étrangères aux dirigeants du pays ou, pire encore, qu'ils cherchent à les minorer. Vous n'avez de cesse de banaliser les missions de service public en les servant morceau par morceau, à la découpe, aux cliniques privées. Vous n'avez de cesse de réduire les prérogatives de la CME pour renforcer les pouvoirs du seul directeur en écartant les soignants. Vous n'avez de cesse de dévaloriser à l'hôpital, comme à l'université en général, le travail des chercheurs, derrière lesquels, à vous écouter, se cacheraient des tire-au-flanc qu'il conviendrait de remettre au travail. Vous envisagez maintenant de faire travailler côte à côte des médecins aux rémunérations modestes parce qu'ils exercent des missions de service public et d'autres payés très cher sur des contrats opaques à la discrétion des directeurs d'hôpitaux, ce qui ne va pas manquer de démotiver les premiers et de désorganiser les services.

Plutôt que d'introduire des praticiens contractuels à l'hôpital, il serait préférable de revaloriser la carrière des praticiens hospitaliers, en augmentant leurs salaires et leurs retraites et en les faisant participer bien plus que ne le fait ce projet de loi à la vie de leur établissement. Il est également nécessaire d'empêcher les pratiques déloyales du secteur privé en encadrant les dépassements d'honoraires et en veillant à ce qu'il ne puisse pas débaucher les médecins exerçant à l'hôpital. Nous avons déposé deux amendements en ce sens. Le premier, que vous avez rejeté, visait à interdire pendant deux ans aux praticiens hospitaliers démissionnaires d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif où ils puissent entrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires. Le second, à l'article 18, tend à plafonner les dépassements d'honoraires en les limitant au montant des tarifs opposables. J'espère que vous lui réserverez un meilleur accueil.

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

Mme Catherine Lemorton. Madame la ministre, il est curieux de répondre au manque d'attractivité de l'hôpital pour les praticiens par la création d'un statut différent.

La culture de l'hôpital public n'est pas celle des cabinets libéraux ou des cliniques privées. On travaille différemment quand on est payé à l'acte ou

quand on est payé au mois, comme sont rémunérés les praticiens hospitaliers.

Quand je lis dans l'exposé des motifs que ce contrat intégrera une modulation des rémunérations sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment d'activité, je me fais du souci. Il me semblait que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens faisaient suite à une décision collégiale de la commission médicale d'établissement ; et là, on a l'impression que ce sont ces praticiens eux-mêmes qui définiront leurs objectifs et leurs engagements, ce qui me gêne un peu.

Nous sommes tout de même dans une situation paradoxale. Deux amendements avaient été présentés par tous les groupes parlementaires sur les clauses de non-concurrence pour les directeurs d'hôpitaux et les praticiens. Nous ne voulions pas, en effet, qu'ils aillent travailler dans le secteur privé après avoir quitté l'hôpital public. Vous avez rejeté ces amendements. Cela veut dire que certains partiront dans le privé avec le fichier des patients, et nous avons exposé hier soir tous les dégâts que cela causera.

Honnêtement, madame la ministre, je ne vois pas quel effet pourra avoir cet article. Je ne vois pas comment des praticiens partis dans un établissement privé, dans je ne sais quel but d'ailleurs, avec les restrictions que je viens d'émettre, reviendraient vers les établissements publics pour y effectuer des vacations. Il y a quelque chose que je ne comprends pas et je crains fort que cet article 10 ne vous fasse plaisir mais n'ait aucune efficacité.

Autre remarque : on risque de voir nos internes formés par les établissements privés, parce qu'il y aurait des zones blanches dans certaines spécialités chirurgicales qui ne sont assurées que par les établissements privés. On prend toujours l'exemple de la chirurgie de la main mais on pourrait en prendre d'autres. Une fois l'interne formé, diplômé, formaté par une clinique privée, avec sans doute une meilleure rémunération et des conditions de travail plus favorables que dans l'hôpital public, je n'imagine pas bien non plus qu'il fasse marche arrière et vienne assurer des consultations ou des actes à l'hôpital public.

Nous aurons l'occasion de revenir sur toutes ces remarques au cours de l'examen des amendements, mais je crains encore une fois que ce ne soit une usine à gaz.

M. Jean Mallot. Très bien !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je veux évidemment vous rassurer.

M. Jean Mallot. Ça va être difficile !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. La nouvelle procédure contractuelle sera encadrée par l'agence régionale de santé, le suivi des carrières sera assuré par le centre national de gestion et la rémunération ne sera pas assise sur la productivité, ce qui serait d'ailleurs contraire au code de déontologie. Je remarque d'ailleurs que les principales intersyndicales de praticiens hospitaliers, et je pense par exemple à M. Fellingner, que vous avez cité abondamment, ont émis un avis positif sur cette démarche. Ce nouveau régime sera ouvert aux praticiens titulaires, dans le cadre d'un détachement de deux ans.

M. Muzeau m'a interrogée sur l'IRCANTEC. Comme cette question a été soulevée plusieurs fois au cours du débat, je vais m'y arrêter un instant.

Vous connaissez les difficultés du régime. Selon les projections financières faites par le conseil d'orientation des retraites, il y aura d'abord un déficit technique puis une mise en cessation de paiement aux environs de 2025-2030. Il fallait donc prendre des mesures urgentes.

Une première tentative de réforme avait eu lieu en 2006 et n'avait pas abouti. J'ai remis l'affaire sur le métier, avec un double objectif : renouveler la gouvernance du régime pour responsabiliser les différents acteurs, modifier ses paramètres en les rapprochant des paramètres AGIRC-ARCCO afin d'assurer une pérennité à long terme. Ces dispositions font l'objet du décret et de l'arrêté du 23 septembre 2008.

Cependant, constatant que la durée moyenne d'assujettissement d'un agent à l'IRCANTEC est de huit ans alors que les personnels médicaux hospitaliers, les praticiens hospitaliers en particulier, relèvent de ce régime pour la totalité de leur carrière, le Gouvernement a estimé nécessaire de leur proposer un certain nombre de mesures spécifiques, destinées à compenser l'effet de la baisse de rentabilité du régime.

Ces mesures représentent un engagement pérenne de plus de 83 millions d'euros. Elles portent sur l'alignement de la rémunération des praticiens à temps partiel sur celle des praticiens à temps plein, sur les six dixièmes au lieu des six onzièmes, sur l'assujettissement d'un certain nombre d'indemnités aujourd'hui exclues de l'assiette, comme l'indemnité d'engagement de service public exclusif, l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison, l'indemnité multi-établissement ou l'indemnité des chefs de pôle, l'assujettissement des indemnités liées à l'astreinte à domicile, l'élargissement de l'assiette à 70 % pour les praticiens à temps partiel et les praticiens attachés. Il y a des mesures particulières au sein du régime

IRCANTEC : prise en compte de l'âge et de la durée de cotisation au moment de la liquidation, instauration de surcotes après soixante ans, après soixante-cinq ans. Enfin, nous nous sommes engagés à ouvrir la réflexion à partir de celle qui est menée pour la fonction publique sur la possibilité de transformer des jours déposés sur un compte épargne temps en avantage retraite.

Un projet de protocole actant ces mesures a été proposé aux quatre intersyndicales représentant les praticiens hospitaliers le 9 octobre 2008. Elles n'ont pas souhaité y donner suite.

Cependant, afin de rétablir l'équité s'agissant de la rémunération servie aux praticiens à temps partiel par rapport aux praticiens hospitaliers à temps plein, il a été décidé, comme cela avait d'ailleurs été annoncé au médiateur de la République, de mettre en œuvre à compter du 1^{er} juillet 2009 la stricte proratisation de leur rémunération, et le ministre chargé du budget a été saisi en ce sens.

Veillez m'excuser d'avoir été un peu longue, mais je souhaitais vous donner les explications les plus complètes.

M. Jean Mallot. C'est important.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Je vous remercie, madame la ministre, de nous avoir donné ces explications. Cela dit, il y a deux sujets.

Vous avez surtout mis en valeur la distorsion qui existait entre les droits à retraite des praticiens qui travaillent à temps partiel et ceux des praticiens qui travaillent à temps plein. Les propositions qui ont été faites visent à corriger cette inégalité.

Il y a un autre problème, qui regarde d'ailleurs toutes les personnes éligibles à l'IRCANTEC, c'est la diminution de la reconnaissance de la valorisation du point. Cela ne concerne pas uniquement les praticiens hospitaliers mais, comme vous l'avez très bien souligné, en dehors de la retraite de la sécurité sociale, la totalité de leur retraite. Cela fait donc pour tout le monde une retraite inférieure de 30 % quasiment à ce qu'elle aurait pu être s'il n'y avait pas eu toutes ces modifications, qu'on peut comprendre d'ailleurs. Si le système fait faillite, il n'y aura plus rien du tout.

Au-delà des nécessaires dispositions à prendre pour l'IRCANTEC, il faut peut-être réfléchir à ce que seront les retraites des praticiens hospitaliers. Le mode de reconnaissance des retraites des praticiens hospitaliers est peut-être un sujet à mettre plus globalement sur la table. Le sujet n'est pas anodin, c'est le moins que l'on puisse dire, mais c'est un vrai problème

parce que cela risque encore de créer une distorsion énorme entre le secteur privé et le secteur public.

Quel sera d'ailleurs, madame la ministre, le dispositif de droit à la retraite du nouveau statut qui pourrait être créé par la loi ?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je vous apporterai le complément d'information, madame Génisson. Circule le chiffre, que je retrouve dans certaines déclarations d'intersyndicales hospitalières, de 30 %. Ce chiffre n'est pas exact.

Mme Catherine Génisson. Vous me rassurez !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je n'ai pas l'ensemble des documents nécessaires pour vous répondre. Je vous donnerai ultérieurement le chiffre précis. Chante dans ma mémoire le chiffre de 17 %, mais il faut vérifier.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n°984.

La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. L'amendement est défendu.

(L'amendement n°984, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n°1078.

La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Il s'agit encore une fois des sages-femmes et, cette fois-ci, de leur requête, qui date de plusieurs années, de parvenir au statut de praticien hospitalier.

Vous nous avez expliqué hier, madame la ministre, qu'il fallait évoluer vers la formation LMD pour parvenir à ce statut, mais j'avais déposé un amendement sur l'universitarisation des sages-femmes qui est tombé sous le coup de l'article 40 et je ne voudrais pas que l'on termine l'examen de ce texte sans avoir un engagement quant au processus.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission a envisagé des évolutions statutaires mais, considérant que la concertation n'a pas encore abouti, elle a rejeté cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je suis évidemment très sensible à vos propos, madame Poletti, qui vont totalement dans le sens des réformes que je souhaite mener.

Il y a deux volets dans la réforme du LMD : la formation, la transformation du diplôme dans le cadre du processus de Barcelone, et puis tout un aspect statutaire. Il faut aborder ces chantiers dans l'ordre : d'abord le LMD, puis la réflexion statutaire, qui impose un certain nombre de concertations.

Je souhaite évidemment aborder ces deux sujets et je prends l'engagement devant vous qu'il n'y aura pas uniquement une première phase et que suivra toute la partie statutaire, avec, comme l'a dit le rapporteur, un dialogue social approfondi.

À la lumière de cet engagement, je serais très heureuse si vous pouviez retirer votre amendement.

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

Mme Catherine Génisson. Au-delà de la demande de reconnaissance de ce qui est le statut des sages-femmes depuis l'origine, c'est-à-dire celui de praticien médical, les pistes de travail que vous proposez sont intéressantes. Nous allons devoir travailler sur le transfert de compétences et redonner aux sages-femmes la fonction qui doit être la leur dans un service d'obstétrique, comme nous devons trouver collectivement des solutions sur la démographie médicale et plus globalement pour celle des soignants.

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Plusieurs articles du projet de loi concernent les sages-femmes. Aussi aurons-nous l'occasion de revenir sur la manière dont vous entendez apporter une réponse à l'universitarisation de la formation des sages-femmes.

S'agissant de leurs compétences, nous ferons également des propositions ultérieurement.

Cela dit, je retire l'amendement n°1078 ainsi que ceux qui concernent le même sujet, c'est-à-dire les amendements n^{os} 1079, 1080 et 1081, car je considère que l'engagement de Mme la ministre est très clair.

Mme la présidente. L'amendement n°1078 est retiré, de même que les amendements n^{os} 1079, 1080 et 1081.

Je suis saisie d'un amendement n°521.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à supprimer les mots « sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ».

On le sait, actuellement, les établissements publics ont à faire face à des pénuries importantes de personnels médicaux. On a déjà abordé le cas des mercenaires itinérants qui sont embauchés à des tarifs qui dépassent le statut. En fait, il s'agit de rendre attractifs les postes hospitaliers.

Le statut actuel de praticien hospitalier ne fait pas la différence entre le médecin dilettante – nous en connaissons tous – et le praticien hospitalier passionné qui consacre tout son temps à soigner les patients. Je souhaite donc que l'ensemble des praticiens aient des contrats, et notamment les jeunes, qui prennent en compte leur responsabilité, la pénibilité et l'engagement professionnel. J'ajoute que ces contrats pourraient être modifiés ultérieurement.

Limiter les recrutements de praticiens aux emplois « présentant une difficulté à être pourvus » me paraît trop réducteur. Voilà pourquoi je propose que ces recrutements puissent être généralisés.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a bien compris les intentions de M. Prével, qui visent à ne pas limiter la nomination des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat à des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Toutefois, elle estime qu'il est nécessaire d'encadrer, dans un premier temps, le recours à ces nouveaux contrats. Elle a donc préféré s'en tenir à la rédaction qui avait été proposée par Mme la ministre.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce nouveau mode de recrutement ne doit pas aboutir à une concurrence entre les établissements, notamment publics. Aussi le garde-fou que j'ai instauré dans le texte est-il le bienvenu.

Il est prévu de limiter le champ des nouveaux contrats aux « emplois présentant une difficulté particulière de recrutement ». Cette formulation permettra de prendre en compte des situations différentes liées, par exemple, à la démographie de la spécialité, à la situation du bassin de recrutement, aux caractéristiques de l'établissement. Le directeur général de l'ARS, déterminera *in fine*, au plus près des réalités du terrain, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens négocié avec les établissements, les emplois qui peuvent donner lieu à recrutement dans le cadre de ces nouveaux contrats. Il ne s'agira pas d'un contingentement arbitraire, mais d'une réponse qui tient compte des besoins et qui est parfaitement adaptée au contexte local.

Je crois donc qu'il est utile de conserver cette précision.

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

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, vous avez raison, cette formulation permettra de prendre en compte des situations différentes liées, par exemple, à la démographie de la spécialité ou à la situation du bassin de recrutement.

La mesure proposée pourra-t-elle également s'appliquer quand on ne parvient pas à recruter des médecins dans un service parce que le chef de ce service est irascible ?

M. Jacques Domergue. Des noms !

M. Yves Bur. Rassurez-nous, madame Génisson, cela n'arrive jamais !
(*Sourires.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Madame la députée, cette procédure ne doit pas être utilisée *ad libitum*, elle doit correspondre à une vraie difficulté. Et c'est au directeur de l'ARS qu'il reviendra d'évaluer cette difficulté. Cela dit, la liste que j'ai dressée n'est pas limitative et le cas que vous évoquez pourra être retenu. Mais je sais bien qu'il est exceptionnel que l'idée même qu'un médecin puisse ne pas s'entendre avec un autre médecin relève de la science-fiction ! (*Rires.*)

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

M. Jacques Domergue. Madame la ministre, si j'ai bien compris, on n'aura pas besoin de recourir à un nouveau texte pour définir les situations dans lesquelles ces contrats pourront être appliqués.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Effectivement !

M. Jacques Domergue. Il y a donc une certaine souplesse...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Bien sûr !

M. Jacques Domergue. ...et il appartiendra à l'ARS de définir les situations qui donnent lieu à ces contrats.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Mme la ministre a indiqué qu'elle souhaitait que ces contrats soient réservés à des situations particulières. Mais je pense qu'elle a compris que notre état d'esprit est quelque peu différent puisque, pour ma part, je souhaite que ces contrats deviennent la règle. Nous connaissons tous des médecins dilettantes ou encore irascibles, pour reprendre l'expression de Mme Génisson. Je peux vous citer le cas d'un médecin du SAMU-SMUR qui ne s'entendait ni avec les pompiers, ni avec les ambulanciers. L'ARH n'a trouvé comme solution que de le payer à ne rien faire. Et cela dure depuis sept ans !

Je le répète : je souhaite qu'on aille demain vers de vrais contrats prenant en compte la pénibilité, la responsabilité et l'engagement professionnel des praticiens.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Madame la présidente, je souhaiterais apporter une réponse à Mme Génisson à la question qu'elle m'a posée tout à l'heure s'agissant de l'IRCANTEC, car je viens d'obtenir des précisions.

Nous parlons de la retraite complémentaire des praticiens hospitaliers, qui représente 40 % de leur retraite totale. La réforme de l'IRCANTEC permet de sauver ce régime complémentaire de retraite. La baisse du point IRCANTEC, étant donné la structure démographique du régime, s'étale sur huit ans, de 2009 à 2017, et représente une baisse de 25 %. Les mesures compensatoires que j'ai proposées permettent de limiter la baisse de rendement du régime complémentaire à 8 %, ce qui représente une baisse de la retraite de 3 % en 2017.

Je tenais à donner ces chiffres précis que je tiens à votre disposition car des hypothèses alarmistes et extrêmement fantaisistes ont circulé, comme ce chiffre de 30 %, qui n'est pas exact.

(L'amendement n°521 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n°834.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Avec cet amendement, je propose d'élargir l'accès à des emplois qui présentent des difficultés particulières liées au recrutement ou aux restructurations dans les établissements engagés dans un processus d'adhésion à une communauté hospitalière de territoire. Il s'agit donc d'apporter un peu de souplesse dans les possibilités de recrutement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a estimé que l'engagement dans des restructurations ou l'adhésion à une communauté hospitalière de territoire ne met pas forcément en difficulté les établissements. Voilà pourquoi elle a repoussé l'amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les garde-fous qui ont été mis dans le recrutement et le fait que le rôle du directeur général de l'ARS soit rappelé font que votre amendement est satisfait. Aussi, je souhaiterais que vous le retiriez.

Mme la présidente. Monsieur Bur, retirez-vous l'amendement n° 834 ?

M. Yves Bur. Oui, madame la présidente.

(L'amendement n° 834 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1989.

La parole est à Mme la ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement vise à dénommer « cliniciens hospitaliers » les praticiens hospitaliers détachés sur le nouveau contrat de recrutement créé par le projet de loi.

Cette proposition donne une identité aux praticiens hospitaliers ainsi recrutés et accompagne la création du nouveau cadre d'emploi des médecins. Le recrutement de médecins sur un contrat de droit public à durée indéterminée est un outil de rénovation de la gestion des ressources humaines à l'hôpital. Pour mieux définir le cadre de ce contrat, je vous annonce que j'ai confié à M. Élie Aboud une mission qui débutera dans les tout prochains jours. Une fois connues ses conclusions, un décret – il s'agit en effet d'un travail à portée réglementaire – précisera les conditions dans lesquelles les médecins seront recrutés.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement mais j'y suis favorable à titre personnel.

(L'amendement n°1989 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n°487.

La parole est à M. Claude Leteurre.

M. Claude Leteurre. Je tiens tout d'abord à donner lecture de l'alinéa 7, afin que chacun puisse comprendre la raison pour laquelle cet amendement vise à préciser certaines règles : « La rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. » L'amendement propose dès lors de compléter cet alinéa par les mots : « conformes à la déontologie de leur profession ».

En effet, comme la rémunération contractuelle de ces praticiens comprend une part variable, les médecins hospitaliers et leurs organisations sont inquiets de la notion d'objectifs de rentabilité, ces objectifs pouvant leur être assignés dans des conditions contraires à la déontologie. La référence à la déontologie, éloignée de tout corporatisme visant à protéger les médecins, me paraît nécessaire dans l'intérêt des patients.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Favorable.

Il peut être bon de rappeler une évidence.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement est excellent. Le Gouvernement émet un avis favorable.

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

Mme Catherine Lemorton. Madame la ministre, ne nous répète-t-on pas à longueur de débats qu'il ne faut pas rendre les lois bavardes par l'ajout de précisions inutiles ? Or nul n'ignore qu'un médecin est soumis, par définition, à un code de déontologie – et il en est de même des autres professions de santé.

M. Jacques Domergue. C'est vrai.

Mme Catherine Lemorton. Pourquoi ne pas rappeler dans la loi d'autres évidences ? Une telle précision serait tout aussi justifiée à l'égard des pharmaciens ou des chirurgiens-dentistes.

M. Yves Bur. Cela va mieux en le disant, c'est tout !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Accordez vos violons !

Mme Catherine Lemorton. Depuis l'ouverture de nos débats, vous avez refusé plusieurs de nos amendements qui visaient à préciser certains points, sous prétexte que leur adoption aurait rendu la loi bavarde !

M. Jean Mallot. C'est surtout le rapporteur qui nous a fait ce reproche !

Mme Catherine Lemorton. Ne venez plus, dans ces conditions, nous faire un tel reproche !

On pourrait tout aussi bien inscrire dans le projet de loi que le médecin peut, éventuellement, effectuer des examens cliniques !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Effectivement !

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

Mme Catherine Génisson. Après avoir entendu l'excellente argumentation de Catherine Lemorton, et tout en étant défavorable au statut de « clinicien hospitalier », je tiens toutefois à souligner que l'adoption de cet amendement risquerait de jeter la suspicion sur ce nouveau statut, en laissant supposer que les cliniciens hospitaliers, contrairement aux autres praticiens, pourraient ne pas respecter le code de déontologie.

Cet amendement est donc contre productif.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Dans ces conditions, madame la présidente, et en vue de laisser toute sa liberté au débat, je modifie, avec votre autorisation, l'avis du Gouvernement qui, sur cet amendement, s'en remet désormais à la sagesse de l'Assemblée.

(L'amendement n°487 n'est pas adopté.)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je voulais simplement faire plaisir à M. Leteurtre.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n°489.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 8, qui prévoit de fixer dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de cliniciens hospitaliers recrutés par contrat.

Je reste logique avec moi-même : il n'y a, à mes yeux, aucune raison pour que les contrats, qui doivent prendre en considération la pénibilité, la responsabilité, l'engagement ou la qualité, soient limités par l'agence régionale de santé, qui en définirait chaque année le nombre et la nature. Le nouveau statut contractuel devrait être au contraire proposé à tous les nouveaux praticiens. J'ai du reste la faiblesse de croire que les meilleurs le choisiront.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Défavorable.

Aux yeux de la commission, en effet, la suppression de l'alinéa 8 s'impose d'autant moins qu'il lui paraît nécessaire que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fixe les règles encadrant le recours à ce nouveau régime d'emplois.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je me suis déjà longuement exprimée sur ce sujet à l'occasion d'autres amendements.

C'est la raison pour laquelle, monsieur Prével, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, le Gouvernement émettrait un avis défavorable.

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

M. Jacques Domergue. Madame la ministre, comment l'ARS pourra-t-elle fixer le nombre de ces contrats, puisqu'ils seront accordés en fonction de besoins que nul ne connaît encore aujourd'hui ? C'est la raison pour laquelle je suis dubitatif sur la possibilité qu'aura l'ARS de définir un tel périmètre.

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

Mme Catherine Génisson. Le groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche est totalement opposé à la suppression de l'alinéa 8.

S'il est vrai, comme l'a souligné Jacques Domergue, que l'ARS aura des difficultés à fixer le périmètre de ces contrats, il est tout aussi vrai, chacun le sait, que des avenants peuvent être ajoutés au contrat pluriannuel

d'objectifs et de moyens, dont la signature repose sur un constat établi pour quatre ans. Telle est la pratique ordinaire.

C'est la raison pour laquelle il convient de fixer un cadre au recrutement des cliniciens hospitaliers.

(L'amendement n°489 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie, par la commission, d'un amendement n°354, tendant à corriger une erreur matérielle.

(L'amendement n°354, accepté par le Gouvernement, est adopté.)