

# COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

**Jeudi 14 mai 2009**

HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)  
QUESTIONS D'ACTUALITÉ

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)</b> .....              | <b>1</b>  |
| <b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>                                       | <b>1</b>  |
| Article premier (Suite)   | 1         |
| Paragraphe VIII   | 1         |
| Paragraphe XII  | 2         |
| Paragraphe additionnels   | 4         |
| Paragraphe XIII à XV  | 5         |
| Paragraphe XVI à XIX  | 8         |
| Article premier bis   | 13        |
| Article 2   | 14        |
| <b>QUESTIONS D'ACTUALITÉ</b> .....  | <b>23</b> |
| <b><i>Aides facultatives locales</i></b>  | <b>23</b> |
| Mme Brigitte Bout   | 23        |
| M. Martin Hirsch, Haut-commissaire aux solidarités actives                          | 23        |
| <b><i>Reconnaissance des diplômes visés par le Vatican</i></b>                      | <b>24</b> |
| M. Yvon Collin  | 24        |
| Mme Rama Yade, secrétaire d'État chargée des affaires étrangères                    | 24        |
| <b><i>Mise en place du RSA</i></b>  | <b>25</b> |
| M. Jean Arthuis   | 25        |
| M. Martin Hirsch, Haut-commissaire aux solidarités actives                          | 25        |
| <b><i>Plan de relance</i></b>   | <b>25</b> |
| M. Jean-Pierre Michel   | 25        |
| Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État chargée du commerce extérieur               | 26        |
| <b><i>Crise des universités</i></b>   | <b>26</b> |
| M. Ivan Renar   | 26        |
| M. François Fillon, Premier ministre  | 26        |
| <b><i>Grand Paris</i></b>   | <b>27</b> |
| M. Michel Houel   | 27        |
| M. Christian Blanc, secrétaire d'État chargé du développement de la région capitale | 27        |
| <b><i>Projet de loi de programmation militaire</i></b>                              | <b>28</b> |
| M. Didier Boulaud   | 28        |
| M. Hervé Morin, ministre de la défense  | 28        |
| <b><i>Assurance du crédit interentreprises</i></b>                                  | <b>28</b> |
| Mme Catherine Dumas   | 28        |
| Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État chargée du commerce extérieur               | 29        |
| <b><i>Règles pénitentiaires européennes</i></b>                                     | <b>29</b> |
| Mme Alima Boumediene-Thiery   | 29        |
| Mme Rachida Dati, garde des sceaux, ministre de la justice                          | 30        |
| <b><i>Red Bull</i></b>  | <b>30</b> |
| Mme Sylvie Desmarescaux   | 30        |
| Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports                   | 30        |
| <b>HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)</b> .....              | <b>31</b> |
| <b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>                                       | <b>31</b> |
| Article 2 (Suite)   | 31        |
| Article 3   | 33        |
| Article 4   | 39        |
| Article 5   | 43        |

## SÉANCE du jeudi 14 mai 2009

100<sup>e</sup> séance de la session ordinaire 2008-2009

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT,  
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :  
M. MARC MASSION, M. BERNARD SAUGEY.

*La séance est ouverte à 9 h 30.*

*Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.*

### Hôpital, patients, santé et territoires (Urgence – Suite)

**M. le président.** – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

#### Discussion des articles (Suite)

**M. le président.** – Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein de l'article premier, au paragraphe VIII et à l'amendement n°1212.

#### Article premier (Suite)

##### Paragraphe VIII

*VIII. - Le premier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code est ainsi rédigé :*

*« Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé qui exercent leurs missions dans le domaine de la cancérologie. »*

**M. le président.** – Amendement n°1212, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le VIII de cet article :

VIII - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 6162-1 est supprimé ;

2° Le quatrième alinéa de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigé :

« 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ; » ;

3° A l'article L. 6162-11, les mots : « particulières de » sont remplacés par les mots : « afférentes au » ;

4° L'article L. 6162-11 devient l'article L. 6162-13 ;

5° Après l'article L. 6162-10, sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« Art. L. 6162-11. - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° de l'article L. 6162-9 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

« Les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 sont applicables au 3° du même article.

« Les délibérations mentionnées aux 5° à 9° du même article sont soumises aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 6143-4.

« Art. L. 6162-12. - Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un centre de lutte contre le cancer de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

« 1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

« 2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

« Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« S'il n'est pas satisfait à la demande de plan de redressement du directeur de l'agence ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par le centre concerné. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément aux dispositions de l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du code de commerce. »

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – Cet amendement concerne la

gouvernance des centres de lutte contre le cancer. Je l'ai défendu hier.

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** – Avis favorable.

*L'amendement n°1212 est adopté.*

*L'amendement n°387 est retiré.*

## **Paragraphe XII**

*XII. - L'article L. 6323-1 du même code est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 6321-1. - Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.*

*« Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.*

*« Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et de l'autonomie et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.*

*« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif.*

*« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.*

*« Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.*

*« Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.*

*« Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire. »*

**M. le président.** – Amendement n°669, présenté par Mmes Hermange et Procaccia.

Rédiger comme suit le XII de cet article :

XII. - L'article L. 6323-1 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de santé élaborent un projet de santé dont le contenu est défini par décret après consultation des organisations représentant les centres de santé. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre » sont remplacés par les mots : « soit par des établissements de santé » ;

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Ils sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret. »

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Nous souhaitons revenir à la rédaction originale et la compléter. Un excès de détails est superflu car les centres de santé doivent pouvoir s'adapter à leur environnement géographique.

**M. le président.** – Amendement n°680 rectifié, présenté par M. Antoinette et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le cinquième alinéa du texte proposé par le XII de cet article pour l'article L. 6323-1 du code de santé publique, après les mots :

projet de santé

insérer les mots :

, avec la participation et l'avis des élus municipaux,

**M. Jean Desessard.** – Jean-Etienne Antoinette, que j'ai rencontré en Guyane la semaine dernière, m'a demandé de présenter cet amendement.

Les centres de santé, qui jouent un rôle important de médecine de proximité, de prévention et d'accompagnement social des populations, peuvent être créés par des établissements de santé, des organismes à but non lucratif ou des collectivités territoriales. Leur projet médical doit donc être élaboré avec les acteurs locaux et les élus pour répondre aux besoins des territoires concernés.

Cette précision ne devrait pas poser de problème.

**M. le président.** – Amendement n°582, présenté par M. Gournac.

Supprimer le septième alinéa du texte proposé par le XII de cet article pour l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

**M. Alain Gournac.** – Cet amendement indique par erreur qu'il faut supprimer cet alinéa, alors qu'il s'agit au contraire d'y ajouter que les médecins libéraux qui le souhaitent peuvent exercer dans les centres de santé.

**M. le président.** – Amendement n°138, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery et M. Muller.

Compléter la première phrase du dernier alinéa du texte proposé par le XII de cet article pour l'article L. 6323-1 du code de la santé publique par les mots :

et des représentants des professionnels de santé exerçant en leur sein

**Mme Dominique Voynet.** – Mme la ministre a salué hier l'importance du travail des jeunes praticiens au sein des centres de santé, dont beaucoup sont municipaux ; c'est le cas dans ma ville de Montreuil. Là où la démographie médicale est déficitaire, ces centres assurent la permanence des soins. Ouverts à tous, ils dispensent des soins peu coûteux pour la collectivité. Ils garantissent en outre une forme de démocratie sanitaire en agissant dans de nouveaux domaines comme la lutte contre l'obésité, la prise en charge des affections de longue durée ou la prévention des toxicomanies.

Les médecins qui exercent dans ces centres doivent être associés à leur réforme afin que ceux-ci ne se transforment pas en un marché lucratif pour le secteur privé, aux dépens des populations les plus fragilisées. Mme la ministre aurait dit en commission que l'instance nationale de coordination ne sert à rien car elle ne se réunit jamais mais il est souhaitable d'associer des professionnels à la fixation des conditions de fonctionnement des centres de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission ayant souhaité réécrire cet article du code de la santé publique, elle ne peut être favorable à l'amendement n°669 qui revient à sa rédaction initiale. En outre, le texte proposé n'empêche pas les centres de santé de s'adapter à leur environnement. (« *Très bien !* » sur les bancs socialistes) Ils ne sont pas obligés d'utiliser toutes les possibilités d'action prévues mais nous tenons à ce qu'ils puissent participer, notamment, aux protocoles de coopération.

Nous sommes conscients de l'intérêt des élus, et notamment des communes, pour les centres de santé mais il n'est pas souhaitable qu'ils participent à l'élaboration de leur projet de santé. Avis défavorable à l'amendement n°680 rectifié.

**M. Jean Desessard.** – C'est incroyable !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°582 risque de créer une confusion : retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°138 propose d'associer les professionnels à l'organisation des centres de santé : sagesse.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'amendement n°669 propose de revenir à la rédaction originelle du code de la santé publique, mais le texte adopté en commission apporte des précisions utiles et n'empêche nullement de tenir compte de la diversité des environnements. Chaque centre étant autonome, on ne peut lui imposer, pour l'élaboration de son projet, la participation des organisations

représentatives des gestionnaires. En outre, je vais proposer un amendement corrigeant la rédaction de ce texte. Retrait.

Comme les auteurs de l'amendement n°680 rectifié, je tiens à ce que les élus participent à l'aménagement du territoire en matière de santé - nous en parlerons dans le titre IV - mais cette réflexion doit plutôt être menée avec la région, qui constitue pour cela le niveau pertinent. Nous devons prévoir des lieux de débats organisés plutôt que de recueillir des avis ponctuels sans concertation avec les autres acteurs et sans vision d'ensemble de l'offre de soins. Je vais vous proposer des modalités de concertation avec les élus locaux mais il n'est pas souhaitable de prévoir des dispositions spécifiques pour ces centres.

L'amendement n°582 propose d'autoriser les médecins libéraux à exercer dans les centres de santé ; il y a effectivement un risque de confusion car ils peuvent rejoindre les maisons et les pôles de santé : retrait.

Quant à l'amendement n°138, je ne vois pas d'inconvénient à élargir la consultation aux professionnels de santé, mais cette disposition est de nature réglementaire. Je m'engage à satisfaire votre demande. Retrait.

**M. Bernard Cazeau.** – La rédaction de la commission me semble préférable à celle prévue par l'amendement n°669. En revanche, je suis très favorable à l'amendement de Mme Voynet.

Il faut développer les centres de santé, particulièrement dans les zones urbaines sensibles. Dans les campagnes, les maisons pluridisciplinaires sont plus adaptées. En outre, comme je le dis depuis des années, il faut encourager la médecine salariale plutôt que la médecine à l'acte ; de plus en plus de jeunes médecins s'engagent d'ailleurs dans cette voie. Ce sera l'objet de notre amendement n°305.

*L'amendement n°669 est retiré.*

**M. Jean Desessard.** – Je ne comprends pas bien la position de la commission et du Gouvernement sur l'amendement n°680 rectifié. On lit dans le projet de loi que « les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité » : il serait donc naturel d'associer les élus municipaux à l'élaboration de leur projet de santé !

Mme la ministre s'est engagée à les consulter. Cela me donne l'occasion de célébrer un anniversaire. (*Marques de curiosité amusée sur divers bancs*) Il y a un an, elle s'est rendue en Guyane et ne s'est pas contentée de rester à Cayenne, puisqu'elle a accompli un long périple jusqu'à Maripasoula. De là, elle s'est rendue à Twenké ; je ne sais pas si elle y est allée en pirogue... (*Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, le confirme, égayant ainsi l'assemblée*) Eh bien je vous dis : bravo ! Moi aussi, j'ai pris cette pirogue ; je n'ai pas ramé, mais c'est tout comme... (*Rires ; Mme Dominique Voynet applaudit*)

Jusque là, je vous félicite. Mais lorsque je suis arrivé à Twenké, les habitants m'ont fait visiter le village, et notamment un centre de prévention...

**MM. Bruno Gilles et Alain Gournac.** – Hors sujet !

**M. Jean Desessard.** – Détrompez-vous ! Il y a un an, Mme la ministre s'est engagée à rénover ce centre ; ce n'a toujours pas été fait. Je ne sais pas si vous connaissez la situation des Amérindiens...

**M. Bruno Gilles.** – Nous la connaissons très bien !

**M. Jean Desessard.** – ...mais leurs conditions de vie sont très dégradées, et l'État se doit de tenir ses engagements à leur égard. Il est bon de se rendre sur le terrain mais cela doit se traduire par des actes. Enfin, Mme la ministre s'est engagée à consulter les élus municipaux sur le projet de santé des centres ; mais force est de constater qu'elle n'honore pas toujours ses promesses ! (*Marques d'approbation à gauche*)

**M. Paul Blanc.** – Cela n'a aucun rapport !

**Mme Nathalie Goulet.** – L'article prévoit d'ores et déjà que les centres de santé peuvent être créés et gérés par des collectivités territoriales ; c'est d'ailleurs le cas pour la plupart d'entre eux. L'amendement ne me paraît donc pas nécessaire. En outre, si l'on mentionnait les élus municipaux, il faudrait y ajouter les représentants des intercommunalités et des régions.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** – Il faut distinguer entre le projet d'établissement et le projet de santé !

**M. Guy Fischer.** – Les centres de santé, souvent en déséquilibre financier, jouent un rôle inappréciable pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis, dans les quartiers populaires en voie de ghettoïsation : je pense à la banlieue parisienne ou encore aux Minguettes. Je tire mon chapeau aux médecins qui exercent dans ces centres et qui sont parfois concurrencés par des médecins libéraux regroupés en cabinets. Contrairement à ces derniers, les médecins des centres de santé pratiquent le tiers payant : c'est là l'essentiel.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Les médecins libéraux installés dans ces quartiers le font aussi.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nul ne conteste l'importance des centres de santé !

**M. Guy Fischer.** – Nous sommes complémentaires, monsieur le rapporteur ! N'essayez pas de m'influencer ou de me déstabiliser !

**M. Alain Gournac.** – Il en faudrait davantage !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Encore une fois, la commission ne remet nullement en cause l'existence des centres de santé ; leur rôle a même été renforcé. Mais il ne nous paraît pas souhaitable d'associer

étroitement les élus municipaux à l'élaboration de leur projet de santé -il ne s'agit pas du projet d'établissement. Laissons les professionnels faire leur métier.

**M. Jean Desessard.** – Et dans les écoles ?

*L'amendement n°680 rectifié n'est pas adopté.*

*L'amendement n°582 est retiré.*

**Mme Dominique Voynet.** – Mme la ministre s'est engagée à satisfaire par décret notre amendement n°138. Mais depuis le début de l'examen de ce projet de loi plane un doute : nous soupçonnons le Gouvernement de privilégier une logique gestionnaire plutôt que sanitaire. Dans la rédaction actuelle de l'article, il est prévu que les représentants des gestionnaires seront consultés avant la publication du décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des centres ; mais cette disposition est également de nature réglementaire. Le seul moyen d'ôter tout soupçon sur vos intentions, c'est de traiter à égalité les gestionnaires et les professionnels de santé : soit on mentionne les uns et les autres, soit on ne mentionne personne.

**M. Jean Desessard.** – Bien sûr !

**Mme Dominique Voynet.** – Je maintiens donc l'amendement.

*L'amendement n°138 n'est pas adopté.*

### **Paragraphe additionnels**

**M. le président.** – Amendement n°305, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le XII de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le troisième alinéa de l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque la prise en charge d'un patient, débutée dans un centre de santé, est poursuivie dans l'établissement de santé gestionnaire de ce centre, ce patient y bénéficie de la dispense d'avance des frais et des tarifs opposables, sans dépassement. »

**M. Jacky Le Menn.** – Cet amendement, auquel M. Cazeau a fait allusion tout à l'heure, vise à lutter contre les dépassements d'honoraires. Il garantit la pratique du tiers payant et l'opposabilité des tarifs tout au long de la prise en charge des patients qui entrent dans un circuit de soins par l'intermédiaire d'un centre de santé géré par un établissement de santé.

**M. le président.** – Amendement n°388, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le XII de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le troisième alinéa de l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque la prise en charge d'un patient,

débutée dans un centre de santé, est poursuivie dans l'établissement de santé gestionnaire de ce centre, ce patient y bénéficie de tarifs opposables et d'une dispense d'avance des frais. »

**Mme Mireille Schurch.** – Les centres de santé constituent, à côté des hôpitaux et des cabinets libéraux, un mode d'organisation des soins original, dans la grande tradition des dispensaires et de la médecine sociale. Ces centres, ouverts à tous, combattent la médecine à deux vitesses et contribuent à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Ils défendent une médecine de qualité pour tous, tout en proposant systématiquement le tiers-payant.

Ils sont notamment en pointe dans les soins aux toxicomanes, aux malades du sida et dans la réduction des risques. Grâce à leurs liens avec les services sociaux, les centres de santé proposent un accueil aux patients socialement exclus. Ils sont également très actifs dans les secteurs de la petite enfance, de la planification familiale, de l'adolescence et du maintien à domicile.

Du fait de cette vocation sociale, jusqu'à présent, seules les collectivités territoriales et les mutuelles étaient autorisées à en devenir gestionnaire. Ces centres sont donc le fruit d'une collaboration entre des professionnels de santé et des gestionnaires socialement responsables. Sans les professionnels, il n'y a pas de centre de santé ; sans une municipalité ou une mutuelle, ce n'est qu'un cabinet de groupe. Ainsi, des centres de santé ont fermé, comme le centre Charcot qui dépendait de la Croix-Rouge, parce que leurs gestionnaires avaient tourné le dos à leur vocation sociale.

Or cet article autorisera les établissements de santé privés à devenir gestionnaires des centres de santé, dévoyant ainsi le rôle social de ces institutions qui risquent de devenir des aspirateurs à patients pour le privé. Une personne venant consulter dans un centre de santé se verra fortement conseiller d'être soigné dans l'établissement gestionnaire où les tarifs seront bien plus forts.

Pour éviter que les centres de santé ne deviennent les vitrines commerciales d'établissements privés, nous demandons qu'il soit garanti à ces patients que leur prise en charge dans un établissement de santé gestionnaire d'un centre de santé soit assurée aux tarifs opposables et sans avances de frais. *(Applaudissements sur les bancs CRC-SPG)*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous avons déjà, à l'article L. 6112-3, étendu la garantie des tarifs opposables aux soins pratiqués en réhospitalisation ou consécutifs à une prise en charge dans le cadre d'une mission de service public. Il ne serait pas raisonnable d'étendre cette prise en charge à des établissements qui, en outre, pourraient très bien ne pas remplir de missions de service public. Avis défavorable aux n°305 et 388.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le projet de loi ouvre aux établissements de santé la possibilité de créer des centres de santé compatibles avec les schémas régionaux d'organisation des soins et qui feront l'objet de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Ces contrats prévoient les modalités financières d'accès aux soins et il est inutile de légiférer en ce domaine. En outre, cela ouvrirait la voie à de possibles dérives : le seul fait d'avoir consulté au départ dans un centre de santé ne peut déterminer définitivement la nature de la prise en charge indépendamment de la nature de la pathologie et des soins. Avis défavorable.

**M. François Autain.** – Devant le risque que ces centres soient utilisés à des fins lucratives, nous sommes contre leur création par des établissements de santé privés. On ne peut accepter qu'un malade sorte d'un de ces centres pour aller ensuite dans un établissement privé où il supportera des dépassements d'honoraires. Si les amendements ne sont pas votés, il y aura fatalement des dérives. Ces amendements sont des précautions indispensables.

*L'amendement n°305 n'est pas adopté.*

**M. Bernard Cazeau.** – La ministre nous reproche notre absence de propositions. Dieu sait pourtant si nous en avons fait ; mais bien peu ont été retenues.... Ici, nous proposons de mettre le doigt dans un engrenage vertueux. Je ne suis pas contre ces centres de santé mais il aurait été bon d'enclencher ici la procédure d'opposabilité et du maintien des tarifs conventionnels. D'autant que les médecins libéraux n'y seraient pas opposés. Dommage ! Une fois de plus, on refuse notre proposition. La ministre affirme vouloir aller dans ce sens lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il aurait été bon de commencer ici...

*L'amendement n°388 n'est pas adopté.*

### **Paragraphes XIII à XV**

*XIII. - L'article L. 6323-2 du même code est abrogé.*

*XIV. - L'article L. 6111-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les établissements de santé peuvent créer et gérer les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du présent code. »*

*XV. - Les articles L. 6161-3-1, L. 6161-6, L. 6161-7, L. 6161-8, L. 6161-9 et L. 6161-10 du même code sont abrogés.*

**M. le président.** – Amendement n°306, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Supprimer le XIII de cet article.

**M. Jacky Le Menn.** – Le XIII de l'article premier abroge l'article 6323-2 du code de la santé publique. Nous proposons de rétablir l'instance nationale de concertation des centres de santé.

**M. le président.** – Amendement identique n°389, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

**Mme Annie David.** – Cette instance nationale, « présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant notamment les représentants de l'État, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé », permet une concertation sur toutes les dispositions réglementaires concernant les centres de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en place. Prévue par loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades -une loi qui visiblement vous mécontente (*Mme la ministre le conteste*) puisque, texte après texte, vous la détricotez alors pourtant qu'elle a été élaborée par votre collègue Bernard Kouchner -, cette instance ne s'est, à ce jour, jamais réunie. Vous en prenez prétexte pour tenter de la supprimer mais, en réalité, cette absence de réunion révèle au mieux le manque d'intérêt du Gouvernement pour les centres de santé, au pire son hostilité à leur encontre, car c'est à la personne qui préside ce comité de le convoquer. Cette présidence, vous en avez la charge, madame la ministre.

Pourtant, les centres de santé, malgré les difficultés qui sont les leurs, notamment en raison du manque de financement gouvernemental, contribuent à la santé des Français, notamment des plus démunis. Les centres de santé dentaires, par exemple, sont les seuls à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires. Cette particularité, dans une profession médicale où il est très difficile de trouver un médecin conventionné en secteur 1, devrait être encouragée plutôt que méprisée.

Les centres de santé ne sont pas non plus associés au Comité national de l'organisation sanitaire et sociale ni à la Conférence nationale de santé. C'est dire qu'avec la suppression de cette instance, on leur interdirait de participer nationalement à la définition de la politique de santé. C'est regrettable, surtout lorsqu'on annonce vouloir trouver des formes de rémunérations autres qu'à l'activité. (*Applaudissements sur les bancs CRC-SPG*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est inutile de maintenir cette instance. Non pas seulement parce qu'elle ne s'est pas réunie mais surtout parce que ce projet de loi entend impulser une réflexion sur les différentes structures de soins.

Il serait beaucoup plus intéressant pour ces centres de santé d'être associés aux parcours de santé que de disposer de cette instance nationale : je suis défavorable au deux amendements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne peux laisser dire que je serais opposée aux centres de santé. Le projet de loi de financement de la sécurité

sociale leur a accordé des prérogatives supplémentaires et j'ai reconnu à diverses reprises leur caractère irremplaçable dans la prise en charge des populations et des quartiers les plus en difficulté ; je propose aujourd'hui de nouvelles ouvertures.

L'instance en question ne s'est jamais réunie car elle n'a pas été créée. D'ailleurs, vos amis non plus n'ont pas jugé opportun de le faire.

**M. François Autain.** – Ils n'en ont pas eu le temps !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ces centres de santé ont des cultures assez différentes et leurs responsables préfèrent se réunir en fédération plutôt que sous la houlette d'une structure nationale. Je suis donc défavorable à ces deux amendements, d'autant qu'il ne s'agit pas de maintenir cette instance, mais de la créer.

**M. Guy Fischer.** – La loi l'a créée !

**M. François Autain.** – Pourquoi cette instance ne s'est-elle jamais réunie ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Parce qu'elle n'a pas été créée !

**M. François Autain.** – Le président de la commission s'est livré à une étude sur la loi du 4 mars 2002 : à peu près la moitié de ses articles ne sont pas applicables, faute de décret !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il n'y a pas que pour cette loi !

**M. François Autain.** – Il est vrai qu'il s'agit d'un texte sur les droits des malades et le Gouvernement semble assez réticent à sa mise en œuvre. Si cette instance n'a pas été créée, c'est sans doute parce que vous ne vouliez pas qu'elle se réunisse. En outre, les responsables de centres de santé que j'ai pu rencontrer ne semblent pas vouloir se réunir en fédération, contrairement à ce que vous dites, madame la ministre. Enfin, le gouvernement de gauche de 2002 n'a pas disposé de beaucoup de temps pour créer cette instance : la loi a été votée le 4 mars et la droite est arrivée au pouvoir en mai !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il aurait dû le faire !

**M. François Autain.** – Vous auriez dû créer cette instance !

*Les amendements identiques n°s 306 et 389 ne sont pas adoptés.*

**M. le président.** – Amendement n°390, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le XIII de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *ter* ainsi rédigé :

« Chapitre III *ter*

« Dispositions communes

« Art. L. ... - Afin de permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires qui peuvent concerner les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en place, il est créé une instance nationale présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant notamment les représentants de l'État, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé, ainsi que des professionnels de santé des maisons de santé et des pôles de santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de fonctionnement ainsi que la liste des membres admis à participer aux travaux de cette instance nationale. »

**Mme Isabelle Pasquet.** – Il s'agit d'un amendement de repli.

Dans la mesure où vous n'avez pas souhaité conserver l'instance nationale de concertation, nous proposons de créer un nouvel organe de concertation intégrant toutes les formes d'exercice collectif de la médecine de proximité et de premiers recours.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – C'est exactement le texte de 2002 !

**Mme Isabelle Pasquet.** – Visiblement, une partie de l'UMP est plutôt hostile à ces centres de santé... (*Protestations sur les bancs UMP*)

**M. Alain Gournac.** – C'est faux !

**Mme Isabelle Pasquet.** – ...car les médecins qui y exercent ont choisi d'être salariés. Ce choix n'a pourtant aucune incidence sur le nombre de patients accueillis par jour. Ces médecins préfèrent un exercice collectif et pluridisciplinaire, comme le font d'ailleurs leurs confrères qui exercent en maison de santé, à ceci près qu'ils ne veulent pas être rémunérés à l'acte. Nous proposons donc d'instaurer une nouvelle instance de concertation qui intégrerait tous les professionnels ayant opté pour un mode collectif de la médecine de ville. (*Applaudissements sur les bancs CRC-SPG*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je ne suis pas davantage favorable à cet amendement qu'aux précédents. Plutôt que de créer une instance nationale, nous préférons faire confiance aux concertations qui ont lieu sur le terrain.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même remarques que précédemment : défavorable.

**M. Alain Gournac.** – Je ne peux accepter entendre nos collègues communistes dire qu'une partie de l'UMP est hostile aux centres de santé !

**M. Guy Fischer.** – Cramponnons-nous ! (*Sourires*)

**M. Alain Gournac.** – C'est faux ! D'ailleurs, si c'était vrai, je ne prendrais pas la parole. Bien

évidemment, nous ne voterons pas cet amendement. (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

*L'amendement n°390 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°391, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le second alinéa du texte proposé par le XIV de cet article pour l'article L. 6111-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

de santé

par les mots :

publics de santé ou privés d'intérêt collectif

**M. Michel Billout.** – Cet amendement permettra à nos collègues UMP de préciser leur position sur les centres de santé. (*Murmures sur les bancs UMP*)

Nous ne sommes pas opposés à cette mesure qui désengorgera les urgences des hôpitaux en donnant la possibilité aux établissements de santé de disposer, au plus près des populations, d'un lieu d'accueil pluridisciplinaires pour dispenser des soins aux patients dont les pathologies ne relèvent pas de l'hôpital. En outre, cette disposition permettra aux patients qui n'ont pas les moyens de payer une consultation libérale de ne pas aller aux urgences.

Toutefois, les centres de santé ne peuvent se limiter à être un service extérieur à l'hôpital. Ils doivent définir un projet médical afin de satisfaire les besoins des populations.

Nous proposons de limiter la création de centres de santé aux seuls établissements de santé publics ou privés à but non lucratif afin d'éviter que des centres de santé créés et gérés par des cliniques commerciales ne leur servent de produit d'appel leur permettant ensuite de recruter des malades. Il faut donner la priorité aux malades plutôt que de développer la médecine lucrative. (*Applaudissements sur les bancs CRC-SPG*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il serait contraire au droit européen d'interdire aux établissements à but lucratif de créer des centres de santé. (*Exclamations à gauche*) Avis défavorable car nous ne voulons pas nous attirer les foudres de la Commission.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Au-delà de cette explication juridique, nos concitoyens ne comprendraient pas que nous interdisions aux cliniques privées de créer des centres de santé. Vos craintes ne sont pas fondées : la notion de produit d'appel ne correspond pas à la réalité. Loin d'être des structures légères et lucratives, ces centres nécessitent des investissements lourds et leur rentabilité est faible, pour ne pas dire négative. On ne peut pas dire que les établissements privés ne pensent qu'aux profits et leur interdire de créer des maisons de santé qui sont le plus souvent déficitaires. En outre, les patients ont le droit de changer à tout moment de médecin et de lieu d'hospitalisation. Un

malade suivi par un centre de santé n'est pas obligé de se rendre dans l'établissement privé qui a créé ce centre ! Enfin, et Dieu merci, l'immense majorité des actes faits dans les centres de santé ne sont pas suivis d'une hospitalisation.

Votre argumentation est donc irrecevable ; avis défavorable.

**M. Bernard Cazeau.** – Il est aujourd'hui indispensable de développer les centres de santé, car chacun doit pouvoir accéder à ce système. Je regrette que nos collègues de la majorité bloquent souvent sur des points qui permettraient des évolutions, mais je constate que nos collègues du groupe CRC-SPG font de même ici. Bien sûr, il peut y avoir des dérives sur un sujet aussi complexe mais vous aurez beau élever des murs de dix mètres autour du stade, il y aura toujours des resquilleurs ; faut-il pour autant renoncer à organiser le match ? Les centres de santé peuvent devenir des aspirateurs de clientèle, mais il y aura toujours des risques de dérives... Il serait dommage de ne pas lancer une expérimentation qui peut être passionnante. Elle peut modifier les idées des jeunes médecins, qui sont bien différents du docteur de grand-papa travaillant soixante heures par semaine et de garde tous les jours de la semaine. Cela, c'est terminé et il faut en prendre conscience.

Il convient aussi d'être attentif aux réactions de l'Assemblée nationale. *Les Échos* annoncent que M. Accoyer réclame une deuxième lecture et déclare avoir le feu vert de l'Élysée. Hier encore, on nous a pourtant dit que la déclaration d'urgence ne sera pas levée. Qu'on ne joue pas au chat et à la souris avec les sénateurs, qu'ils soient de droite ou de gauche : est-ce oui ou non ?

**M. Charles Revet.** – Ce n'est pas l'objet de l'amendement.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Cet amendement est caractéristique de tout ce qui nous sépare. Il faudrait essayer d'aplanir cette difficulté. Nous voulons mettre tous les soins à la disposition de l'ensemble de nos concitoyens et pour cela, il faut sortir du conflit entre public et privé, que vous essayez de rallumer. Nous savons ce qui se passe dans nos départements respectifs où, en effet, les médecins de 30 ou 40 ans ne sont plus ce que nous avons connus autrefois. Il faut donc multiplier les centres de santé pour que chacun puisse y avoir accès. C'est pour cela que nous ne pouvons accepter cet amendement. (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

**M. Jean-Jacques Mirassou.** – A ceci près que l'environnement économique et social a également changé, singulièrement dans les quartiers difficiles. Au moment où je vous parle, un médecin de secteur 1 qui veut y pratiquer n'a pas le droit d'appliquer le tiers-payant. (*M. le président de la commission s'étonne*) Il lui faut pour cela obtenir une dérogation auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie. Cela dépasse largement ce qu'a dit M. Fourcade. Améliorer l'accès

aux soins dans les quartiers difficiles n'est pas affaire d'idéologie mais requiert de nouvelles façons d'exercer la médecine et de répondre aux attentes des praticiens comme de leurs patients.

**M. François Autain.** – Oui, il y a bien un clivage entre votre conception et la nôtre parce que nous pensons que la concurrence est un facteur d'éviction, comme on le voit aux États-Unis où 50 millions de personnes, privées de couverture sociale, n'ont plus accès aux soins. Nous sommes opposés au concept de rentabilité qui légitime, pour la ministre, la création de centres de santé gérés par des établissements privés.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous travestissez mes propos !

**M. François Autain.** – On accuse les centres de santé de gaspillage parce qu'ils sont déficitaires. Mais s'ils le sont, c'est qu'ils prennent en charge une population très défavorisée et présentant des pathologies complexes requérant des actes longs, des entretiens, voire une intervention sociale que l'assurance maladie ne prend pas en compte. Si on les oblige à devenir rentables, ils n'accompliront plus leur mission.

Peut-être avons-nous tort de nous inquiéter ; il y aura peu de centres privés parce que le privé ne s'engagera guère dans des opérations peu rentables auprès d'une population insolvable. Reste que, sur le principe, nous devons faire la différence entre notre conception et celle qui place la rentabilité avant la satisfaction des besoins. (*Approbatons sur les bancs CRC-SPG, protestations à droite*)

*L'amendement n°391 n'est pas adopté,  
le groupe socialiste s'abstenant.*

### **Paragraphes XVI à XIX**

*XVI. - Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception.*

*Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3-1, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de*

soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du présent XVI, les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, leur sont applicables.

XVII. - Les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, en application de l'article 25 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et l'article L. 6145-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du présent XVII, les deuxième à sixième alinéas du XVIII bis leur sont applicables.

XVIII. - Les centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance prévue au 2° de l'article 33 de la présente loi, les articles L. 6112-3, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables.

Jusqu'à la date mentionnée au troisième alinéa du présent XVIII, le dernier alinéa de l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, leur reste applicable. Les deuxième à sixième alinéas du XVIII bis leur sont applicables.

XVIII bis. - Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XVI, les dispositions suivantes sont

applicables aux établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique ou le compte financier font apparaître un déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du même code.

Si l'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements ou services qui relèvent de la compétence tarifaire du représentant de l'État ou du président du conseil général, l'administrateur provisoire est désigné conjointement par le représentant de l'État dans le département et le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.

XIX. - Les contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier conclus en application de l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, ne sont pas renouvelés. Ils prennent fin au plus tard à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

**M. le président.** – Amendement n°157, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

I. - Dans la première phrase du deuxième alinéa du XVI de cet article, après la référence :

L. 6155-1

insérer les mots :

et L. 6161-5-1

II. - Dans la première phrase du deuxième alinéa du XVII de cet article, après le mot :

articles

insérer les références :

L. 6112-3-1, L. 6112-6, L. 6112-7

et remplacer les mots :

l'article L. 6155-1

par les mots :

les articles L. 6145-1, L. 6155-1 et L. 6161-5-1

**M. Paul Blanc.** – Cet amendement de cohérence reconnaît aux établissements de santé privés d'intérêt collectif la faculté d'admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux à participer à l'exercice de leurs missions, comme la commission l'a prévu pour les établissements publics de santé.

*L'amendement identique n°259  
n'est pas soutenu.*

**M. le président.** – Amendement identique n°346, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – L'Assemblée nationale et notre commission des affaires sociales ont reconnu aux établissements publics de santé la faculté d'admettre à participer à leurs missions des médecins, des sages-femmes et des odontologistes pratiquant à titre libéral. Nous reconnaissons parallèlement la même faculté aux établissements privés d'intérêt collectif par cet amendement de cohérence qui assemble en conséquence les dispositions transitoires nécessaires.

Je reviens maintenant sur le problème abordé par M. Cazeau. J'ai eu l'honneur de défendre hier une motion de renvoi en commission. Évoquant la question de l'urgence, je m'étais étonné des déclarations contradictoires du Président de la République. Or la presse nous apprend que l'Élysée aurait donné son feu vert à M. Accoyer pour une deuxième lecture. Qu'en est-il exactement ? Le Sénat travaille sur ce texte : apprendre plus tard, par la presse, la levée de l'urgence serait particulièrement désobligeant. Je repose la question : oui ou non, l'urgence sera-t-elle levée ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cette question n'a pas de rapport direct avec les amendements... Le président de l'Assemblée nationale a simplement rappelé la procédure parlementaire : comme l'urgence est déclarée, après une lecture dans chaque Assemblée, il y aura une commission mixte paritaire.

Si la CMP échouait il y aurait -mais c'est la procédure normale !- une nouvelle lecture. Le Sénat a apporté des éléments très intéressants, compatibles avec la vision développée par l'Assemblée nationale ; la concertation entre les deux assemblées va se poursuivre et je suis très confiante dans l'issue positive de la CMP.

**M. Adrien Gouteyron.** – Voilà ! C'est parfaitement clair !

**M. le président.** – Amendement n°897 rectifié *ter*, présenté par MM. Barbier, Collin, Alfonsi, Baylet, Charasse, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Vall, Tropeano et Vendasi.

Dans la première phrase du deuxième alinéa du XVI de cet article, après la référence :

L. 6155-1

insérer la référence :

et L. 6161-5-1

**M. Gilbert Barbier.** – Mon amendement va dans le même sens que ceux de mes collègues : il est important de donner cette pleine faculté aux établissements privés, par cohérence avec les autres dispositions du présent projet de loi.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Favorable aux amendements n°s 157 et 346...

**M. Charles Revet.** – Très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je suis également favorable au n°897 rectifié *ter*, mais il sera satisfait si les deux autres sont adoptés.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis surprise : le Sénat a voté hier soir unanimement un amendement ouvrant cette possibilité. Cela s'est passé tard dans la nuit, certes... (*Rires*)

**Mme Isabelle Debré.** – Très bien !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Ce que nous avons voté vaut aussi pour la période transitoire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bien sûr. C'est pourquoi ces amendements sont en recul par rapport à celui adopté hier, qui valait définitivement et transitoirement !

*Les amendements n°s 157, 346  
et 897 rectifié *ter* sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°164, présenté par M. Gouteyron.

Compléter le XVI de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

L'article L. 6161-9 du code de la santé publique est applicable aux établissements mentionnés au premier alinéa.

**M. Adrien Gouteyron.** – Je pense que votre réponse, madame la ministre, s'applique aussi à cet amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Oui.

**M. Adrien Gouteyron.** – L'amendement dont vous parlez est bien le n°162 que j'ai présenté hier soir et qui a été sous-amendé ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Exactement.

*Les amendements n°s 164 et 165 sont retirés ainsi que le n°307.*

**M. le président.** – Amendement n°1213, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le XVIII de cet article :

XVIII. - Les centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il est défendu, j'ai évoqué longuement hier soir les centres de lutte contre le cancer.

*L'amendement n°1213, accepté par la commission, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°392, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le XVIII bis de cet article.

**Mme Annie David.** – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu une tutelle du directeur de l'agence régionale sur les établissements de santé publics en déficit. Nous avons dit notre hostilité à une telle mesure qui jette le discrédit sur les gestionnaires des établissements. Le directeur de l'agence régionale pourra exiger un plan de redressement et placer l'établissement sous tutelle si aucun plan ne lui est présenté ou si ce plan a été inopérant. L'ARS pourra demain exiger des suppressions de postes. Autrement dit, vous organisez un plan social d'ampleur à l'hôpital.

Cette procédure est historique : c'est la toute première fois que le ministère se permet une telle confiscation des pouvoirs. Elle est inique : si les établissements sont en déficit, c'est en raison du mode de financement que votre majorité a choisi...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Affirmation gratuite !

**Mme Annie David.** – ...contre l'intérêt général et dans le seul but de limiter les dépenses publiques.

Cet article est pernicieux, il laisse penser que les directeurs sont responsables du déficit et que, sous l'autorité de l'ARS, un retour à l'équilibre est possible. Quel mépris... Nous craignons de la part de l'ARS des décisions de gestion radicales et autoritaires, telles

que des fusions forcées. Après des Ondam et des dotations insuffisants, l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité n'a pas manqué d'entraîner des dépenses supplémentaires considérables. Ce sous-financement est particulièrement sensible pour les services des urgences.

Vous adressez au personnel hospitalier un signal de méfiance. Les manifestants présents devant le Sénat le 28 avril dernier -ils étaient 10 000- m'ont fait part du même constat : les financements se raréfient. Ils seront là aujourd'hui également, ils vous diront leur mécontentement. Nous demandons un scrutin public.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable : le paragraphe visé par l'amendement reprend des dispositions disjointes de la loi de financement de la sécurité sociale par le Conseil constitutionnel, qui avait douté de leur effet sur les dépenses sociales. Néanmoins, cette procédure peut concourir au maintien de l'offre de soins par un retour à l'équilibre d'établissements en déficit.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – En 2007, 54 % des établissements hospitaliers publics étaient en excédent budgétaire : en 2008, la proportion atteint 60 %. *(On s'en félicite sur plusieurs bancs à droite)* Les niveaux de déficit ont également diminué. Bref, le déficit n'est pas une fatalité. Je précise que 20 % du déficit global est concentré sur quatre établissements, 50 % sur onze. Les difficultés budgétaires, ne nous le cachons pas, sont le plus souvent dues à des défaillances de gestion. L'administration provisoire par l'ARS signifie une aide logistique, éventuellement financière, pour accélérer le retour à l'équilibre. Comment peut-on la refuser ? Défavorable.

**M. André Lardeux.** – La procédure fonctionne déjà pour les établissements médico-sociaux, et tant mieux car c'est une mesure de sauvegarde.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Tout à fait.

**M. Bernard Cazeau.** – Nous ne voterons pas cet amendement car certaines dérives méritent des contrôles.

*A la demande du groupe CRC-SPG, l'amendement n°392 est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici les résultats du scrutin :

|   |     |
|---|-----|
| Nombre de votants.....                        | 334 |
| Nombre de suffrages exprimés.....             | 334 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés ..... | 168 |
| Pour l'adoption .....                         |     |
|   | 24  |
| Contre .....                                  |     |
|   | 310 |

*Le Sénat n'a pas adopté.*

**M. le président.** – Le moment est venu de se prononcer sur l'article premier.

**M. Jacky Le Menn.** – Cet article premier a donné lieu à de longs débats auxquels nous avons participé activement...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il reste 991 amendements !

**M. Jacky Le Menn.** – ...et au terme desquels très peu de nos amendements ont été adoptés.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Évidemment ! Vous êtes dans l'opposition !

**M. Jacky Le Menn.** – Cela n'est en rien surprenant puisque nos propositions visaient à limiter le principal danger de ce dispositif. Si les manifestations, auxquelles se joignent patients et élus (*exclamations à droite*), se poursuivent dans les principales villes de France...

**M. Alain Gournac.** – Elles sont moins nombreuses !

**M. Jacky Le Menn.** – ...c'est que cette réforme marque un basculement dans la conception du service public de la santé après celui de l'éducation nationale ou encore de l'enseignement supérieur. Vous n'empêchez pas les Français de considérer cette évolution dangereuse. Pour encadrer le transfert des missions de service public, nous vous proposons de créer des blocs de missions afin de ne pas laisser à un « partenaire », pour reprendre la curieuse terminologie actuelle, l'échappatoire de sélectionner les seules missions conformes à sa stratégie de développement. Ce n'est pas témoigner de la méfiance envers les établissements de santé privés que de prévoir ce dispositif (« Ah ! » à droite) mais prendre acte de leur logique commerciale.

Nos propositions ayant été rejetées pour des motifs idéologiques (*même mouvement*), nous ne pourrions voter cet article premier. Ce serait non seulement rendre un mauvais service aux malades actuels et futurs et aux soignants (*marques d'impatience à droite*) mais aussi encourager le Gouvernement à accélérer le démantèlement du service public, à commencer par celui de la santé.

En outre, la remise en question des petites avancées obtenues en commission sur le renforcement du rôle du conseil de surveillance en matière de sécurité, de qualité, de budget, ou encore d'investissement, ou sur la nomination des experts et des représentants des usagers en son sein ne nous incite guère à faire confiance.

**M. le président.** – Veuillez conclure.

**M. Jacky Le Menn.** – Le vice fondamental de ce texte est d'organiser la casse du service public et, de manière symbolique, dès son article premier. Nous voterons contre ! (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

**M. François Autain.** – Je serai bref... (« Ah ! » à droite)

**M. Gilbert Barbier.** – Cela nous changera !

**M. François Autain.** – Cet article premier constitue la clé de voûte d'un texte qui consacre la disparition du service public hospitalier (*protestations à droite, M. Jean-Pierre Michel applaudit*) créé en 1970 par la loi Boulin, après que des réformes successives, notamment la réforme financière, l'ont gravement déstabilisé. Les chiffres que vient de citer Mme la ministre démontreraient que la situation de l'hôpital public s'est améliorée. En termes de rentabilité financière, peut-être ; mais la lutte contre le déficit a un coût. Elle passe par des licenciements de personnels, une qualité des soins qui ne va pas s'améliorant et des patients qui ne sont plus pris en charge parce que considérés non rentables. Nous voterons donc contre !

**M. Gérard Dériot.** – Cet article premier constitue une avancée pour mobiliser l'ensemble des acteurs de notre système de santé. J'entends dire que nous voulons supprimer le service public, c'est l'inverse !

**M. Alain Gournac.** – Très bien !

**M. Gérard Dériot.** – Nous renforçons le service public, nous lui donnons les moyens de mieux fonctionner. J'en veux pour preuve que les réformes précédentes ont porté leurs fruits avec 60 % des établissements désormais à l'équilibre budgétaire. Un patient n'est pas mieux soigné parce que l'établissement est en déficit ! (*Applaudissements à droite ; protestations sur les bancs CRC-SPG*)

**M. Alain Gournac.** – Bravo !

**M. Jean-Jacques Mirassou.** – C'est ridicule !

**M. Gérard Dériot.** – Quant aux personnels des établissements publics de santé, ils ne sont pas licenciés. Et pour cause, ils appartiennent à la fonction publique hospitalière ! (*M. Alain Gournac s'esclaffe*)

Ce n'est pas possible ! Il est faux de dire que nous braderions le service public.

**M. François Autain.** – Comme d'habitude, nous n'avons rien compris...

**M. Gérard Dériot.** – Le pharmacien que je suis a toujours rempli une mission de service public tout en étant à son compte. C'est de la bonne gestion que d'utiliser l'ensemble des moyens à notre disposition.

Il va de soi que le groupe UMP votera cet article premier. (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

*A la demande du groupe CRC-SPG, l'article premier, modifié, est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici les résultats du scrutin :

|   |     |
|---|-----|
| Nombre de votants.....                        | 341 |
| Nombre de suffrages exprimés.....             | 337 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés ..... | 169 |

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Pour l'adoption ..... | 187 |
| Contre .....          | 150 |

*Le Sénat a adopté.*

L'article premier bis A est adopté.

### Article premier bis

(Texte modifié par la commission)

I. - Après le cinquième alinéa de l'article L. 5126-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmacies à usage intérieur peuvent approvisionner en médicaments réservés à l'usage hospitalier les établissements de santé délivrant des soins à domicile ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur. »

II. - Après l'article L. 5126-5 du même code, il est inséré un article L. 5126-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5126-5-1. - Les établissements de santé délivrant des soins à domicile qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur peuvent confier à des pharmacies d'officine, dans des conditions précisées par voie réglementaire, une partie de la gestion, de l'approvisionnement, du contrôle, de la détention et de la dispensation des médicaments non réservés à l'usage hospitalier, ainsi que des produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles. »

III. - L'article L. 5121-1 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, après les mots : « à l'article L. 5125-1 », sont insérés les mots : « ou à l'article L. 5126-2 » ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après les mots : « disponible ou adaptée », le mot : « dans » est remplacé par le mot : « par » ;

b) Après les mots : « en application de l'article L. 5124-9 », sont insérés les mots : « ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-2 ».

IV. - Avant le dernier alinéa de l'article L. 5126-2 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour certaines catégories de préparations, une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut confier, par un contrat écrit, la réalisation de préparations à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Ces préparations sont réalisées en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5. »

V. - L'article L. 5126-14 du même code est ainsi complété :

« 7° Les modalités d'application du 2° de l'article L. 5126-2, et notamment les catégories de préparations concernées. »

**M. le président.** – Amendement n°166, présenté par M. Gouteyron.

Rédiger comme suit le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 5126-5-1 du code de la santé publique :

« Art. L. 5126-5-1. - Les établissements de santé délivrant des soins à domicile qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur et les établissements de santé répondant à des conditions fixées par voie réglementaire, peuvent confier à une pharmacie d'officine une partie de la gestion, de l'approvisionnement, de la préparation, du contrôle, de la détention et de la dispensation des médicaments, ainsi que des produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles. Les médicaments précités ne peuvent être ceux réservés à l'usage hospitalier.

« Les dispositions régissant les rapports, prévus ci-dessus, entre les établissements de santé et les pharmacies d'officine, sont précisées par voie réglementaire. »

**M. Adrien Gouteyron.** – Dans certaines zones géographiques, les petits et moyens établissements de santé peinent à rassembler les compétences de pharmaciens et de préparateurs qui seraient nécessaires à la constitution et au bon fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur hospitalière sur base d'emplois à plein temps. Entrer dans une GCS pharmaceutique avec des établissements hospitaliers voisins pourrait être une bonne solution à moyen et long terme. Mais, pour le moment, très peu d'établissements hospitaliers sont effectivement en mesure d'organiser une prestation pharmaceutique de bonne qualité, à distance, pour le compte d'autres établissements. Dans la majorité des cas, il n'est même pas possible d'apporter une dispensation journalière individuelle nominative des médicaments pour leurs propres services internes.

Dès lors, il est utile et pragmatique d'élargir l'amendement voté à l'Assemblée nationale aux établissements de santé assurant aussi de l'hospitalisation complète et de jour, pour des coopérations avec des officines dans des conditions que la réglementation fixera, tant pour l'éligibilité des établissements que pour les conditions techniques de fonctionnement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est favorable à cet amendement. Elle partage bien sûr le souci de Mme la Ministre d'assurer la plus grande rigueur dans la gestion de la chaîne du médicament, mais elle compte pour cela sur le pouvoir réglementaire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce n'est évidemment pas moi qui contesterai les compétences des pharmaciens d'officine !

Le problème que vous évoquez change de nature selon qu'il s'agit de soins dispensés à domicile ou dans le cadre d'un établissement de santé. Songez que 30 % des « événements indésirables graves » sont liés à la dispensation de médicaments ! La sécurité du circuit est donc essentielle pour les patients. Nous avons en mémoire le terrible accident

de Noël dernier. Il n'est rien de pire que de perdre un enfant.

La possibilité évoquée par M. Gouteyron reviendrait à rompre la chaîne de sécurité du médicament ; c'est une prise de risque que je ne suis pas prête à assumer. En revanche, j'ai demandé à mes services de préparer un parcours encore plus sûr, ce qui est indispensable avant toute éventuelle modification des modalités de gestion. Dans ces conditions, M. Gouteyron pourrait retirer son amendement.

**M. Adrien Gouteyron.** – Votre argumentation porte, même si ce que je propose a déjà existé et que j'avais insisté sur les nécessaires précautions à prendre, lesquelles relèvent de l'administration. J'ai compris que vos services étaient en train d'étudier la question. Quels que soient ma conviction et les constats qu'on peut faire sur les besoins des établissements petits, et même moyens, je suis prêt à retirer mon amendement pourvu que vous me garantissiez que vos propos ne sont pas dilatoires.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les travaux ont déjà commencé et vous serez informé de leur suivi.

*L'amendement n°166 est retiré.*

**M. Charles Revet.** – Je voulais soutenir cet amendement. Puisqu'il a été retiré, je ne puis plus que m'exprimer sur l'article.

Le problème soulevé par M. Gouteyron est extrêmement important et appelle une solution. Pensez aux nouveaux besoins liés au vieillissement de la population ! Les établissements de santé devront donc étendre leur action, ce qui est une bonne chose.

Si l'on décide de procéder par appels d'offres, des officines vont disparaître. Il est pourtant nécessaire de les préserver car elles remplissent d'autres missions. En outre, ces pharmaciens qualifiés travaillent pour des établissements qui interviennent à domicile.

**M. Gérard Dériot.** – Contrairement à ce qu'a dit François Autain, la loi du 4 mars 2002 ne nous gêne pas car nous avons alors obtenu que les pharmacies d'officine puissent fournir les Epad, pour des raisons de proximité et pour leur présence sur le terrain.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous n'avons pu obtenir que l'étude prévue soit reportée d'un an. Il a été décidé que ce rapport sera remis en octobre, ce qui limite l'expérimentation à six mois. L'expérience des pharmaciens sur le terrain montre déjà que la procédure d'appels d'offres pour la fourniture des petits établissements crée des difficultés. Si les conclusions de l'étude aboutissent à rendre cette procédure obligatoire, il sera difficile de leur fournir quotidiennement les médicaments prescrits. En outre, les résultats de l'étude peuvent varier selon les paramètres choisis : j'espère que les bons choix ont été faits !

Si la fourniture est centralisée, certains médicaments risquent de manquer et il faudra aller les chercher. Cela ne sera pas imputé sur le budget des soins mais de l'hébergement ou du transport. Une réponse immédiate et simultanée doit être apportée aux médecins prescripteurs et cela est plus difficile avec des commandes groupées. J'espère donc que les résultats de l'étude nous permettront de revenir aux pratiques antérieures. *(Applaudissements sur les bancs UMP)*

*L'article premier bis est adopté, ainsi que l'article premier ter.*

## Article 2

(Texte modifié par la commission)

I. - Supprimé par la commission

II. - *L'article L. 6144-1 du même code est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 6144-1. - Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.*

*« Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.*

*« L'établissement public de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.*

*« Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »*

III. - *Les deux derniers alinéas de l'article L. 5126-5 du même code sont supprimés.*

IV. - *L'article L. 6161-2 du même code est ainsi modifié :*

*1° Au premier alinéa, les mots : « ne participant pas au service public hospitalier » sont supprimés ;*

*2° Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :*

*« La conférence médicale contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations médicales contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale de l'établissement est consultée pour tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs*

missions de service public conformément à l'article L. 6112-2.

« L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

« La conférence médicale d'établissement est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret. »

V. - Le premier alinéa de l'article L. 6113-8 du même code est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé transmettent aux agences régionales de santé et de l'autonomie, à l'État ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaires, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation. »

V bis. - Le premier alinéa du I de l'article L. 6122-13 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « soins », sont insérés les mots : « ou de l'installation d'un équipement matériel lourd » ;

2° Après le mot : « publique », sont insérés les mots : « ou à la continuité des soins assurée par le personnel médical ».

V ter. - Le 2° de l'article L. 6152-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel, ces personnels peuvent être recrutés par contrat de courte durée sans qu'il en résulte un manquement à la continuité des soins sont précisées par voie réglementaire ; ».

VI. - Le dernier alinéa de l'article L. 1151-1 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Ces règles sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute autorité de santé.

« L'utilisation de ces dispositifs médicaux et la pratique de ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis de la Haute autorité de santé, la liste de ces établissements ou précisent les critères au

vu desquels les agences régionales de santé et de l'autonomie fixent cette liste.

« Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches biomédicales définies au titre II du présent livre, et à celles relatives aux autorisations, aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et aux conditions techniques de fonctionnement définies aux chapitres II, III et IV du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie. »

VII. - Le dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

**Mme Annie David.** – Cet article revêt une très grande importance non seulement parce qu'il traite des infections nosocomiales mais parce qu'il permet de débattre du rôle de la communauté médicale et des autres acteurs dans la gestion hospitalière. Vous entendez réduire à une simple participation l'expertise et la connaissance des professionnels de santé réunis dans la conférence médicale d'établissement (CME). Nous aurions préféré que la lutte contre les événements indésirables soit confiée très clairement à la CME et que celle-ci propose un plan au directeur de l'établissement. A l'inverse, vous privilégiez la décision individuelle du directeur, le corps médical donnant un simple avis.

Vous transformez l'architecture de l'hôpital public afin de lui faire revêtir la forme voulue par le Président de la République, celle d'une « entreprise de soins ». Or, vous en conviendrez, les entreprises connaissent parfois, sous la contrainte de la rentabilité, des accidents industriels. A l'hôpital, il s'agit des infections nosocomiales qui résultent de la pression exercée sur des personnels en nombre insuffisant du fait de la sous-dotation des établissements publics de santé. La lutte contre les événements indésirables est liée à la qualité des soins et aux conditions d'accueil, au financement comme à l'organisation hospitalière.

Nous tenons à affirmer, dès cet article, que la séparation poussée à l'extrême entre la gestion médicale et la gestion administrative augmentera les risques. La logique administrative est celle de la réduction des dépenses et des coûts alors que la logique médicale vise la satisfaction des besoins de santé des patients. La prédominance du directeur de l'établissement, comptable en chef, annonce l'assujettissement des devoirs médicaux aux règles budgétaires. Nous l'avons déjà dénoncé lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, quand l'adoption des règles budgétaires précédait la réforme de l'organisation hospitalière. Telle est votre tactique : vous créez la contrainte économique puis vous l'imposez aux besoins. Nous y sommes opposés et voterons donc contre cet article.

**Mme Isabelle Pasquet.** – La question des infections nosocomiales mérite d'être débattue en toute sérénité et en toute transparence. D'après les

statistiques publiées sur le site internet de votre ministère, 4 000 personnes meurent chaque année des suites d'une infection nosocomiale. Pourtant, Philippe Juvin, secrétaire national de l'UMP chargé de la santé et médecin chef des urgences d'un hôpital de la région parisienne, estime que plus de 10 000 personnes décèdent ainsi chaque année. Je crains que cette déclaration, en plein débat sur la réorganisation hospitalière, ne participe qu'à discréditer davantage l'hôpital public, accusé de tous les maux. D'autant que ne sont pas distingués les accidents qui pourraient être évités et ceux qui sont inéluctables.

Madame la ministre, pouvez-vous nous informer précisément sur le nombre de décès résultant d'infections nosocomiales ? En prévoyant une sanction financière à l'encontre des établissements de santé qui ne rendraient pas publics les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, vous entretenez la confusion. Certes, cette obligation doit être assortie de contraintes mais si celles-ci consistent en une diminution des ressources des établissements de soins, les patients risquent d'en subir les conséquences. Paradoxalement, des obligations concernant la sécurité et la qualité des soins risquent d'aboutir au résultat inverse par le biais d'un appauvrissement des établissements de santé.

Madame la ministre, vous agissez comme si les accidents médicaux et les infections nosocomiales ne résultaient que de mauvaises pratiques et d'erreurs des professionnels de santé, sans tenir compte des conditions de travail de ces personnels, du manque de moyens et de l'ancienneté des structures et des dispositifs. Vous refusez ainsi de faire la part de ce qui peut être évité et de ce qui ne peut l'être. Mon groupe déposera donc des amendements destinés à éviter une sanction financière qui viendrait aggraver le manque de moyens existant.

**M. Bernard Cazeau.** – Je renonce à ma prise de parole : je m'exprimerai au sujet de l'article suivant.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La sécurité des soins est le fil rouge de ma politique de santé. La France n'a pas, dans ce domaine, à rougir de ses performances, et Mme Pasquet entretient la confusion. Le professeur Juvin parlait d'un total d'événements indésirables graves supposés. Les chiffres sont plus certains pour les maladies nosocomiales : la France est en tête pour son faible taux d'infections de ce type, qui causent 3 700 décès chaque année. C'est encore trop, mais ce chiffre témoigne de l'efficacité des procédés et des indicateurs utilisés dans le cadre d'une politique volontariste.

J'ai considérablement renforcé le dispositif en créant de nouveaux indicateurs, qui ne mesurent pas seulement les moyens mais les résultats, et nous publions la liste des établissements qui ne satisfont pas aux obligations de tenue. Celle-ci est même

qualifiée de liste noire, mais il est important d'agir dans la transparence, et le nombre de ces établissements diminue.

J'ai également créé huit centres de référence pour les affections ostéo-articulaires, particulièrement invalidantes. Je tiendrai à votre disposition le dossier de presse établi par mes services sur les maladies nosocomiales.

La commission a souhaité reporter à l'article premier la définition des obligations des établissements de santé en matière de qualité et de sécurité des soins et de gestion du risque, mais la déclinaison pratique de ces principes appartient à l'article 2. J'ai d'abord souhaité renforcer le rôle des commissions médicales d'établissement -ou des conférences médicales d'établissement dans le secteur privé- dans la mise au point de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. J'ai souhaité leur donner plus de liberté dans leur organisation interne, mais aussi les responsabiliser en les chargeant d'élaborer un programme d'actions assorti d'indicateurs précis. Les établissements publics auront la liberté de créer une ou plusieurs sous-commissions spécialisées dans ce domaine. Les institutions privées pourront organiser à leur guise le circuit des médicaments et définir leur politique relative aux dispositifs médico-stériles, à l'hémovigilance et aux maladies nosocomiales, ce dernier sujet relevant pour partie du règlement. Alors qu'on se contentait jusqu'ici de leur demander leur avis, les CME seront à la manœuvre et pourront veiller à la cohérence et à l'efficacité des mesures mises en œuvre. Les indicateurs de performance seront publiés chaque année. Seules quatre commissions représentant le personnel et les usagers resteront obligatoires : la CME, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), le comité technique d'établissement (CTE) et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Les établissements seront dans l'obligation de transmettre leurs données sanitaires, démographiques et économiques afin que l'ARS puisse élaborer des statistiques et des indicateurs.

L'article encadre également le recours à l'intérim médical, qui sera soumis au contrôle de l'ARS. Cette pratique comporte en effet des risques pour le patient puisqu'elle met en cause la cohérence et la continuité de la prise en charge.

Enfin, j'ai souhaité rendre la législation relative aux dispositifs médicaux et aux actes associés, qui sont soumis aux normes fixées par la Haute autorité de santé, effectivement applicable. Il doit être possible d'étendre, si nécessaire, le champ des mesures existantes à d'autres dispositifs. Je vous soumettrai tout à l'heure un amendement complémentaire. Des arrêtés préciseront quels sont les dispositifs concernés et fixeront leurs conditions techniques d'utilisation.

Cet article me paraît donc très important, et je serai très attentive à vos suggestions.

**M. le président.** – Amendement n°105 rectifié, présenté par MM. Gilles, Pointereau, Leclerc, Mme Goy-Chavent, M. Vasselle, Mlle Joissains et Mme Bruguère.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

contribue à l'élaboration de

par le mot :

élabore

**M. Bruno Gilles.** – Nous avons longuement débattu de cet amendement en commission. Il faut distinguer le projet médical du projet d'établissement : le premier est la réponse aux besoins sanitaires de la population, le second définit les conditions administratives et économiques de la mise en œuvre du premier. Même si d'autres organismes tels que les organisations représentatives des salariés ou la CSIRMT peuvent faire valoir leur point de vue, le projet médical relève des compétences de la CME.

**M. le président.** – Amendement identique n°313, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

**M. Yves Daudigny.** – Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins -mission essentielle des établissements de santé-, il convient de renforcer le rôle de la CME et d'inscrire dans la loi non pas qu'elle « contribue » à l'élaboration de la politique relative à ces questions mais qu'elle l'élabore pleinement.

**M. le président.** – Amendement n°167 rectifié, présenté par MM. Gouteyron et Pointereau.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, après les mots :

Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue

insérer les mots :

avec la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

**M. Adrien Gouteyron.** – Cet amendement prévoit que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques participe au même titre que la CME à la politique d'amélioration de la qualité ; le projet de soins ne peut être réduit au projet médical.

**M. le président.** – Amendement n°312, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. -Dans le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, après les mots :

La commission médicale d'établissement contribue  
insérer les mots :

avec la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique,

et après les mots :

sécurité des soins

insérer les mots :

sur la base des orientations adoptées par le conseil de surveillance dans les conditions visées à l'article L. 6143-1 du présent code ;

II. -Compléter le troisième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, par trois phrases ainsi rédigées :

« La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation contribue avec la commission médicale d'établissement à l'élaboration de la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle propose au directoire, en coordination avec la commission médicale d'établissement, un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par voie réglementaire. »

**M. Yves Daudigny.** – Cet amendement tend à associer l'ensemble de la communauté soignante à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il rappelle en outre que le conseil de surveillance est impliqué dans la définition des orientations fondamentales et stratégiques de l'établissement, y compris en ce domaine.

**M. le président.** – Amendement n°595 rectifié *bis*, présenté par MM. Collin, Baylet, Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Marsin, Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano et Vall.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1, après le mot :

contribue

insérer les mots :

, avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la démarche de soins, notamment la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique,

**M. Raymond Vall.** – Cet amendement reconnaît la participation de la CSIRMT à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable aux amendements identiques n°105 rectifié et 313 : la CME n'est pas seule à définir la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ni celle relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Avis également défavorable aux amendements n<sup>os</sup> 167 rectifié, 312 et 595 rectifié *bis* : il va sans dire que la CSIRMT participe à l'élaboration de cette politique. N'alourdissons pas le texte par des dispositions qui relèvent plutôt du règlement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les amendements n<sup>os</sup> 105 rectifié et 313 tendent à confier à la seule CME la charge de définir la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le projet de loi renforce considérablement les pouvoirs de cette commission à ce sujet mais cette politique n'est pas du domaine exclusif des médecins : toutes les professions paramédicales, les infirmiers, les aides-soignants, les ingénieurs biomédicaux et les personnels techniques ont aussi un rôle essentiel à jouer. En outre, la qualité et la sécurité des soins déterminent le niveau de performance et la réputation de l'établissement, et il n'est pas raisonnable d'écarter le président du directoire de sa conception. Retrait.

Les autres amendements prévoient que la CSIRMT participe à l'élaboration de cette politique. Je partage cet objectif mais il est déjà satisfait (*M. Nicolas About, président de la commission, le confirme*) : l'article dispose que la CME « contribue » à mettre au point cette politique, ce qui n'exclut pas l'intervention d'autres acteurs. Ce sujet concerne la communauté hospitalière tout entière.

Le cadre législatif actuel prévoit un représentant de cette commission des soins infirmiers à la CME et les textes réglementaires prévoient qu'elle est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Y associer le conseil de surveillance, ce serait mélanger les genres, ce serait contraire à l'esprit de ce projet de loi qui vise à clarifier les compétences au sein de l'hôpital. Ne confions donc pas la politique d'amélioration des soins à ce conseil : ce n'est pas son rôle ! Mais, bien entendu, il disposera d'indicateurs de suivi et j'ai accepté qu'il donne son avis sur cette politique. A chacun son métier...

**M. Yves Daudigny.** – Écrire que la commission « élabore » ne signifie pas qu'elle a le monopole de cette élaboration.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Si !

**M. Yves Daudigny.** – Quant au conseil de surveillance, nous ne demandons pas qu'il élabore la politique d'amélioration mais qu'il définisse des orientations qui serviront de base à cette élaboration.

**M. Jean-Jacques Mirassou.** – La ministre nous dit que le conseil de surveillance n'a pas à intervenir dans l'élaboration de la politique d'amélioration des soins : c'est ignorer que, si la responsabilité de l'établissement est engagée, les plaignants se retourneront contre le conseil de surveillance ! De récentes affaires de chirurgie stéréotaxique nous le rappellent. Instaurer un clivage étanche entre les soins

et ce conseil, c'est aller contre l'esprit partenarial qui doit inspirer la marche des établissements.

**M. Jacky Le Menn.** – Quel que soit son nom, qu'il soit « d'administration » ou « de surveillance », ce conseil sera saisi de tout ce qui concerne la qualité des soins. En cas de problème de qualité ou de sécurité, les patients s'adressent aux élus qui interviennent auprès du conseil ! C'est comme cela que cela se passe sur le terrain.

**M. Bruno Gilles.** – Pour faire plaisir au rapporteur et à la ministre, je retire mon amendement mais, pour rester cohérent avec moi-même, je m'abstiendrai sur le n°313.

*L'amendement n°105 rectifié est retiré.*

**M. Jean-Pierre Michel.** – Arrêtons avec cette langue de bois ! « Contribuer à élaborer », cela signifie que c'est la communauté médicale et hospitalière qui élaborera la politique d'amélioration des soins. Il s'agit de savoir qui aura le dernier mot. Mardi matin, le Président de la République apaisait la communauté médicale, tandis que Premier ministre, ce matin dans *Le Figaro*, affirmait que le Gouvernement ne ferait plus aucune concession. Là, on revient en arrière en refusant que la CME ait le dernier mot sur le projet médical.

**M. Gilbert Barbier.** – Nous perdons notre temps...

**M. Henri de Raincourt.** – Ah oui !

**M. Gilbert Barbier.** – ...parce que ce n'est pas du projet médical dont il est ici question mais seulement de « la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers ».

**M. François Autain.** – En commission, j'avais présenté un amendement analogue au n°313. Je le voterai donc. La rédaction actuelle ne fait pas ressortir le rôle prééminent du médical dans l'amélioration continue de la qualité des soins. Il faut donc écrire clairement que la CME « élabore » la politique d'amélioration des soins. Cela donne plus de poids à la prise de décision, qui doit être collective pour que, en cas de problème, ce ne soit plus le lampiste qui trinque.

**M. Nicolas About, président de la commission** – Il faut que nous parlions tous de la même chose pour savoir sur quoi nous allons voter ! Il ne s'agit pas, ici, du projet médical. Nous en discuterons plus tard et nous verrons alors que la commission propose que son élaboration soit confiée au président de la CME.

Mais ici, il s'agit de la politique d'amélioration des soins. Écrire que la CME « élabore » cette politique, c'est refuser que la commission des soins infirmiers y soit associée. En revanche, lorsqu'on écrit « contribue », cela signifie qu'il y a plusieurs parties prenantes. D'autre part, tant la loi que le règlement satisfont déjà pleinement ce que vous demandez. Ne

laissez pas croire que nous sommes contre !  
(*Approbations à droite*)

**M. Henri de Raincourt.** – Quel talent !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il n'est pas question de dégager le conseil de surveillance de ses responsabilités -il donne un avis- mais l'amélioration de la qualité des soins relève d'une démarche soignante, technique. La politique d'amélioration des soins ne peut donc être élaborée que par des personnels soignants, ou administratifs pour ce qui est de l'accueil des usagers. En cas d'affection nosocomiale, jamais la responsabilité du président du conseil de surveillance n'est engagée, c'est toujours celle du directeur de l'hôpital, et de lui seul. Le haut niveau de responsabilité de ce directeur a de lourdes conséquences judiciaires...

*L'amendement n°313 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°167 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°312 n'est pas adopté,  
non plus que l'amendement n°595 rectifié bis.*

**M. le président.** – Amendement n°681 rectifié, présenté par M. Antoinette et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique par les mots :

en fonction du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**M. Yves Daudigny.** – Le rôle attribué à la commission médicale d'établissement (CME) doit tenir compte du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour l'établissement de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement n'apporte pas de précision utile : avis défavorable.

*L'amendement n°681 rectifié,  
repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°199 rectifié, présenté par Mme Desmarescaux et M. Vasselle.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Ce programme prend en compte les informations médicales contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Il n'est pas défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est repris.

**M. le président.** – Il s'agit donc de l'amendement n°199 rectifié *bis*.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La situation des commissions médicales des établissements publics de

santé doit être semblable à celle des conférences médicales des établissements privés.

**M. le président.** – Sous-amendement n°1223 à l'amendement n°199 rectifié *bis* de M. Milon, au nom de la commission, présenté par le Gouvernement.

A. - Dans le second alinéa de l'amendement n°199 rectifié *bis*, supprimer le mot :

médicales

B. - Compléter l'amendement n°199 *bis* rectifié par un paragraphe ainsi rédigé :

II. - En conséquence, dans la deuxième phrase du deuxième alinéa du 2° du IV, supprimer le mot :

médicales

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les informations contenues dans le rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge n'étant pas d'ordre médical, il convient de supprimer le terme « médical » aussi bien pour les dispositions applicables aux commissions médicales d'établissement des établissements publics de santé que pour les conférences médicales d'établissement des établissements de santé privés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable.

*Le sous-amendement n°1223 est adopté.*

*L'amendement n°199 rectifié bis,  
sous-amendé, est adopté.*

*Les amendements n°168 et 169 ont été retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°890, présenté par Mme Hermange.

Supprimer les troisième et dernier alinéas du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Il s'agit d'un amendement de cohérence avec celui que j'ai présenté hier à l'article premier et qui prévoyait l'instauration d'indicateurs de performance pour les établissements privés et publics. Le Gouvernement était d'accord avec mon amendement mais il m'a dit que l'on examinerait cette problématique à l'article 2, si bien qu'aujourd'hui, je ne sais plus très bien où l'on en est.

**M. le président.** – Amendement n°555, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le troisième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, après les mots :

indicateurs de qualité et de sécurité des soins

insérer les mots :

comportant nécessairement les taux d'infection nosocomiale et de mortalité, le nombre

d'hospitalisations évitables, les taux de réadmission et de mortalité post-hospitalière

**M. François Autain.** – Nous proposons de traduire dans la loi une injonction du Président de la République qui, dans son discours du 22 septembre 2008 à Bletterans, déclarait qu'il fallait rendre public, pour chaque établissement de santé, des indicateurs simples comme les taux de mortalité et d'infection. Mme la ministre vient d'estimer que nous étions en tête dans la lutte contre les maladies nosocomiales alors qu'une note de décembre 2008 démontre que nous sommes très en retard par rapport à nos voisins européens en ce qui concerne l'analyse de la qualité des soins. En outre, de nombreux indicateurs qui existent depuis longtemps à l'étranger ne sont toujours pas disponibles en France. Je vois donc là une légère contradiction avec ce que vous venez de dire, madame la ministre : vous prétendez que les chiffres sont disponibles mais, lorsqu'on en demande communication, on a beaucoup de mal à les obtenir et il faut souvent passer par la Cada. Les hôpitaux n'ont pas encore la culture du chiffre qui permettrait de fournir des données de qualité. La commission estime qu'il s'agit d'une disposition d'ordre réglementaire. Il n'empêche que si ces indicateurs existent, ce dont on peut douter, ils ne sont, le plus souvent, pas publiés. Si vous nous donnez des assurances, madame la ministre, je suis prêt à retirer mon amendement.

**M. le président.** – Amendement n°393, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique.

**Mme Annie David.** – L'année 2008 aura été celle de l'application de la T2A à 100 %, c'est-à-dire à tous les établissements publics et pour tous les soins qui y sont réalisés. Cette année sera, quant à elle, marquée par une nouvelle aggravation des conditions de travail des personnels et d'accueil des patients, puisque cet article réduit les dotations attribuées au titre du Migac pour les établissements publics de santé qui n'auraient pas rendus public les indicateurs de qualité exigés par les ARS. Nous ne sommes pas opposés à la publication de tels indicateurs, qui est préférable aux classements parallèles que l'on trouve dans la presse et qui ne sont pas toujours complets.

Nous sommes toutefois opposés à ce que la non-publication entraîne une diminution des subventions.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – La publication est pourtant une mission d'intérêt général !

**Mme Annie David.** – Les dotations du Migac correspondent à la compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général. Les activités des établissements de santé ne peuvent en effet se limiter à des activités productrices de soins quantifiables grâce au programme de médicalisation

des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'assurance maladie. D'après vos services : « le Gouvernement a reconnu que les ressources d'un certain nombre de missions ne peuvent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée par ailleurs. La dotation nationale de financement des Migac correspond à la notion de compensation de service d'intérêt général au sens du droit communautaire ». S'il s'agit d'une dotation spécifique, pourquoi la moduler ? La publication de ces indicateurs serait-elle une mission de service public ? Certainement pas, d'autant que l'article premier, qui définit les missions de service public, n'en fait pas mention.

Bref, vous envisagez de réduire une dotation en cas de violation d'une disposition qui n'est pas concernée par cette même dotation. Ainsi, vous faites encore un peu plus pression sur des hôpitaux dont la situation financière est déjà difficile.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Voulez-vous, oui ou non, des indicateurs ?

**Mme Annie David.** – Les directeurs des agences régionales de santé disposeront de tous les pouvoirs, y compris de celui de réduire des subventions alors que les hôpitaux ont besoin d'un financement public plus important.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bref, vous voulez donner plus d'argent aux mauvais !

**M. le président.** – Amendement n°394, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Remplacer le dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre toutes les sanctions administratives appropriées à l'exception de la diminution des dotations attribuées aux établissements publics de santé.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application des dispositions mentionnées à l'alinéa précédent.

**Mme Isabelle Pasquet.** – La publication d'indicateurs fiables est un gage de transparence. Nous ne sommes donc pas opposés à une sanction en cas de non-respect de cette obligation. Mais une diminution de la part de dotation de fonctionnement dont bénéficient les établissements publics de santé serait contreproductive car elle pourrait avoir des conséquences sur la qualité et la sécurité même des soins apportés aux patients.

Mme la ministre rappelle que ce texte traite de l'organisation de l'hôpital et non de son financement, mais on ne peut oublier le sous-financement dont souffre l'hôpital public. Le Gouvernement va augmenter le budget des hôpitaux de 3,1 % alors que,

selon la Fédération hospitalière de France, le simple maintien de l'activité en l'état nécessiterait une augmentation de 4,1 %, compte tenu de l'inflation et du financement des mesures prises par le Gouvernement. Ce sous-financement a des conséquences directes sur la qualité et la sécurité des soins. A une sanction financière, totalement contreproductive, nous préférons une sanction administrative pour contraindre les établissements défaillants à répondre à leurs obligations.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°890 tire les conséquences de celui que nous avons examiné hier et que nous n'avons pas adopté... Avis défavorable.

L'amendement n°555 est d'ordre réglementaire et est en partie satisfait. Avis défavorable.

**M. François Autain.** – C'est bien dommage !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à l'amendement n°393 ainsi qu'au n°394 : nous préférons maintenir la rédaction actuelle.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je souhaiterais que Mme Hermange retire son amendement au profit de celui que je viens de déposer. Même avis sur l'amendement n°555. Il est normal que, lorsque les indicateurs de qualité obligatoires ne sont pas publiés, il y ait une sanction : avis défavorable à l'amendement n°393 ainsi qu'au n°394. Je souhaite que cette publication suscite une saine émulation entre les établissements et que le non-respect de cette obligation soit sanctionné. Le directeur général de l'ARS prendra les mesures appropriées. La modulation des Migac n'est pas possible dans tous les hôpitaux -je pense, par exemple, aux établissements psychiatriques. Un amendement ultérieur permettra de moduler les sanctions à la gravité des infractions.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Je retire mon amendement de conséquence en espérant que les indicateurs seront bien communs au public et au privé.

*L'amendement n° 890 est retiré.*

**M. François Autain.** – Je n'ai pas bien compris l'avis de la ministre, qui n'a pas répondu à toutes mes questions. Je maintiens l'amendement n°555.

*L'amendement n° 555 n'est pas adopté.*

**M. François Autain.** – Je regrette vraiment de n'être pas parvenu à nous faire comprendre. Nous ne sommes pas contre les sanctions, mais contre des sanctions financières...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Une simple réprimande ?

**M. François Autain.** – ...car les difficultés de l'établissement peuvent tenir à un budget insuffisant et ce sont les patients, qui n'y peuvent mais, qui seraient pénalisés.

*L'amendement n°393 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°394.*

**M. le président.** – Amendement n°682 rectifié, présenté par M. Antoinette et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le troisième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les commissions internes aux établissements, y compris les commissions obligatoires, sont réunies dans un comité des vigilances dépendant lui-même directement de la commission médicale d'établissement

**M. Yves Daudigny.** – M. Antoinette souhaite coordonner de manière cohérente les nombreux comités de suivi dans un comité de vigilance. Cela permettra un suivi régulier et exhaustif alors que la certification est partielle et triennale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je m'en tiendrai à dire que la commission ne considère pas que créer une nouvelle structure obligatoire va dans le sens de la simplification.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je plaide pour la simplicité. La CME créera autant de sous-commissions qu'elle le voudra. Au lieu de rigidifier, laissons-là s'administrer à sa guise. Avis défavorable.

*L'amendement n° 682 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1254, présenté par le Gouvernement.

Compléter le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6144-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret détermine les conditions d'application des dispositions mentionnées à l'alinéa précédent ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cet amendement me permettra de répondre à Mme Hermange et à M. Autain en m'autorisant à prévoir par décret les conditions des sanctions en cas de non-publication des indicateurs de qualité. En effet, les sanctions financières ne sont pas applicables là où il n'y a pas de Migac et ce ne sont pas toujours les plus adaptées.

**M. François Autain.** – Ha !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il s'agit donc de fixer le cadre juridique et de donner au directeur général de l'agence régionale de santé les moyens d'agir en tenant compte de la spécificité des situations.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable.

**M. François Autain.** – Le décret portera-t-il les indicateurs standards utilisés dans les pays voisins ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les indicateurs de mortalité demandent une finalisation

dont vous êtes à même de mesurer la difficulté. Nous y travaillons. Si la tâche est achevée au moment de la publication du décret, nous les incluons, sinon, nous compléterons la réglementation au fur et à mesure.

*L'amendement n°1254 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°73, présenté par M. Lardeux.

Rédiger comme suit le IV de cet article :

L'article L. 6161-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1°- Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « les praticiens qui exercent régulièrement leurs activités dans un établissement de santé privé auquel ils sont contractuellement liés forment de plein droit... (le reste sans changement) ».

2°- il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'accomplissement de ses missions, la conférence médicale d'établissement est dotée de la personnalité morale de droit privé dont les modalités essentielles de représentation et de fonctionnement feront l'objet d'un règlement intérieur dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Le Président de la conférence médicale d'établissement, ou son délégué, est membre de droit à titre consultatif des organes dirigeants de l'établissement de santé privé chaque fois que l'activité médicale de l'établissement est concernée par un point de son ordre du jour.

« Dans les cas où des dispositions légales ou réglementaires prévoient sa consultation préalable, l'avis de la conférence médicale d'établissement doit être joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formées par un établissement de santé privé et annexé à toutes conventions conclues par ce dernier. »

**M. André Lardeux.** – Je laisse à mon collègue Houpert le soin de présenter plus complètement un amendement qui tend à mieux associer la CME des structures privées.

**M. le président.** – Amendement n°5, présenté par M. Dériot.

Au deuxième alinéa du 2° du IV de cet article, après les mots :

de la qualité et de la sécurité des soins

insérer les mots :

ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, surtout pour les urgences

**M. Gérard Dériot.** – Il s'agit de mettre la CME des établissements privés sur le même pied que celle des établissements publics de santé.

Les conditions d'accueil et de prise en charge sont fondamentales, pour les usagers comme pour le

personnel. Un programme d'action est là aussi nécessaire.

*L'amendement n°891 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°1255, présenté par le Gouvernement.

Avant le dernier alinéa du 2° du IV de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret détermine les conditions d'application des dispositions mentionnées à l'alinéa précédent.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même philosophie que pour mon amendement précédent.

**M. le président.** – Amendement n°542, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le quatrième alinéa du 2° du IV de cet article.

**Mme Annie David.** – Nous non plus n'avons pas changé de philosophie : nous sommes hostiles aux sanctions financières, qui pénaliseront les malades.

**M. le président.** – Amendement n°662, présenté par M. Houpert.

Compléter le 2° du IV de cet article par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'accomplissement de ses missions, la Conférence médicale d'Établissement est dotée de la personnalité morale de droit privé dont les modalités essentielles de représentation et de fonctionnement feront l'objet d'un règlement intérieur dans des conditions définies par décret.

« La Conférence médicale d'Établissement participe à l'élaboration de tous les contrats qui ont une incidence sur la pratique médicale de l'établissement.

« Le Président de la conférence Médicale d'Établissement, ou son délégué, est membre de droit à titre consultatif des organes dirigeants de l'établissement de santé privé chaque fois que l'activité médicale de l'établissement est concernée par un point de son ordre du jour.

« Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la Conférence Médicale d'Établissement doit être joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formées par un établissement de santé privé et annexé à toutes conventions conclues par ce dernier. »

**M. Alain Houpert.** – Les praticiens libéraux se sentent de plus en plus éloignés de la gestion des établissements de santé privés au sein desquels ils exercent. Un seul article du code, lapidaire, mentionne l'existence et les missions de la conférence médicale. Et, de plus en plus souvent, les praticiens sont informés tardivement des décisions concernant les activités. Or aucun développement d'un établissement de santé privé ne peut se faire sans l'implication des médecins ! Le renforcement du rôle de la CME passe

par la personnalité morale et un règlement intérieur précisant les modalités de représentation et de fonctionnement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable à l'amendement n°73, le texte actuel est suffisamment précis ; et il ne nous semble pas opportun de doter la conférence de la personnalité morale. Favorable au n°5, nous sommes sensibles à ce souci de cohérence entre public et privé. Défavorable au n°542, comme au précédent amendement CRC-SPG. Sur le n°662, il est souhaitable de renforcer la place des médecins ; par conséquent, nous nous en remettons à la sagesse, pourvu que l'auteur accepte de supprimer les premier et troisième alinéas.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Sur les n°73 et 662, je ne suis pas favorable à l'idée de doter la conférence médicale de la personnalité morale. En revanche, je souhaite comme vous que ses pouvoirs et ses attributions soient renforcés et c'est ce à quoi je me suis attachée, harmonisant aussi le dispositif avec celui du secteur public. La transformation juridique ne favoriserait pas la cohésion des équipes dirigeantes et du corps médical... Or la mise en œuvre d'une stratégie partagée exige une gouvernance unie.

Je suis favorable à l'amendement n°5, mais pourquoi mentionner « surtout les urgences » ? Il faudrait supprimer ce membre de phrase.

**M. Gérard Dériot.** – Je rectifie mon amendement en ce sens.

**M. André Lardeux.** – Je retire l'amendement n°73 et me rallie à la position de la commission.

*L'amendement n°73 est retiré.*

*L'amendement n°5 rectifié est adopté.*

*L'amendement n°1255 est adopté.*

*L'amendement n°542 n'est pas adopté.*

**M. Alain Houpert.** – Je rectifie mon amendement n°662 dans le sens souhaité par la commission.

*L'amendement n°662 rectifié est adopté.*

*La séance est suspendue à midi cinquante-cinq.*

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 15 heures.*

## Questions d'actualité

**M. le président.** – L'ordre du jour appelle les réponses du Gouvernement aux questions d'actualité.

## Aides facultatives locales

**Mme Brigitte Bout.** – La loi généralisant le RSA, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin prochain, a nécessité six mois de préparation ; plus de trois millions de ménages pourront en bénéficier.

La disparition de certains minima sociaux et dispositifs d'intéressement limitera les effets de seuils, véritables « trappes à pauvreté ». Un amendement du Sénat au projet de loi dissocie les aides facultatives locales du statut attaché au RMI ou à l'API, en fondant l'attribution des aides et avantages que gèrent les collectivités territoriales sur les notions de ressources et de charges.

Mme Desmarescaux vous a remis aujourd'hui son rapport sur l'évolution des prestations attachées aux droits auxquels le RSA se substitue, monsieur le Haut-commissaire : quelles en sont les principales orientations ? Les collectivités pourront-elles conserver des aides locales facultatives qui répondent à l'impératif d'égalité sans menacer leurs budgets ?

**M. Martin Hirsch, Haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté et à la jeunesse.** – Cela fait non pas six mois mais trois ans que la Haute assemblée s'intéresse à la réforme des droits connexes : le rapport de Valérie Létard sur le sujet avait fait grand bruit. C'est la Haute assemblée qui, par un amendement de MM. Doligé et Mercier, a mis fin à un système où l'on perdait de l'argent à reprendre un travail.

Le Premier ministre a demandé des propositions à Mme Desmarescaux car c'est un travail d'élu, technique et politique. Elle l'a mené avec l'Association des maires de France, l'Union des centres communaux d'action sociale, l'Association des régions de France, l'Assemblée des départements de France, la Caisse nationale des allocations familiales, avec Pôle Emploi, bref, avec tous les acteurs concernés, pour se mettre d'accord sur des principes.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – Magnifique !

**M. Martin Hirsch, Haut-commissaire.** – On ne garde pas de systèmes sous statut. Ce rapport remarquable est directement opérationnel : il se traduit par un engagement pré-négocié avec les acteurs visant à tenir compte non du statut du demandeur mais de ses ressources. L'AMF, les centres communaux d'action sociale ont d'ores et déjà donné leur accord. Un guide pratique aidera les élus dans leurs décisions. Certains appliquent déjà la réforme : en Ile-de-France, il a ainsi été mis fin à un système que j'avais dénoncé comme l'exemple même de ce qu'il ne fallait pas faire. Sur la base des recommandations de Mme Desmarescaux, le nouveau système sera bientôt effectif sur l'ensemble du territoire. (*Applaudissements à droite*)

**M. Guy Fischer.** – Nous en reparlerons !

*Reconnaissance des diplômes  
visés par le Vatican*

**M. Yvon Collin.** – Ma question s'adresse à M. le Premier ministre. Le 19 avril dernier est paru au *Journal officiel* un décret qui rend applicable l'accord signé le 18 décembre 2008 par votre Gouvernement avec l'État du Vatican.

**M. Didier Boulaud.** – Scandaleux !

**M. Yvon Collin.** – Cet accord remet en cause un fondement de la laïcité de l'enseignement dans notre pays. Le groupe du RDSE, et tout particulièrement les sénateurs radicaux de gauche, dénoncent cet accord et demandent l'annulation du décret en question.

**M. Didier Boulaud.** – Et nous avec !

**M. Guy Fischer.** – Vous avez raison ! C'est du jamais vu !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – Scandaleux !

**M. Yvon Collin.** – Cet accord prévoit la possibilité pour le Saint-Siège de viser des diplômes de l'enseignement supérieur français, en l'occurrence ceux des instituts catholiques, alors que, depuis 1880, l'État avait le monopole de la reconnaissance des diplômes. (*Marques d'indignation à gauche*)

**M. Didier Boulaud.** – Tous en cornette !

**M. Yvon Collin.** – En se passant ainsi de l'aval de l'Université publique, cet accord remet en cause la neutralité de l'État et le principe de laïcité, si cher à ma famille politique.

Comment ne pas interpréter de telles décisions comme le prolongement du discours de Latran du Président de la République, en décembre 2007, si controversé et si regrettable ? (*On renchérit à gauche*)

**M. Simon Sutour.** – Très bien !

**M. Yvon Collin.** – Comment ne pas y voir une nouvelle attaque contre la laïcité, principe fondamental reconnu par les lois de la République ? (*Applaudissements à gauche*)

L'article 53 de la Constitution dispose que la ratification des traités ou accords internationaux qui modifient des dispositions de nature législative ne peuvent être ratifiés et appliqués qu'en vertu d'une loi.

**M. Didier Boulaud.** – Le Président de la République est censé défendre la Constitution ? Il s'assied dessus !

**M. Yvon Collin.** – Dans ces conditions, monsieur le Premier ministre, pouvez-vous nous dire quand cet accord sera soumis au Parlement, quelles instructions vous allez donner pour que son application soit suspendue d'ici là ? (« Bravo » et vifs applaudissements à gauche)

**Mme Rama Yade, secrétaire d'État chargée des affaires étrangères et des droits de l'homme.** – Je

souhaite dissiper les craintes suscitées par cet accord en rappelant le contexte dans lequel il a été signé.

Le processus de Barcelone, lancé il y a près de dix ans, a fait une priorité de la création d'un espace européen de l'enseignement supérieur. A Louvain, il y a deux semaines, les 46 pays participants, dont le Saint-Siège, ont réaffirmé leur volonté de coopération, notamment pour favoriser la mobilité des étudiants. L'objectif est bien de favoriser la mobilité entre les pays et les établissements et de faciliter la vie des étudiants. (*Vives exclamations à gauche*)

**M. Jacques Mahéas.** – Cela n'a rien à voir ! Ce n'est pas l'objet de cette convention !

**Mme Rama Yade, secrétaire d'État.** – Cet accord est dans le droit fil de ce que nous avons signé avec d'autres pays, comme l'Espagne, le Portugal, la Pologne, bientôt la Tchéquie et la Roumanie. Elles ne visent qu'à faciliter l'examen des candidatures. (*Vives exclamations à gauche qui couvrent la voix de l'oratrice*)

L'objectif n'est en aucun cas d'imposer une reconnaissance automatique de droit... (*Nouvelles exclamations à gauche*)

**M. Yannick Bodin.** – Bien sûr que si !

**M. Didier Boulaud.** – Pourquoi l'avoir étendue à tous les diplômes ?

**Mme Rama Yade, secrétaire d'État.** – ...mais d'offrir une grille de lecture plus claire... (*Vives exclamations à gauche*) L'accord précise bien... (*Les exclamations se poursuivent, couvrant la voix de l'oratrice*)

**M. Yannick Bodin.** – Vous mélangez droit international et religion !

**M. le président.** – Laissez la ministre s'exprimer !

**Mme Rama Yade, secrétaire d'État.** – ...que l'autorité compétente pour prononcer une reconnaissance pour permettre la poursuite d'études est l'établissement supérieur au sein duquel les étudiants sollicitent leur inscription. (*Nouvelles exclamations à gauche*)

**M. Charles Gautier.** – Laborieux argument !

**Mme Rama Yade, secrétaire d'État.** – L'État conserve bien entendu le monopole de la collation des grades et des titres et le gardera. (*Vives exclamations à gauche ; protestations à droite*)

**M. Charles Revet.** – Quelle intolérance !

**Mme Rama Yade, secrétaire d'État.** – Soyez donc pleinement rassurés. (*Vives exclamations à gauche*) Cet accord ne touche en rien à ce monument national qu'est la laïcité. (*Vives protestations et huées à gauche*)

**M. le président.** – Un peu de tolérance, que diable ! (*Applaudissements à droite ; nouvelles exclamations à gauche*)

**M. Didier Boulaud.** – Attendez qu'un institut musulman se manifeste, on verra jusqu'où va votre tolérance !

### *Mise en place du RSA*

**M. Jean Arthuis.** – Ma question s'adresse à M. le Haut-commissaire aux solidarités actives, et prolonge celle de Mme Bout. Elle porte sur la généralisation du RSA à l'ensemble du territoire. Je salue l'opiniâtreté et la persévérance avec lesquelles vous avez porté ce projet emblématique, que le groupe de l'Union centriste a soutenu dès la première heure. Et je puis vous dire, en tant que président du conseil général de la Mayenne, département expérimentateur, que le RSA, ça marche.

Cela étant, la crise, avec la dégradation du marché du travail qu'elle entraîne, complique la tâche. Je voudrais être sûr qu'à la veille de la généralisation du dispositif, les partenaires disposeront bien des moyens nécessaires. Je voudrais être sûr que les emplois nouveaux qui devaient être créés dans les caisses d'allocations familiales l'ont bien été, avec des agents dûment formés, pour que cesse l'engorgement qui retardait la liquidation des sommes dues.

**M. Guy Fischer.** – Exact !

**M. Jean Arthuis.** – Je voudrais être sûr que la refonte du système informatique est achevée, afin que les paiements soient assurés dans les délais et l'information transmise aux conseils généraux pour effectuer les contrôles nécessaires.

**M. Guy Fischer.** – La chasse aux pauvres est ouverte !

**M. Jean Arthuis.** – Je voudrais être sûr que le partenaire Pôle emploi est en mesure de proposer aux conseils généraux les prestations d'accompagnement individualisé des hommes et des femmes confrontés au retour à l'emploi et qu'il est prêt à conclure des conventions à des conditions supportables pour les conseils généraux. (*Applaudissements à droite, au centre et sur plusieurs bancs socialistes*)

**M. Jean-Pierre Sueur.** – Excellente question.

**M. Martin Hirsch, Haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté et à la jeunesse.** – Je vous remercie de cette question sur un sujet que vous connaissez bien, puisque vous avez contribué activement à l'expérimentation d'une réforme qui doit changer la donne : un Rmiste ne doit plus y perdre quand il retrouve un emploi, il ne doit plus être marginalisé, y compris dans le cadre du service public de l'emploi, alors même qu'il souhaite travailler. A ce problème, nous n'avons pas voulu apporter une réponse technocratique. Nous avons voulu faire bouger en même temps les textes et les esprits et

assurer de la souplesse dans les partenariats avec les acteurs locaux.

**M. Paul Raoult.** – Des mots !

**M. Martin Hirsch, Haut-commissaire.** – Non, des faits. Tous ceux qui ont retroussé leurs manches le savent ! Sur 95 départements, 64, soit les deux tiers, ont déjà signé une convention pour l'emploi avec les caisses d'allocations familiales. J'observe que les zones expérimentales ont mieux résisté à la crise puisque le taux de retour à l'emploi y a été bien meilleur, ces six derniers mois, que dans les autres zones.

Les caisses ont bien recruté, formé et affecté les 1 250 agents supplémentaires. Les tests sur le système informatique, centralisé à Caen, sont réalisés à 90 %.

**M. Paul Raoult.** – Ça cafouille !!

**M. Martin Hirsch, Haut-commissaire.** – Le système sera donc opérationnel. Les garanties sont là, il n'y aura pas de retard dans le premier versement du RSA, prévu le 6 juillet.

Le Pôle emploi a finalisé son offre pour assurer gratuitement aux départements la prise en charge dans les conditions de droit commun des allocataires. Des prestations qui étaient auparavant fermées aux Rmistes leur seront désormais ouvertes.

Même si c'est plus difficile, la crise ne change rien, bien au contraire : nous nous faisons plus que jamais un devoir de ne pas rester les bras croisés. (*Applaudissements à droite et au centre*)

### *Plan de relance*

**M. Jean-Pierre Michel.** – Monsieur le Premier ministre, la France va mal. Vous me répondez qu'elle s'en sort mieux que les autres, que la reprise arrive. Mais la méthode Coué ne remplace pas une politique économique volontariste. Cette méthode, Mme Lagarde, hier, et vous-même, ce matin, l'avez bien illustrée ; l'improvisation le dispute à l'inertie.

De même, si les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne ont commencé à mettre en œuvre les conclusions du G20, on attend toujours que la France agisse.

Malheureusement, les prévisions démentent l'optimisme gouvernemental ; la production industrielle a reculé de 1,4 % en mars après avoir reculé de 0,9 % en février. Cette année, le PIB régressera d'au moins 3 % selon les organismes nationaux et internationaux. Et les déficits atteignent des niveaux jusqu'alors inconnus. Comme le Gouvernement est toujours en retard, vous avez, encore ce matin, prédit une récession de bien moindre ampleur, affirmé que le pire était passé et que la reprise était à nos portes. Les Français espèrent avec nous que la crise est dans sa phase terminale, mais les blocages persistent : les

crédits aux ménages ont reculé de 27 % sur un an en mars, le crédit à l'habitat se contractant de 34 %.

La brutalité de la récession a des conséquences terribles pour l'emploi, entraîne des plans sociaux véritablement indignes, comme chez Caterpillar. Face à cela, que faites-vous ? Mon département, la Haute-Saône, où s'est développée une mono-industrie au service de l'automobile, voit les licenciements se multiplier, chez Sonas à Beaucourt, chez Pyle-industrie à Servance, chez Fuinto à Gray ou encore à Conflandey.

**M. le président.** – Veuillez conclure !

**M. Jean-Pierre Michel.** – Devant la souffrance sociale, devant les difficultés économiques, devant les 600 000 postes qui vont disparaître d'ici la fin de 2010 auquel vous ajoutez, pour des raisons idéologiques, la suppression de 30 000 postes de fonctionnaires, qu'allez-vous faire ?

**M. le président.** – Il faut conclure ! Vous avez dépassé votre temps de parole au détriment des autres orateurs !

**M. Jean-Pierre Michel.** – Quand allez-vous lancer le plan de relance qui redonnerait confiance aux Français ? (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

**M. le président.** – J'appelle chacun au respect de son temps de parole.

**Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État chargée du commerce extérieur.** – L'exercice me sera facilité par les outrances des propos que je viens d'entendre. (*Applaudissements à droite ; protestations sur les bancs socialistes*) Les chiffres de la croissance au premier trimestre seront connus demain.

**M. Paul Raoult.** – Les faits sont les faits !

**Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État.** – Oui, la crise est grave. Oui, nous le disons, l'OCDE le dit, la France résiste mieux que la plupart de ses voisins. (*Marques d'approbation à droite*) Très peu de pays émergents auront une croissance positive en 2009. La majorité des pays connaissent une augmentation du chômage bien supérieure à la nôtre.

**M. Didier Boulaud.** – Alors on est content !

**Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État.** – Les mesures de relance se mettent en place, qui privilégient l'investissement, pour soutenir l'activité à court terme -elles portent déjà leurs fruits- et préparer la reprise ; qui répondent aussi à une exigence de justice : 2,6 milliards d'euros ont été dégagés en faveur de 11 million de ménages, et le plan emploi pour les jeunes est doté de 1,3 milliard d'euros.

**M. Didier Boulaud.** – Donc, tout va bien !

**Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État.** – Non, mais ce qui va bien, c'est l'engagement et la détermination du Gouvernement pour atténuer les

effets de la crise pour les plus modestes et permettre un redémarrage de l'économie lorsque la crise sera finie. (*Applaudissements au centre et à droite, exclamations à gauche*)

**M. Didier Boulaud.** – Vous allez voir les jeunes à la rentrée !

### *Crise des universités*

**M. Ivan Renar.** – Chronique d'une crise annoncée : c'était, le 5 janvier dernier, l'intitulé de la lettre que la Conférence des présidents d'université a adressée au Président de la République, avant que ce dernier ne prononce, le 22 janvier, les propos méprisants que l'on sait à l'égard de la communauté scientifique nationale. La CPU y faisait état de sa vive inquiétude face à la faiblesse des financements d'État et à la mise en œuvre de la loi LRU, dans un contexte de suppressions de postes et de remise en cause du statut des personnels.

Après quatorze semaines d'un conflit d'une ampleur inédite, le Gouvernement demeure sourd aux revendications. Pire, la stigmatisation, la dramatisation et les provocations verbales aggravent l'exaspération de la communauté universitaire et compromettent le dialogue qu'il faudrait pourtant engager d'urgence. En misant sur le pourrissement du conflit, le Gouvernement prend la responsabilité de fragiliser durablement les universités françaises. Il est temps de créer les conditions pour que tous les étudiants puissent valider leur année.

L'université de demain ne se fera pas contre les étudiants, les enseignants-chercheurs, les personnels latos. On ne peut promouvoir l'autonomie sans la confiance des acteurs et usagers des universités. Une société, un gouvernement qui ne savent plus dialoguer avec la jeunesse sont condamnés. Le grand Corneille disait : « ce que l'on appelle fermeté chez les rois se nomme entêtement chez les ânes ». Le Gouvernement doit retrouver le chemin du dialogue. Quand allez-vous ouvrir la concertation qui permettra à nos universités de retrouver le calme nécessaire à l'accomplissement de leur mission ? (*Applaudissements à gauche*)

**M. François Fillon, Premier ministre.** – (*Applaudissements au centre et à droite*) Depuis 1984, les universités françaises, malgré les efforts de tous les gouvernements, souffrent d'un manque d'autonomie. La majorité a soutenu une réforme qui leur offre un cadre nouveau, que vingt d'entre elles ont déjà choisi. Deux difficultés sont apparues : le statut des personnels, avec un décret qui, après avoir suscité l'opposition, a été entièrement réécrit en concertation avec la communauté universitaire ; et une réforme de la formation des maîtres, qui fait encore l'objet d'une concertation étroite et dont les délais d'application ont été modifiés. Le Gouvernement souhaite que les maîtres soient formés à bac+5, un niveau exigé de professions bien moins stratégiques :

est-ce si choquant ? (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'exclame*)

Aujourd'hui, seules six universités sur quatre-vingts connaissent des blocages qui empêchent la tenue des examens, des blocages qui sont, pour l'essentiel, le fait de minorités qui refusent les votes en assemblée générale. Vous êtes un démocrate, monsieur Renar : vous pouvez comprendre, alors que l'immense majorité des universités et des étudiants sont au travail, qu'il n'est pas question pour le Gouvernement de céder à une minorité qui demande le retrait d'une loi votée par le Parlement.

Avec le ministre de l'enseignement supérieur, nous veillons à ce que tous les étudiants puissent passer leurs examens, des examens qui soient de même niveau. Il est hors de question de brader les examens, ce serait dramatique pour la réputation de l'université et la jeunesse ! (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'exclame*) Dans les quelques établissements où subsistent des blocages, nous étudions la possibilité de reporter les examens en septembre ou de les organiser dans d'autres établissements.

Le Gouvernement n'acceptera pas que soit remise en question cette réforme (« *Très bien !* » à droite), fondamentale pour l'université en ce qu'elle lui donne les moyens de l'autonomie !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – La preuve ! Le Vatican !

**M. François Fillon, Premier ministre.** – Quand vingt universités françaises ont déjà choisi, à la majorité absolue des membres de leur conseil d'administration, le statut d'autonomie...

**M. Paul Raoult.** – Manquent les ressources !

**M. François Fillon, Premier ministre.** – ...le Parlement devrait avoir à cœur de défendre ce statut pour que l'université française soit au premier rang des universités mondiales ! (« *Bravo !* » et *applaudissements à droite*)

**M. Paul Raoult.** – Vous n'y gagnerez que de l'impopularité !

### *Grand Paris*

**M. Michel Houel.** – Lorsque le Président de la République a dévoilé, le 29 avril, son ambitieux projet de faire de Paris une métropole moderne...

**M. Didier Boulaud.** – Encore des discours !

**M. Michel Houel.** – ...conçue à partir de l'homme et pour lui, qui soit un lieu de progrès, de prospérité, de partage et de contact avec la nature, j'ai eu véritablement le sentiment de vivre un moment historique ! (*Marques d'ironie à gauche ; M. Yves Pozzo di Borgo applaudit*)

**M. Didier Boulaud.** – C'est le champion du blabla !

**M. Michel Houel.** – Personne ne nous avait proposé un projet aussi ambitieux depuis quarante ans ! (*Protestations à gauche*)

**Mme Catherine Tasca.** – Et les collectivités locales !

**M. Michel Houel.** – Cela vous dérange peut-être, mais c'est la vérité !

Élu d'un département francilien, je ne peux qu'adhérer à cet immense dessein de créer le modèle urbain du XXI<sup>e</sup> siècle et de redonner à la région parisienne son rôle *leader* au sein de l'économie mondiale ! J'y adhère parce cette nouvelle stratégie d'aménagement et de développement du territoire s'écrira avec tous les élus d'Ile-de-France et tous les Franciliens, a affirmé le Président de la République ; une affirmation de nature à rassurer les élus de la Grande Couronne qui se sentaient jusqu'à présent quelque peu exclus.

**M. Robert Hue.** – Cela reste le cas des élus du Val-d'Oise !

**M. Simon Sutour.** – Ma parole, c'est un discours ! Et la question ?

**M. Michel Houel.** – Reste que le schéma directeur de la région Ile-de-France...

**Mme Catherine Tasca.** – C'est la région !

**M. Michel Houel.** – ...voté en septembre 2008 définit une vision globale de l'Ile-de-France pour les vingt cinq prochaines années. Quand ce document d'urbanisme s'appliquera-t-il ? A quelle échéance ? De nombreuses communes attendent son entrée en vigueur pour lancer leurs projets. Comment s'articulera-t-il avec le projet de Grand Paris qui prévoit une réforme de l'urbanisme afin de libérer l'offre foncière ?

**M. le président.** – Veuillez conclure.

**M. Michel Houel.** – Tous les maires d'Ile-de-France attendent des réponses à ces questions primordiales (*marques d'impatience à gauche*) qui conditionnent le lancement de nombreux travaux et participeront à la relance de l'économie ! (*Applaudissements à droite*)

**M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État chargé des relations avec le Parlement.** – Très bien !

**M. le président.** – Permettez-moi de dire que M. Houel n'est pas celui qui a usé le plus librement de son temps de parole ! (*Exclamations à gauche*)

**M. Christian Blanc, secrétaire d'État chargé du développement de la région capitale.** – Ce projet de Grand Paris, qui représente une chance exceptionnelle pour notre pays, nous devons le réussir ensemble. Tout d'abord parce qu'en matière de croissance, développer les potentialités de Paris, une des quatre « villes-mondes » avec Tokyo, New York et Londres, profitera à tout le territoire, en particulier à

nos métropoles régionales. Ensuite, en matière d'urbanisme, le Grand Paris sera réussi quand nous ne parlerons plus de banlieues, quand nous aurons réhabilité et désenclavé les cités. (*Marques de scepticisme à gauche*)

**M. Didier Boulaud.** – C'est Ferdinand Lop !

**M. Christian Blanc, secrétaire d'État.** – Enfin, parce qu'en matière de transports, nous allons créer la troisième génération de transports parisiens : après le métro et le RER, voici venu le temps du métro automatique à grande capacité sur 130 km, avec des rames roulant entre 60 et 80 km/heure. (*On fait mine d'admirer à gauche*) Réalisé en douze ans, il sera relié au réseau existant pour fluidifier le RER.

Nous nous donnons deux mois pour parvenir à un accord avec la région sur un avant-projet de schéma régional qui intégrera les modifications introduites par le Grand Paris. Ce document d'urbanisme modifié sera soumis aux élus régionaux au début de l'automne, date à laquelle un projet de loi sera présenté au Parlement pour accélérer les procédures, définir les maîtrises d'ouvrage et proposer des outils de financement.

Réussir le Grand Paris...

**M. Jean-Pierre Sueur.** – C'est un pari ! (*Rires à gauche*)

**M. Christian Blanc, secrétaire d'État.** – ...est un défi qui dépasse les clivages partisans. Dans vingt à trente ans, nous serons fiers d'avoir, tous ensemble, fait œuvre utile ! (*Applaudissements à droite et au centre*)

#### *Projet de loi de programmation militaire*

**M. Didier Boulaud.** – Encore une fois, le Gouvernement reporte l'examen du projet de loi de programmation militaire alors que la première annuité, 2009, est en cours d'exécution, et que Bercy prépare la deuxième. Monsieur le ministre, vous n'arrivez donc pas à inscrire vos projets de loi à l'ordre du jour du Parlement ! J'y vois une mauvaise manière à l'égard de ce dernier, un mauvais signe adressé à la représentation nationale, mais aussi à nos armées et nos industries de défense.

De fait, ce texte, qui doit mettre en œuvre les décisions de la fameuse RGPP, aura d'importantes conséquences sur l'organisation même de notre défense, l'avenir des emplois dans l'armée et l'industrie militaire. La restructuration de la défense et la nouvelle carte militaire signifient à terme la suppression de 54 000 emplois, soit le plus grand plan social que connaîtra notre pays au moment même où le chômage y augmente brutalement. La crise est là et le Gouvernement se refuse à prendre les mesures pour y répondre. Ce projet de loi est dès lors caduc, le Gouvernement doit réviser ses calculs. De nombreuses bases de défense seront plus coûteuses

que prévu (*approbation sur les bancs socialistes*), malgré vos dénégations hier en commission.

Les fameuses recettes exceptionnelles ne seront pas au rendez-vous. Le coût du plan social doit prendre en compte la triste situation de nos finances publiques, œuvre des derniers gouvernements. Notre outil de défense ne peut plus connaître des dérapages aussi importants que ceux de la dernière programmation militaire que nous traînons, ou plutôt que vous traînez, comme un boulet. (*« Cela date de Jospin ! » à droite*)

Ma question est la suivante : préparez-vous enfin un projet de loi de programmation militaire sincère et cohérent, qui permette au Parlement de se prononcer ? (*Applaudissements à gauche*)

**M. Hervé Morin, ministre de la défense.** – Voici une nouvelle qui va vous réjouir (*« Ah ! » à gauche*) : vous aurez bientôt l'occasion de voter un projet de loi de programmation militaire qui a déjà été examiné par la commission de la défense de l'Assemblée nationale et qui sera inscrit à l'ordre du jour de cette chambre au cours du mois de juin. Il s'agit d'un excellent projet de loi. (*Rires et marques d'ironie à gauche*) Le budget de la défense pour la seule année 2009 -qui, je vous le rappelle, est un budget triennal qui offre des perspectives d'avenir- est le plus important depuis 1958.

**M. Didier Boulaud.** – Mme Alliot-Marie nous a dit la même chose pendant cinq ans !

**M. Hervé Morin, ministre.** – Grâce aux arbitrages du Président de la République et du Premier ministre, ce budget connaît une augmentation globale de 5,5 %, et de 20 % pour les dépenses d'équipement, en tenant compte du plan de relance. Jamais un tel effort n'avait été consenti. (*On le conteste à gauche*)

**M. Didier Boulaud.** – Quand le Sénat sera-t-il amené à se prononcer ?

**M. Hervé Morin, ministre.** – En ce qui concerne la réorganisation du ministère de la défense, les mesures d'accompagnement social ont déjà été votées dans le cadre de la loi de finances et sont en cours d'application.

**M. Didier Boulaud.** – Et le Sénat ? Quand ?

**M. Hervé Morin, ministre.** – Cette restructuration permettra de dégager 4 milliards d'euros pour la modernisation de nos armées et pour préparer l'avenir. (*Applaudissements à droite*)

**M. Didier Boulaud.** – Quand voterons-nous ? Nous ne sommes pas l'Assemblée nationale !

#### *Assurance du crédit interentreprises*

**Mme Catherine Dumas.** – Ma question s'adresse à Mme la secrétaire d'État chargée du commerce extérieur. Tous nos concitoyens sont touchés, en ces temps de crise, par les difficultés que connaissent nos

entreprises. Le Gouvernement a déjà beaucoup fait pour que celles-ci puissent poursuivre leurs activités dans les meilleures conditions. Le problème essentiel réside dans la confiance entre les entreprises ; on reproche aux banques et aux assureurs-crédits d'aggraver leur situation financière.

Le Gouvernement a su se montrer réactif en renforçant son soutien à l'assurance-crédit, complétant ainsi un dispositif créé au début de l'année. Il a fallu à peine plus de trois semaines pour rendre opérationnel le fonds de sécurisation du crédit interentreprises, instauré par l'article 21 de la loi de finances rectificative pour 2009, le 20 avril dernier : ce fonds protège l'activité de milliers d'entreprises ainsi que 150 000 emplois. Le Premier ministre a réuni mardi dernier les représentants des assurances et des entreprises, en présence de Mme Lagarde, de M. Novelli et du médiateur du crédit, M. René Ricol. Pouvez-vous, madame la ministre, nous apporter des précisions sur ce dispositif et nous dire quels engagements les assureurs ont pris pour en garantir le succès ? (*Applaudissements à droite*)

**Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État chargée du commerce extérieur.** – L'assurance-crédit joue en effet un rôle essentiel pour stimuler le crédit interentreprises. Hélas, beaucoup d'entreprises ne trouvent plus aujourd'hui de garanties suffisantes, au moment même où elles en ont le plus besoin. C'est pourquoi le Gouvernement a instauré dès le mois de décembre dernier le complément d'assurance-crédit public (CAP), l'État partageant les risques à égalité avec l'assureur. Fin avril, on comptait 250 millions d'encours ainsi garantis.

Un nouveau dispositif, le Cap plus, vient d'être mis en place pour remédier aux « coupures sèches » de garantie : jusqu'à 5 milliards d'euros de crédits seront ainsi couverts. Le décret est paru hier au *Journal officiel* et cette mesure devrait être effective avant la fin du mois.

Lors de la réunion convoquée par le Premier ministre, le 12 mai dernier, les assureurs-crédits ont promis d'examiner les dossiers individuellement et non plus par secteurs, de motiver systématiquement les réductions ou annulations de garantie et de respecter un préavis d'un mois, à la demande des PME ; tous se sont engagés à plus de transparence afin de sécuriser les transactions.

Enfin, M. le Premier ministre a engagé une réflexion sur l'extension des dispositifs Cap et Cap plus à l'assurance-crédit à l'export pour remédier aux difficultés rencontrées par certaines de nos entreprises exportatrices dans leurs transactions à court terme avec des entreprises étrangères. (*Applaudissements à droite*)

**M. Alain Gournac.** – Très bien !

## Règles pénitentiaires européennes

**Mme Alima Boumediene-Thiery.** – La récente mobilisation des syndicats pénitentiaires est révélatrice du malaise du monde carcéral. L'accord obtenu au forceps, signé avec réticence par les syndicats, ne répond que partiellement à leurs attentes légitimes. Vous annoncez la création de 177 emplois en 2010, mais que proposez-vous pour aujourd'hui ? Rien qui donne au personnel pénitentiaire les moyens d'exercer ses missions dans la dignité et le respect de celle des détenus.

Bien pis, vous avez l'audace d'imposer un moratoire sur l'application des règles pénitentiaires européennes dans nos prisons, ce que ni les syndicats ni l'administration ne demandaient. Cette décision irresponsable et dangereuse est en parfaite contradiction avec les évolutions récentes. On peut même parler de schizophrénie : il y a quelques semaines, nous débattions d'un projet de loi visant à rendre notre système pénitentiaire conforme aux règles européennes. Ce texte a pour but d'améliorer les conditions de vie et de travail dans les prisons et à garantir la dignité et la sécurité de tous ; il vise aussi à lutter contre la surpopulation carcérale grâce aux aménagements de peine.

Pourquoi repousser son examen à l'Assemblée nationale ? Si cette réforme fondamentale est gelée, la France s'expose à de nouvelles condamnations de la Cour européenne des droits de l'homme. La situation dans nos prisons est aujourd'hui explosive : la surpopulation a atteint un niveau inégalé, le nombre de suicides s'accroît de manière inquiétante -on compte plus de cinquante suicides depuis le début de l'année- et les conditions de vie des détenus et des surveillants sont devenues inhumaines.

Vous reprochez souvent à la gauche son immobilisme. La gauche, il est vrai, n'a jamais rempli les prisons à des fins d'affichage politique.

**M. Henri de Raincourt.** – Elle les a vidées !

**Mme Alima Boumediene-Thiery.** – Mais après avoir aboli la peine de mort et les quartiers de haute sécurité, c'est elle qui a ouvert des parloirs libres, autorisé l'assistance aux détenus devant les commissions de discipline, créé les secteurs psychiatriques et les services médico-techniques, transféré la médecine carcérale à l'Assistance publique. (*On conteste l'opportunité de ces mesures à droite*) C'est elle aussi qui a créé les services pénitentiaires d'insertion et de probation et modernisé le service public pénitentiaire en réorganisant l'École nationale d'administration pénitentiaire. La gauche n'a pas à rougir de sa politique pénitentiaire ! (*Marques d'approbation à gauche et d'ironie à droite*)

Voici ma question (« *Enfin !* » à droite) : quand et comment comptez-vous appliquer les règles pénitentiaires européennes, et quelle concertation

prévoyez-vous à cet effet avec l'administration pénitentiaire ? (*Applaudissements à gauche*)

**Mme Rachida Dati, garde des sceaux, ministre de la justice.** – J'entends parler d'irresponsabilité, de schizophrénie, de refus du dialogue. Mais venons-en aux faits. La surpopulation carcérale et l'indignité des conditions de vie dans les prisons ne datent ni de 2007, ni de 2002.

Qu'a fait la gauche contre la surpopulation carcérale ? Moi je ne polémique pas, je ne caricature pas, je ne lance pas d'attaques personnelles. (*Exclamations sur les bancs socialistes*) Nous, nous n'allons pas nous excuser d'avoir amélioré les conditions de détention.

Pour les améliorer, il faut construire des places de prison et aménager les peines afin d'éviter la récidive et réinsérer les détenus. Qu'avez-vous fait ? De quand date la dernière loi pénitentiaire ? De 1987 : d'Albin Chalandon ! Je suis ravie de vous entendre dire que la loi pénitentiaire adoptée en première lecture au Sénat présente de grandes avancées. Cela n'a pas été le cas pendant le débat. (*Applaudissements à droite*)

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – Ce n'est pas fait ! Cette loi est en panne !

**Mme Rachida Dati, garde des sceaux.** – Ce sera la deuxième loi en soixante ans !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – Ce n'est pas la vôtre, c'est celle du Sénat.

**Mme Rachida Dati, garde des sceaux.** – Il ne fallait pas vous priver d'en faire une quand vous étiez au gouvernement. Albin Chalandon a réalisé un programme de construction de 13 000 places de prison, Édouard Balladur de 4 000, Jean-Pierre Raffarin de 13 200. (*Applaudissements à droite*) Entre ces programmes, aucun autre ! Il faut accepter la vérité, même si elle vous fait mal. C'est pour cela que les Français ne vous ont pas renouvelé leur confiance. Nous en sommes désolés pour vous, mais nous n'allons pas passer notre temps à nous excuser, nous agissons. Nous continuons les programmes de construction. Nous avons augmenté les aménagements de peine de plus de 50 % en moins de deux ans et demi. Alors pas de leçons de morale ! La surpopulation carcérale, cela a toujours existé. Sous le gouvernement Jospin, elle était peut-être un peu moins forte, mais la délinquance avait explosé. (*Applaudissements à droite*) Nous, nous ne sommes pas pour l'impunité, nous ne sommes pas pour l'insécurité, nous sommes pour les interpellations, pour la condamnation des récidivistes, pour l'exécution effective des peines. Nous luttons contre la récidive.

**Voix sur les bancs socialistes** – Échec !

**Mme Rachida Dati, garde des sceaux.** – Nous avons construit plus de 9 000 places de prison en deux ans. Sur les règles pénitentiaires européennes, il n'y a pas de moratoire !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – Faux !

**Mme Rachida Dati, garde des sceaux.** – Et ça n'est pas une initiative du Gouvernement, c'est une demande des syndicats pénitentiaires qui veulent que soient évalués les moyens nécessaires avant de généraliser ces règles.

Ce bilan peut vous gêner. Nous, nous continuons à agir. Vous, continuez à polémiquer. Les Français ont bien compris. (*Vifs applaudissements à droite*)

*Red Bull*

**Mme Sylvie Desmarescaux.** – Ma question s'adresse à Mme la ministre de la santé. La commercialisation du Red Bull a été autorisée en France depuis juillet 2008 pour des raisons d'harmonisation européenne. Or, il s'agit d'une boisson énergisante qui, du fait de sa forte concentration en caféine et en taurine, présente des risques d'*overdose*, de dépendance physique, psychique ou d'accidents cardio-vasculaires. Après une mise en garde de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, elle a longtemps été interdite en France.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Qui l'a autorisée ?

**Mme Sylvie Desmarescaux.** – Aujourd'hui, malgré l'autorisation dont elle bénéficie, toutes les incertitudes ne sont pas levées. C'est d'autant plus dangereux que, souvent, les jeunes l'associent à l'alcool. Dans la discussion du projet de loi sur l'hôpital, vous avez, madame la ministre, rappelé qu'« il est de la responsabilité des pouvoirs publics de protéger les plus vulnérables ». Quelles raisons ont poussé le Gouvernement à autoriser cette boisson ?

**Voix sur les bancs socialistes.** – L'Europe !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – La boisson d'origine autrichienne dont vous parlez ne contenant pas d'alcool, elle n'est pas visée par les mesures d'interdiction aux mineurs que prévoit la loi hospitalière actuellement en discussion. C'est un mélange détonnant de caféine, de taurine, de glucuronolactone, d'inositols et de diverses vitamines, déjà en vente libre dans plus de 140 pays, dont 23 pays européens. Pour l'interdire, il fallait que je fournisse la preuve de sa dangerosité. J'ai donc chargé l'Afssa d'une étude qui n'a pas apporté de preuves suffisamment probantes pour que je l'interdise. J'ai donc accordé une autorisation de commercialisation, mais assortie de précautions : j'ai mandaté l'Institut national de veille sanitaire pour qu'il fasse une étude dont les premiers éléments n'ont pas révélé de conséquences graves à l'absorption de cette boisson. Les quelques cas graves étaient dus à l'association avec de l'alcool.

L'absence de cas graves s'explique par les informations que nous avons fait diffuser dans les discothèques ou par les plaquettes indiquant de réserver cette boisson aux adultes et alertant sur sa

dangerosité pour les femmes enceintes ou les sportifs. Avec Xavier Darcos, nous l'avons interdite dans les établissements scolaires. Enfin, l'Afssa sera mandatée pour une mission de vigilance grâce à un amendement du sénateur Trillard au projet de loi hospitalière. Je ne relâcherai pas l'attention sur une boisson énergisante que je considère comme très dangereuse. *(Applaudissements à droite)*

*La séance, suspendue à 16 heures, reprend à 16 h 15.*

## Hôpital, patients, santé et territoires (Urgence – Suite)

**M. le président.** – Nous reprenons l'examen du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

### Discussion des articles (Suite)

#### Article 2 (Suite)

**M. le président.** – Au sein de l'article 2, nous en sommes parvenus à l'amendement n°656, présenté par M. Dériot.

Après le *V ter* de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - L'article L. 6122-4 du même code est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « dont les modalités sont fixées par décret » sont supprimés ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La visite de conformité est réalisée au plus tard six mois après la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ou la mise en service de l'équipement matériel lourd. Le maintien de la conformité est vérifié après toute modification des conditions d'exécution de l'autorisation. Le défaut de conformité peut donner lieu à l'application des mesures prévues à l'article L. 6122-13. Les modalités de visite et de vérification de conformité sont fixées par décret.

**M. Gérard Dériot.** – Les visites de conformité des représentants de l'ARS doivent intervenir après la mise en service des équipements autorisés alors qu'aujourd'hui elles ont lieu avant, tandis que l'installation ne fonctionne pas et qu'il n'y a ni patients, ni personnels.

Il faut en outre prévoir une vérification lors de changements apportés par l'établissement dans le fonctionnement de l'activité ou de l'équipement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement est de nature règlementaire. J'y suis donc défavorable

*(M. Gérard Dériot s'exclame)* même si, sur le fond, cette mesure serait tout à fait justifiée.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis rarement en désaccord avec M. le rapporteur mais il s'agit ici d'une amélioration tout à fait positive. Les visites préalables à la mise en service d'une nouvelle installation ne permettent pas d'en vérifier la qualité et le bon fonctionnement. Bien entendu, les vérifications et contrôles techniques continueront à être effectués avant la mise en route de l'installation par l'Autorité de sûreté nucléaire. Enfin, la visite de conformité ne préjuge pas des responsabilités respectives des titulaires de l'autorisation et de l'ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je me suis déjà mis M. Dériot à dos avec mon avis défavorable. Je ne vais pas en faire de même avec Mme la ministre : avis favorable ! *(On s'en félicite à droite)*

*L'amendement n°656 est adopté.*

**M. Charles Revet.** – Bravo !

**M. le président.** – Amendement n°188 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Rozier, Henneron, MM. Cambon, César, et Gournac.

Après le *V ter* de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Le premier alinéa de l'article L. 6122-8 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, les autorisations d'activités de soins délivrées pour une durée indéterminée prennent fin au terme de la durée applicable en vertu du présent article. Les titulaires d'autorisation devront obtenir le renouvellement de leur autorisation dans les conditions prévues à l'article L. 6122-10. »

**M. Alain Gournac.** – Il faut en finir avec les autorisations d'activités de soins délivrées à durée indéterminée. En effet, des autorisations en chirurgie cardiaque ont été données au début des années 1990 sans limitation de durée, sur le fondement de textes plus anciens. Il faut remédier à cette situation qui provoque une rupture d'égalité entre titulaires d'autorisations, en instaurant une durée de validité de cinq ans.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Dans un premier temps, la commission s'en était remise à la sagesse du Sénat, en attendant de recueillir de plus amples informations sur la situation qui vient d'être évoquée. Il semble bien que, profitant d'une faille de la législation, le régime de certaines autorisations n'ait pas été modifié en même temps que les autres, même s'il est toujours possible d'annuler une autorisation en cas de problème sérieux. Quoi qu'il en soit, il s'agit bien d'une rupture d'égalité entre titulaires d'autorisations et c'est pourquoi la commission est en définitive favorable à cet amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis extrêmement favorable à cet amendement au nom de la qualité et de la sécurité des soins. Au début

des années 1990, un certain nombre d'autorisations ont en effet été délivrées à des spécialités très pointues, comme la chirurgie cardiaque, sans limitation de durée et il est indispensable de procéder à des évaluations régulières de ces installations.

*L'amendement n°188 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1174, présenté par le Gouvernement.

I. - Remplacer le premier alinéa du VI de cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

L'article L. 1151-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « susceptibles de présenter, en l'état des connaissances médicales, des risques sérieux pour les patients » sont remplacés par les mots : « nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées » ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

II. Compléter le VII par une phrase ainsi rédigée :

Les mesures prises au titre de cet article, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent applicables.

III. Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

VIII. L'article L. 165-1-1 du même code est ainsi modifié :

1° A la fin de la première phrase, les mots : « au sein de la dotation prévue à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « relevant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9 ».

2° La troisième phrase est complétée par les mots : « , ainsi que les modalités d'allocation du forfait aux établissements de santé. »

3° La dernière phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « Cet arrêté peut préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et des frais d'hospitalisation associés et, le cas échéant, la prise en charge du produit ou de la prestation. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé. »

IX. - Les dispositions du VIII entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il convient d'améliorer les conditions d'encadrement et de financement des activités innovantes. S'agissant des dispositifs médicaux, la rédaction actuelle de l'article du code de la santé publique vise uniquement les dispositifs médicaux pouvant présenter « des risques sérieux pour les patients ». Cette mention est trop restrictive et n'est pas conforme à l'abrogation du

dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale applicable à tous les dispositifs médicaux faisant appel à des soins pratiqués en établissements de santé. Afin que la nouvelle mesure d'encadrement puisse s'appliquer à tous les dispositifs médicaux, je vous propose également de maintenir les mesures d'encadrement prises sous l'empire de la réglementation antérieure afin d'assurer la continuité des prises en charge. Enfin, il convient de créer une enveloppe dédiée à l'objectif de dépenses de médecine, de chirurgie et d'obstétrique afin de financer la prise en charge des produits, actes et prestations innovants.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable.

**M. François Autain.** – N'ayant pas tout compris, je ne participerai pas au vote et je me réserve la possibilité d'intervenir sur ce point dans un autre texte.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous ne me faites pas confiance ?

**M. François Autain.** – Je ne puis me prononcer sur un amendement déposé aussi tardivement.

*L'amendement n°1174 est adopté.*

**M. le président.** – Le moment est venu de statuer sur l'article 2.

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – Dans la continuité des interventions de mes collègues, je veux vous entretenir d'un cas concret qui illustre les conséquences de la logique comptable.

A l'invitation des personnels, j'ai passé une journée à l'hôpital public Ambroise Paré à Boulogne : ils ont évoqué la réorganisation des services de réanimation chirurgicale et médicale qui démontre les dangers de l'instauration d'un directeur tout-puissant et de l'assujettissement du corps médical aux règles budgétaires. Un projet de regroupement des services de réanimation chirurgicale et médicale, auquel les personnels ont adhéré, était prévu d'ici 2011 dans un nouveau bâtiment aux normes. Or, dans le cadre de la politique dite « de réorganisation des gardes », le conseil exécutif de l'AP-HP a décidé, en janvier, la fusion des gardes de réanimation médicale et chirurgicale. A partir de cette décision, le regroupement anticipé de ces deux services a été imposé dans les locaux actuels de la réanimation médicale avant même que les travaux de mise en conformité aient été réalisés. Les personnels de santé dénoncent cette décision d'ordre strictement financière qui va porter atteinte à la qualité et à la quantité de l'offre de soins. Le risque d'infection nosocomiale est en effet susceptible d'entraîner la suppression de lits de réanimation du fait de l'isolement des malades sceptiques, ce qui réduirait l'offre de soins chirurgicale.

Cette situation a conduit l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France à émettre, le 13 avril, un avis défavorable à cette opération qui « va dans le sens d'une dégradation des conditions de prise en

charge des patients, uniquement en chambres à deux lits, et des conditions d'hygiène hospitalière par l'impossibilité d'isoler les patients susceptibles d'être porteurs de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques ». Malgré tout, la direction de l'hôpital maintient le cap et fait savoir, dans un récent article du *Parisien*, qu'elle « passera outre ».

Quid alors de la qualité et de la sécurité des soins défendues par les professionnels que j'ai rencontrés ? Cet exemple montre que votre nouvelle gouvernance, loin de les renforcer, les met en danger ; mon groupe votera contre l'article.

**Mme Nathalie Goulet.** – Dans une autre vie, j'ai été en relation extrêmement précise et suivie avec des associations de victimes de maladies nosocomiales, comme le Lien. Tous ceux qui ont été hospitalisés savent combien ce lieu peut être anxiogène. L'article 2 est donc extrêmement important et je le voterai avec enthousiasme, en espérant qu'on sera plus à l'écoute des associations de victimes.

**M. Bernard Cazeau.** – Quel optimisme !

**M. Yves Daudigny.** – Nous ne pouvons qu'approuver l'objectif d'une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mais il faudrait pour cela reconnaître le rôle central de la commission médicale d'établissement. Or, M. Milon le dit fort bien, page 71 de son rapport écrit : « la nouvelle rédaction minimise le rôle, qui doit pourtant rester essentiel, de la CME ». Regrettant que l'examen des amendements n'ait pas permis de traduire cette idée dans le texte, nous ne pouvons voter l'article 2.

*L'article 2, modifié, est adopté.*

### Article 3

*I. - L'intitulé du chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ».*

*II. - L'article L. 6114-1 du même code est ainsi modifié :*

*1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :*

*« L'agence régionale de santé et de l'autonomie conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans. » ;*

*2° Le sixième alinéa est supprimé ;*

*3° Le septième alinéa est ainsi rédigé :*

*« Le contrat peut être résilié par l'agence régionale de santé et de l'autonomie en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles. » ;*

*4° Le huitième alinéa est supprimé ;*

*5° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :*

*« Ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 5 % des produits reçus par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos. »*

*III. - L'article L. 6114-2 du même code est ainsi modifié :*

*1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :*

*« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional de l'organisation des soins défini aux articles L. 1434-6 et L. 1434-7 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-8. » ;*

*2° Suppression maintenue par la commission*

*3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :*

*« Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. » ;*

*3° bis Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :*

*« Ils précisent les engagements pris par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération. » ;*

*4° Le cinquième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :*

*« Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l'article L. 611--2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé et de l'autonomie. Ils fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre.*

*« Les contrats sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de santé et de l'autonomie fixe les objectifs quantifiés et les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 et les obligations relatives aux missions de service public qu'elle assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière. » ;*

5° Au septième alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « six ».

IV. - L'article L. 6114-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6114-3. - Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3.

« Ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12.

« Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social. »

V. - L'article L. 6114-4 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles relatives aux compétences des tribunaux-interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale, les litiges relatifs à l'application de ces stipulations sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale. » ;

2° Le second alinéa est supprimé.

**Mme Annie David.** – On pourrait se féliciter de l'existence de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens s'ils stabilisaient les missions et les financements des établissements. Mais ils attestent surtout de l'inefficacité du financement à la T2A. Loin d'assurer des financements pérennes, ces contrats, en faisant peser une pression comptable sur les établissements, vous permettront de mener à bien la privatisation des établissements publics de santé. Des cliniques privées associées au service public recevront des financements qu'il aurait mieux valu attribuer au public. Non seulement les directeurs des hôpitaux publics peuvent être remerciés par les agences régionales, mais encore le projet médical d'établissement sera corseté. Nous proposons que si les contrats d'objectifs et de moyens il doit y avoir, ils confortent les projets d'établissement par les financements conséquents. Bernard Debré, député UMP, rappelait qu'« il est indispensable que la commission médicale d'établissement soit associée à l'élaboration de ce contrat pluriannuel et qu'il serait illogique, invraisemblable qu'elle soit tenue à l'écart ». Nous partageons cette critique.

**M. Bernard Cazeau.** – On manie la carotte et le bâton. Améliorer la qualité des soins en respectant des objectifs chiffrés prête à réfléchir. La T2A constitue l'élément moteur de la productivité que vous recherchez mais la prévision sanitaire n'est pas une science exacte et la quantification médicale est assez proche de l'astrologie. Vous encouragez les médecins hospitaliers à jongler avec les tarifications mais ces

contrats sont schizoïdes puisqu'on doit accueillir tout le monde tout en respectant des objectifs quantifiés, ce qui est contradictoire. (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

**Mme Mireille Schurch.** – Sur la forme, nous nous félicitons de la réintégration des soins collectifs que vous aviez exclus en dépit des engagements du Président de la République. Cela prouve que les projets gagneraient à ne pas être débattus selon la procédure accélérée - nous déplorons que vous y recouriez systématiquement.

Sur le fond, le caractère comptable de contrats d'objectifs et de moyens inspirés par une approche technocratique et financière de la santé ne permet pas de reconnaître les besoins. Comment imaginer que ces contrats aient une autre finalité que celle que nous dénonçons ? Ils prévoient des sanctions financières pour les établissements qui ne respectent pas les exigences des agences régionales de santé. Cette logique financière s'imposera d'autant plus aisément que le directeur de l'agence peut remercier celui de l'hôpital, rompre le contrat et interrompre ainsi les financements. Ils sont en déficit ? Supprimons leurs crédits ! On rechercherait à achever les établissements publics qu'on ne s'y prendrait pas autrement.

Nous déplorons l'absence de volet social car les salariés seront les premières victimes : la masse salariale représente 70 % de la dépense hospitalière. Les directeurs d'hôpitaux ne pouvant embaucher, les employés subiront les heures supplémentaires qui s'enchaînent, le stress professionnel et la compression des salaires ; ils seront les premières victimes d'une politique qui se traduira par 20 000 suppressions de postes.

**M. François Autain.** – Eh oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai déjà répondu longuement sur la tarification. Je trouve l'allusion à une prétendue exclusion des soins palliatifs assez médiocre. J'ai rappelé les risques d'une énumération qui semblerait exclure d'autres priorités. Les trois priorités qu'a fixées le Président de la République sont les soins palliatifs, le cancer et Alzheimer. Nous y consacrons des moyens extrêmement importants et le cadencier est parfaitement respecté : les actes font foi.

Le contrat d'objectifs et de moyens constitue un outil extrêmement important. Nous ajoutons à la liste des établissements qui peuvent en signer les structures de soins ambulatoires et les maisons de santé qui reçoivent des fonds publics, ce qui doit faire consensus. Les contrats sont également mentionnés à l'article 26 relatif aux agences régionales de santé.

Les contrats sont un outil de mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale.

Nous reprenons le dispositif existant, à deux exceptions près : le CPOM devient le support de l'attribution des missions de service public, et les pénalités prévues en cas de non-respect des engagements relèvent désormais de la loi. Le texte tire également les conséquences du transfert de certaines dispositions législatives dans le champ réglementaire.

L'approche contractuelle est généralisée. Des contrats « allégés » peuvent être passés avec les maisons, les centres et les réseaux de santé. Ils sont obligatoires en cas de subvention de l'ARS, de l'État ou des collectivités territoriales. Les contrats doivent être des outils négociés et opérationnels. Ils sont l'occasion d'un dialogue entre l'ARS et les professionnels de santé, pouvant associer les collectivités territoriales ou d'autres parties aux contrats, comme les universités. Enfin, l'ARS pourra proposer aux professionnels et aux établissements un contrat d'amélioration des pratiques en santé, établi sur la base soit d'un contrat-type national, soit d'objectifs régionaux.

**M. le président.** – Amendement n°544, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit la première phrase du second alinéa du 1° du II de cet article :

« L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement public de santé, avec les établissements de santé privés qui se voient confier une ou plusieurs missions de service public, ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans.

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – L'article 3 consacre la « cépomisation » du système de santé, désormais assujetti au contrat. Cet amendement précise que l'ARS ne peut conclure de CPOM qu'avec les établissements de santé privé commerciaux qui se voient confier une ou plusieurs missions de service public. Il n'y a aucune raison que l'Agence finance des établissements privés qui n'auraient pas cette charge !

**M. François Autain.** – Très bien.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous sommes en total désaccord. La contractualisation est un excellent moyen d'inviter les établissements à adapter leur offre de soin et à en renforcer la qualité et la sécurité, puisqu'elle s'accompagne d'une évaluation périodique. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°544 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°396, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la seconde phrase du second alinéa du 1° du II de cet article, après les mots :

le contrat est

insérer les mots :

soumis à délibération du conseil de surveillance et

**Mme Annie David.** – Les CPOM auront un impact considérable sur le fonctionnement, l'organisation et la gestion des établissements de santé, d'autant que le manquement aux engagements contractuels entraînera une sanction financière importante. Nous craignons qu'ils ne se révèlent être avant tout outils de contrainte.

Afin d'injecter de la démocratie dans ce projet de loi, nous proposons que les CPOM ne puissent être approuvés par le seul le directeur de l'hôpital, qui est dans un rapport de subordination au directeur général de l'ARS, notamment pour la part variable de sa rémunération...

**M. Jean Desessard.** – C'est incroyable !

**Mme Annie David.** –...mais soient soumis aux conseils de surveillance des établissements concernés. Nul doute que notre proposition séduira les tenants de l'équité et de la démocratie !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Les conseils de surveillance, ce n'est pas la démocratie !

*L'amendement n°396,  
repoussé par la commission et le Gouvernement,  
n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°397, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le 2° du II de cet article.

**Mme Isabelle Pasquet.** – Les modifications apportées aux CPOM par cet article manquent d'ambition, parfois de cohérence, et nuisent à la démocratie sanitaire. Vous supprimez le sixième alinéa de l'article L. 6114-1 qui prévoit que le refus de renouvellement des contrats par l'ARS doit être motivé. L'Agence pourra résilier arbitrairement ces contrats en invoquant des manquements graves, par exemple le refus du directeur de l'hôpital de supprimer des emplois... Vous supprimez la seule disposition qui limite le pouvoir immense du directeur de l'ARS ! Sous la pression des manifestants, vous avez consenti à associer le président de la commission médicale d'établissement aux décisions du directeur de l'hôpital, mais rien n'a changé concernant les ARS, véritables détenteurs du pouvoir. Si vous voulez réellement renforcer la démocratie sanitaire, votez notre amendement !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet alinéa est de nature réglementaire. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable. J'ai évoqué ces cas de déclassement dans mon propos liminaire.

*L'amendement n°397 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°543, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le septième alinéa (4°) du II de cet article.

**Mme Annie David.** – Pour mieux résister aux pressions du directeur de l'ARS, le directeur de l'hôpital doit pouvoir s'appuyer sur un contrat aussi complet que possible.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ces dispositions ne sont pas supprimées, elles sont reportées dans la partie réglementaire. Avis défavorable.

**M. François Autain.** – Vous garantissez qu'elles seront appliquées malgré leur déclassement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bien entendu.

*L'amendement n°543 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°317, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le second alinéa du 1° du III de cet article, supprimer le mot :

notamment

**M. Claude Jeannerot.** – A la lumière du débat en cours, nous retirons cet amendement.

*L'amendement n°317 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°399, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le second alinéa du 3° du III de cet article, supprimer les mots :

, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, qui répondent à une pure logique comptable, vont prendre une place importante dans le financement et l'organisation des établissements publics de santé. Pour assurer le retour à l'équilibre, le directeur général de l'ARS pourra prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires, y compris celles qui mettent en cause la qualité des soins et la sécurité des établissements, puisqu'il pourra exiger des suppressions massives d'emplois. Considérez-vous donc, madame la ministre, que les personnels hospitaliers sont en surnombre ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je n'ai jamais dit cela.

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – Il suffit de visiter n'importe quel établissement pour comprendre quelle est la situation.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'en ai visité plus que vous.

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – Le conflit des infirmières pour le paiement des heures supplémentaires a permis de révéler combien criant était le manque de personnel. Et vous parlez de suppressions de poste ! Les organisations syndicales estiment que pas moins de 20 000 d'entre eux sont menacés.

Non point que nous considérons que les établissements publics de santé n'ont pas besoin de financements supplémentaires mais nous estimons que ceux-ci doivent être pérennes, décidés au plan national et que l'on ne saurait en faire la contrepartie d'un chantage !

La dotation que vous visez, au titre des Migac, est de surcroît mal choisie puisque ces missions ont une utilité spécifique. La modulation que vous prévoyez trahit votre volonté d'en finir avec le principe de solidarité. Les fonds non utilisés des Migac ne sauraient servir à des réorganisations ayant pour seul objectif la recherche de l'équilibre.

Quel que soit le bout par lequel on prend ce texte, on en revient toujours à la seule gestion comptable.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission ne partage pas votre interprétation. Quelle que soit l'origine du déficit, le retour à l'équilibre est souhaitable. Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis. Je rappelle que 60 % des hôpitaux publics sont en situation d'équilibre ou d'excédent budgétaire. Le plus gros des déficits est concentré sur quelques établissements. La situation est la même dans les CHU, dont 21 sur 31 soit sont en équilibre, soit connaissent des déficits inférieurs à 1 % des produits. Le déficit n'est donc pas une fatalité à l'hôpital public. *(M. Alain Gournac approuve)*

Le retour à l'équilibre est un impératif, car le déséquilibre est aussi parmi ce qui menace l'hôpital public. C'est pourquoi nous les accompagnons sur le plan logistique. C'est pourquoi j'ai créé l'Agence nationale d'appui à la performance. C'est pourquoi nous les accompagnons financièrement, avec des enveloppes très substantielles. Les hospices de Lyon ont reçu 20 millions l'an dernier, 25 millions cette année. J'ai dit à Gérard Collomb qu'à chaque euro que mettrait la ville viendrait s'ajouter un euro de l'État. Il ne s'agit pas de jeter l'opprobre sur les gestionnaires mais d'assurer un accompagnement sur la base d'un diagnostic partagé. Nous ne réduisons pas les financements à l'hôpital : alors que nous sommes en récession et que l'inflation est nulle, les dépenses hospitalières augmentent de 3,1 %, soit plus de 2 milliards d'argent frais.

**M. François Autain.** – Ce qui nous sépare, c'est l'interprétation du déficit. L'hôpital n'est pas une entreprise comme une autre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce n'est pas non plus ce que je pense sinon, je n'y mettrais pas tant d'argent !

**M. François Autain.** – S'il est en déficit, c'est parce que vous lui confiez trop de missions qu'il ne peut pas remplir compte tenu des ressources que vous lui accordez. (*Mme la ministre le conteste*) Voilà aussi pourquoi tous nos amendements rencontrent un refus systématique : notre conception du service public et de son mode de financement n'est pas la même que la vôtre (*M. Alain Gournac le confirme*)

*L'amendement n°399 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°315, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le second alinéa du 3° du II de cet article par une phrase ainsi rédigée :

La décision de résiliation ou de refus de renouvellement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens par l'agence régionale de santé doit être motivée.

**M. Claude Jeannerot.** – Il n'est pas normal que l'ARS ne soit pas dans l'obligation de motiver son refus de renouvellement du CPOM. (*M. Jean Desessard approuve*)

**M. le président.** – Amendement n°597 rectifié, présenté par MM. Barbier, Charasse, Mmes Escoffier, Laborde, MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Compléter le second alinéa du 3° du II de cet article par une phrase ainsi rédigée :

La décision doit être motivée et prévoir une procédure contradictoire. Le cas échéant, l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation peut saisir l'inspection générale de la santé.

**M. Gilbert Barbier.** – Notre amendement va dans le même sens. Le contrat peut être résilié en cas de manquement grave de l'établissement, avec des conséquences très lourdes sur son fonctionnement. Il serait normal qu'existe une procédure contradictoire, débouchant sur un acte motivé, avec une possibilité d'appel auprès de l'Inspection générale de la santé, par exemple. On ne peut admettre qu'une telle décision soit rendue sans aucune explication.

**M. François Autain.** – C'est le bon sens.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La décision devra être motivée, comme l'exige la loi de 1979 sur la motivation des actes administratifs. Défavorable à l'amendement n°315, ainsi qu'à la première partie de l'amendement n°497 rectifié. Favorable, en revanche, à ce qu'il puisse être fait recours auprès d'une inspection.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La motivation est déjà prévue par les articles L. 6114-11 et L. 6114-12 du code. La proposition de M. Barbier

pose problème car il n'existe pas d'Inspection générale de la santé. Sans doute visiez-vous l'Inspection générale des affaires sociales mais elle ne peut traiter les recours, n'étant pas une juridiction. Je puis cependant vous rassurer : toutes les décisions des ARS seront susceptibles de recours selon deux voies : la voie gracieuse, auprès du ministre, ou la voie contentieuse, auprès du tribunal administratif. Les établissements pourront faire valoir leurs droits. Je vous suggère donc de retirer votre amendement.

**M. Gilbert Barbier.** – Ce que vient de dire Mme la ministre me rassure.

*L'amendement n°597 rectifié est retiré.*

**M. Claude Jeannerot.** – Nous le maintenons, par souci de sécurité, même si l'on nous dit que l'exigence de motivation est implicite.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Elle est explicite.

*L'amendement n°315 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°545, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer la seconde phrase du second alinéa du 4° du III de cet article.

**Mme Isabelle Pasquet.** – Nous n'aurons de cesse de dénoncer ce projet comptable et antidémocratique, qui considère l'hôpital comme une entreprise qui dispenserait des soins comme on vendrait autant de pneus. Les pouvoirs plus que limités que vous concédez au conseil de surveillance ne suffisent pas même à travestir un système dans lequel un directeur tout-puissant tire ses ordres, comme le gestionnaire d'entreprise de ses actionnaires, de votre Gouvernement, dont le directeur de l'ARS sera le digne représentant, mandaté pour une seule mission : réduire les coûts. Comme tout bon capitaine d'entreprise, vous utilisez l'arme de la rémunération variable et jouez sur la masse salariale. Mais cela ne vous suffit pas. Il vous faut un autre levier : ce seront les objectifs qualitatifs et quantitatifs.

On voit mal ce que pourraient être ces objectifs ; la notion même est contraire à celle de service public, qui implique la prise en charge de tous les patients 24 heures sur 24. Va-t-on en refuser certains au motif que l'établissement a atteint ses quotas d'accidentés de la route ou de cancéreux ? Ces objectifs sont intenables, irréalistes et contraires à tous nos principes républicains. Je sais que vous allez tenter de dénaturer mes propos mais le seul objectif quantitatif qui vaille, c'est le nombre d'actes réalisés au tarif opposable dans les établissements privés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission n'envisage nullement de restreindre l'offre de soins ni de limiter le nombre d'actes coûteux mais elle veut s'assurer que les établissements fonctionnent de telle manière que les besoins de la population sont

satisfaits et que la sécurité des patients est garantie. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ces objectifs permettent de définir l'offre de soins que chaque établissement peut proposer pour répondre au mieux aux besoins de la population ; ils sont établis à partir de l'analyse faite au niveau régional de l'adéquation de l'offre aux besoins. La collectivité aurait tort de se priver d'outils vraiment indispensables, qui figurent d'ailleurs déjà dans les contrats pluriannuels et sont révisables à tout moment. L'existence de ces objectifs n'a évidemment jamais conduit personne à rationner les soins, les acteurs de terrain le savent bien.

Contrairement à d'autres pays, la France dispose d'un système de santé qui ignore les files d'attente.

**M. François Autain.** – Ça !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'objectif de la réforme est de le pérenniser.

*L'amendement n°545 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°207 rectifié, présenté par Mmes Morin-Desailly, Férat, M. Jean-Léonce Dupont, Mme Dini, M. Détraigne, Mme Dumas, MM. Thiollière, Pozzo di Borgo, Merceron, Mmes Mélot, Payet, MM. Amoudry et Chauveau.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 6114-3 du code de la santé publique par les mots :

et culturel

**Mme Catherine Morin-Desailly.** – Depuis la fin des années 60, les ministères de la santé et de la culture ont développé un partenariat pour faire entrer la culture sous toutes ses formes à l'hôpital. Après les initiatives pionnières prises par Mme Veil et M. Toubon, ces ministères ont signé, le 4 mai 1999, une convention qui définit le programme « Culture à l'hôpital », programme dont le protocole du 10 janvier 2006 a renforcé la dynamique. Fin 2008, ce programme a trouvé sa traduction dans 19 conventions ARH-Drac et 250 jumelages entre établissements de santé et équipements culturels.

Les CHU, ainsi que les plus grands établissements hospitaliers, ont recruté des médiateurs culturels. L'expérience est une vraie réussite au service des patients comme des personnels et des visiteurs. La culture investit un espace inquiétant et douloureux, elle est une fenêtre ouverte sur l'extérieur. Elle crée des moments de partage, d'échanges et d'évasion, notamment au bénéfice des enfants. Les exemples sont nombreux, à Strasbourg, Toulouse, Lille ou encore au centre hospitalier de Rouen où un chorégraphe intervient auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Rendre la culture accessible au plus grand nombre est un des objectifs majeurs du ministère de la culture.

Nos collectivités s'investissent elles aussi ; c'est à la culture d'aller vers ceux qui ne peuvent aller vers elle. La politique culturelle hospitalière mérite d'être encouragée. C'est le sens de cet amendement.

**M. le président.** – Amendement n°208 rectifié, présenté par Mmes Morin-Desailly, Férat, M. Jean-Léonce Dupont, Mme Dini, M. Détraigne, Mme Dumas, MM. Thiollière, Pozzo di Borgo, Merceron, Mmes Mélot, Payet et MM. Amoudry et Chauveau.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 6114-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Ils peuvent également comporter des éléments de politique culturelle.

**Mme Catherine Morin-Desailly.** – Des éléments de politique culturelle figurent déjà dans les contrats pluriannuels.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les CPOM ont déjà beaucoup de sujets à traiter. Mais la culture peut en effet être un plus pour les malades. Sagesse sur l'amendement n°207 rectifié. La commission est en revanche défavorable à l'amendement n°208 rectifié, même si elle a entendu le message ; l'action culturelle au sein des hôpitaux doit être financée autrement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je remercie Mme Morin-Desailly de faire passer le souffle de la culture sur notre débat. Je sais le rôle que joue la culture à l'hôpital, je sais qu'elle permet aux patients de mieux appréhender leur parcours de soins : je suis moi-même responsable d'une association qui promeut la diffusion de la musique et du chant auprès des malades. Je suis favorable à l'amendement n°207 rectifié. Je souhaite en revanche le retrait du suivant au regard de son impact financier ; chacun doit rester dans son rôle.

**Mme Colette Mélot.** – Membre de la commission des affaires culturelles, je veux insister sur l'importance de l'accès à la culture. Nous avons une occasion, ne la laissons pas passer. La culture n'est pas un luxe mais une nécessité, elle permet de créer des liens, de rompre l'isolement. Elle peut favoriser la guérison.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Je soutiens les deux amendements. Au centre hospitalier de Cherbourg, nous avons délocalisé une bibliothèque et une médiathèque, mené des expériences pour permettre aux malades, notamment les enfants en hospitalisation de longue durée, de rester en contact avec le monde extérieur. Il est bien que nous fassions référence à la culture dans une telle loi. L'amendement n°208 rectifié peut créer des difficultés mais la participation financière des établissements sera utile pour appuyer l'effort des collectivités locales.

**Mme Nathalie Goulet.** – Fernand Léger est né à Argentan. L'hôpital de la ville porte son nom. On y trouve des mosaïques de l'artiste prêtées par le Musée

d'art moderne, des reproductions de ses œuvres, toute une symbolique inspirée par lui dans les couloirs ou sur les blouses des infirmières. Quand on sait la difficulté qu'il y a à trouver des espaces de gaieté dans les hôpitaux...

L'amendement n°208 rectifié a certes un coût ; pourquoi ne pas lancer un appel au mécénat ?

**Mme Catherine Morin-Desailly.** – Je remercie le rapporteur et la ministre d'avoir porté attention à mes deux amendements soutenus par mes collègues. L'un ne va pas sans l'autre : le premier pose le principe de la culture à l'hôpital, que le second concrétise par la signature de contrats d'établissement. En outre, j'ai pris soin, dans le n°208 rectifié, de retenir une formulation non contraignante afin que le dispositif soit progressif. Rappelons que les budgets sont aujourd'hui partagés entre les Drac et les ARH à hauteur de 1,5 million respectivement, auxquels s'ajoutent un fort investissement des collectivités territoriales et une participation assez modeste des CHU.

J'y insiste, il importe d'inscrire le principe de la culture à l'hôpital dans la loi, domaine en lequel la France se positionne en pointe au niveau européen comme l'ont souligné les Rencontres internationales de Dublin en 2004. Enfin, adopter ces amendements, ce serait adresser un signe fort au Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital dont la participation atteint 400 000 euros par an !

**M. le président.** – Sans vouloir intervenir dans le débat, l'adoption de l'amendement n°208 rectifié, me semble-t-il, amoindrirait la lisibilité du texte proposé par la commission...

**M. François Autain.** – Juste !

**Mme Catherine Morin-Desailly.** – Dans ce cas, je m'incline.

*L'amendement n°208 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°207 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Belle unanimité !

*L'article 3, modifié, est adopté.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Monsieur le président, permettez-moi de revenir sur la situation à l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt à propos de laquelle j'ai été interpellée. (Approbation) Je tiens à répondre à toutes les questions, par respect pour le Parlement.

**M. Jean Desessard.** – Sur le centre de prévention de Twenké, vous ne m'avez pas répondu !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je m'efforcerais de le faire. La situation que connaît l'hôpital Ambroise Paré ne peut s'expliquer ni par une difficulté financière ni par le pouvoir prétendument autocratique du directeur. Le projet de fusion est apprécié diversement au sein de la communauté

médicale et fait l'objet d'un débat légitime entre deux chefs de service. Huit lits de réanimation chirurgicale, huit lits de réanimation médicale et huit lits de surveillance continue sont actuellement dispersés entre trois étages : il est prévu de porter le nombre de lits de réanimation chirurgicale et de surveillance continue respectivement à 12 et 14 pour un coût de 7,3 millions et de les regrouper au même étage.. Bref, laissons à la communauté médicale ces débats légitimes !

#### Article 4

(Texte modifié par la commission)

*I. - L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :*

« Art. L. 6141-1. - Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie dans les autres cas.

« Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. »

*II. - L'article L. 6141-2 du même code est ainsi modifié :*

*1° Le premier alinéa est supprimé ;*

*2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.*

*III. - Après l'article L. 6141-2 du même code, il est inséré un article L. 6141-2-1 ainsi rédigé :*

« Art. L. 6142-2-1. - Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre :

« 1° Les produits de l'activité hospitalière et de la tarification sanitaire et sociale ;

« 2° Les subventions et autres concours financiers de l'État, des collectivités territoriales et de leurs groupements et de toute personne publique, les dotations et subventions des régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les revenus de biens meubles ou immeubles et les redevances de droits de propriété intellectuelle ;

« 4° La rémunération des services rendus ;

« 5° Les produits des aliénations ou immobilisations ;

« 6° Les emprunts et avances ;

« 7° Les libéralités, dons, legs et leurs revenus ;

« 8° Toutes autres recettes autorisées par les lois et règlements en vigueur. »

IV. - Après l'article L. 6141-7-2 du même code, il est inséré un article L. 6141-7-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 6141-7-3. - Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche mentionnées à l'article L. 6112-1.

« Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

« Les règles applicables aux fondations d'utilité publique, prévues notamment par la loi n°87-751 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, s'appliquent aux fondations hospitalières sous réserve des dispositions du présent article.

« Un décret en Conseil d'État détermine les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières. Il précise en particulier les modalités d'exercice du contrôle de l'État et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation.

« Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé. »

**M. Guy Fischer.** – Le discours que le Président de la République a prononcé à Strasbourg...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous avez de saines lectures !

**M. Guy Fischer.** – ...pour rassurer la communauté hospitalière ainsi que vos propos, madame la ministre, ne laissent pas de m'étonner. A vous entendre, les hôpitaux publics auraient besoin d'un véritable directeur. Cela signifie-t-il qu'ils sont actuellement des navires sans capitaine ? Les intéressés apprécieront... Ils apprécient, d'ailleurs, tellement qu'ils sont de plus en plus nombreux au sein des commissions médicales et des conseils d'administration à dénoncer votre projet de loi. Et quand vous reconnaissez enfin leur rôle, c'est aussitôt pour les placer sous la tutelle du directeur de l'ARS et dénoncer leur incompétence à résoudre les déficits sans jamais y voir la conséquence des réformes successives de rigueur que vous avez appliquées à l'hôpital.

Madame, une question me brûle les lèvres.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ah !

**M. Guy Fischer.** – Comment tenir ces directeurs responsables de la situation financière de leur établissement s'ils sont dépourvus de pouvoir ? Dans ce cas, pourquoi les remplacer lorsque l'établissement est placé sous tutelle ?

Sous couvert de moderniser l'hôpital public, vous le soumettez à la logique qui gouverne les cliniques

privées : la rentabilité d'abord ! (M. Jean Desessard et Mme Gisèle Printz applaudissent)

**Mme Annie David.** – Cet article 4 impose à tous les hôpitaux publics de se transformer en ce que la majorité nomme une « entreprise de soins ». Un établissement, sanctionné par les CPOM parce qu'il aura failli à ses obligations quantitatives, sera incité à renoncer à certains soins et activités alors que sa mission de service public lui impose d'accueillir tous les patients ! La logique de rentabilité va contre l'intérêt des patients. Pour preuve, les patients en fin de vie ou atteints de pluri-pathologies, moins rentables -90 % des dépenses de santé sont concentrées sur les dernières années de vie-, sont redirigés vers le secteur public lorsqu'ils sont soignés dans le privé.

Nous condamnons cette logique de rentabilité : la santé n'est pas une marchandise ! Le directeur d'établissement que vous voulez imposer ne sera qu'un opérateur de la politique de rigueur menée par l'ARS et décidée par votre Gouvernement ! (Applaudissements sur les bancs CRC-SPG ; M. Jean Desessard applaudit aussi)

**Mme Isabelle Pasquet.** – Avec cet article 4, en vous inspirant des méthodes de l'entreprise, vous placez à la tête de l'hôpital un directeur tout-puissant. Il décidera seul du projet médical d'établissement puisque les autres membres du directoire seront seulement saisis pour avis...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Faux !

**Mme Isabelle Pasquet.** – ...ou encore de la politique de recrutement des médecins auxquels il pourra proposer une rémunération variable à l'embauche.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Inexact ! La rémunération variable ne concerne que les médecins en exercice et vise à mieux les payer !

**Mme Isabelle Pasquet.** – Néanmoins, ce directeur, tout-puissant au sein de l'hôpital, ne sera que l'exécutant du directeur général de l'ARS. De fait, celui-ci pourra mettre son établissement sous tutelle, réduire les subventions accordées au titre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation, et même peser sur sa rémunération variable !

Les directeurs d'ARS pourront ainsi peser sur ceux des établissements publics de santé et les inciter à appliquer la politique du ministère. Quels seront les critères de détermination de la part variable ? Prendra-t-on en compte la diminution de la masse salariale ? Accordera-t-on des primes à ceux qui mettent en œuvre de véritables plans sociaux ? Nous présenterons des amendements tendant à supprimer cette mesure qui nous paraît inquiétante à plus d'un titre : par les contreparties que l'on exigera de la part des directeurs, et par les inégalités qu'elle entraînera entre les mieux et les moins bien rémunérés d'entre

eux, et entre eux et les autres membres du personnel. Ce n'est pas ainsi que l'on crée la confiance.

A l'Assemblée nationale, M. Préel dénonçait la création d'une assistance publique régionale et le risque de confiscation des pouvoirs. Vous voulez instaurer un système extrêmement hiérarchique, le directeur de l'hôpital ayant tout pouvoir à l'intérieur de celui-ci mais se trouvant soumis à l'autorité du directeur général de l'ARS, qui sera lui-même aux ordres du ministère de la santé. De là à dire que le Président de la République et ses collaborateurs contrôleront entièrement la politique hospitalière, il n'y a qu'un pas.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – C'est insultant pour les ministères !

**Mme Isabelle Pasquet.** – Cette disparition de tous les contre-pouvoirs n'est pas bonne pour notre démocratie. C'est à croire que M. Sarkozy n'accepte pas que l'on puisse s'opposer à lui. Les dernières réformes -celles de l'audiovisuel, de l'instruction, des universités, de la Constitution, et aujourd'hui la caporalisation de l'hôpital- marquent sa volonté de concentrer tous les pouvoirs dans les mains d'un petit nombre de personnes, afin sans doute de pouvoir mieux les contrôler...

Enfin, nous dénonçons la multiplication des modes de financement non pérennes, dons, legs, emprunts, ventes de biens immobiliers et de brevets : autant de palliatifs qui compensent mal le désengagement financier de l'État. Quant à la proposition de financer les établissements de santé par des placements financiers, elle nous paraît bien mal inspirée en pleine crise financière.

Faudra-t-il une crise sanitaire aussi grave que la dernière crise bancaire pour que l'UMP redécouvre les vertus d'un système de santé public financé par la solidarité nationale ?

**M. François Autain.** – J'interviens à la place de M. Billout, qui a dû s'absenter pour des raisons indépendantes de sa volonté. Il souhaitait vous présenter les conséquences néfastes d'une approche gestionnaire de l'hôpital public. Au début de l'année, le chef de service du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital de Lagny-Marne-la-Vallée, en Seine-et-Marne, a remis sa démission, refusant de devenir -selon ses propres termes- le « syndic de faillite » de son service. Avec ses collaborateurs, il s'est opposé à une gestion purement comptable qui fait de la psychiatrie -financée par une enveloppe globale et non par la tarification à l'acte comme les autres services- une variable d'ajustement budgétaire lorsqu'elle est rattachée à un hôpital généraliste. C'est le résultat d'une politique qui fait des objectifs budgétaires ses seuls impératifs catégoriques. A Lagny, on a ainsi amputé le budget du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de 300 000 euros, ce qui correspond à la suppression de

quatre postes. Le centre de soin et d'accueil pour adolescent (Cesa) a été relocalisé.

On fait fi des efforts consentis depuis onze ans pour rééquilibrer les structures de soin en santé mentale dans le département de la Seine-et-Marne, celui qui a la plus faible densité médicale en Ile-de-France alors que sa progression démographique est l'une des plus fortes du pays. Dans le secteur de l'hôpital, le nombre d'habitants est passé de 601 000 en 1999 à plus de 708 000 en 2000, et devrait atteindre 800 000 en 2015. Les moins de 20 ans représentent 29 % de la population. Les dépenses par habitant consacrées à la pédopsychiatrie dans le département étaient de 85 euros en 2005 contre 299 euros à Paris, 121 euros en Seine-Saint-Denis et 163 euros dans le Val-de-Marne !

L'équipe médicale du service a dû réduire l'offre de soins alors qu'elle est débordée de demandes : il faut attendre plusieurs mois pour une consultation ! Une gestion purement comptable est contraire au nouvel article 6112-3 du projet de loi, qui dispose que « l'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli (...) l'égal accès à des soins de qualité ». Nous reviendrons sur cette question lors de l'examen du titre II.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous venons d'entendre une nouvelle fois les mêmes antiennes sur « l'hôpital entreprise » et le rationnement des soins. Face à ces critiques, j'ai eu l'idée de vérifier la progression de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) entre 1997 et 2002 : il devait consacrer, me disais-je, un effort budgétaire extraordinaire en faveur de l'hôpital public ! (*M. Alain Gournac s'amuse*)

**M. François Autain.** – En ce temps-là, le budget de l'assurance maladie était équilibré !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Que constate-t-on ? La gauche a mis l'hôpital au régime sec : la progression annuelle moyenne de l'Ondam entre 1997 et 2002 fut de 2,93 %, contre 4,07 % depuis 2002 ! (*On s'égayé à droite*) En revanche, la gauche fit preuve d'une grande générosité en 2002, année d'élection, mais ce fut à l'égard des cliniques privées qui virent leur financement progresser de 9,3 % ! Alors vos leçons, vous pouvez les garder pour vous ! (*Vifs applaudissements à droite*)

L'article 4 est très important : il marque la première étape de la modernisation de la gouvernance de l'hôpital. Il unifie tout d'abord le statut des établissements publics de santé, tout en permettant des modulations, notamment pour les hôpitaux locaux (*M. Raymond Vall s'en félicite*) : il ne s'agit pas de coucher les établissements sur un lit de Procuste qui leur impose une organisation strictement identique.

En outre, l'article dessine les grandes lignes de la gouvernance de l'hôpital. Il instaure un conseil de surveillance présidé par le directeur de l'établissement assisté d'un directoire. Il autorise également la création de fondations qui pourront concourir au financement de la recherche, conformément aux recommandations de la mission sur les CHU et de nombreux chercheurs.

**M. Alain Gournac.** – Bravo !

**M. le président.** – Amendement n°403, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

**Mme Annie David.** – Nous proposons de supprimer cet article qui remplace le conseil d'administration, qui associait les représentants du personnel médical, paramédical et administratif, par un conseil de surveillance aux compétences très limitées, rapprochant ainsi le fonctionnement de l'hôpital de celui des entreprises privées. (*Mme la ministre s'agace*) Le Gouvernement cherche ainsi à appliquer aux établissements de santé les règles de la nouvelle gouvernance, celles du *management* capitaliste. Le pouvoir est concentré autour d'une seule autorité, l'ARS, elle-même chargée d'une mission politique : celle de contraindre les établissements publics à réduire leurs dépenses.

Mais je le répète : la médecine n'est pas une marchandise et les pathologies des patients ne sont pas un produit. Votre conception de l'hôpital entreprise est à l'opposé de notre idée d'un service public de santé solidaire et performant.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avec une belle constance, le groupe CRC-SPG propose un amendement de suppression. Mais cet article est essentiel. C'est pourquoi, avec la même constance, la commission émet un avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis.

**M. François Autain.** – Peut-être les dépenses de santé consenties sous le gouvernement de M. Jospin auraient-elles pu être plus élevées...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – D'autant que l'inflation était alors beaucoup plus forte !

**M. François Autain.** – ...mais le régime de protection sociale était alors à l'équilibre. Il connaît cette année un déficit de 20 milliards d'euros, qui devrait rester au même niveau au cours des deux prochaines années.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La gauche n'a pas connu la crise !

**M. François Autain.** – M. Fillon refusant d'augmenter les cotisations sociales, il faudra créer une nouvelle Cades et faire porter aux générations futures le poids de la dette.

Votre gestion calamiteuse fait regretter celle de la gauche, laquelle avait des budgets en équilibre.

*L'amendement n°403 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°575, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, supprimer le mot :

principal

**M. François Autain.** – Cet amendement clarifie une rédaction qui, précisant que les établissements publics de santé (EPS) ne peuvent poursuivre des objectifs commerciaux et industriels à titre principal, laisse entendre que ces objectifs demeurent possibles à titre secondaire. Vous avez là, en adoptant cet amendement, l'occasion de prouver que votre objectif n'est pas de faire de l'hôpital une entreprise.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est difficile de nier que les EPS fournissent des prestations à des usagers mais ce ne sont pas pour autant des Epic et tout l'intérêt de cette définition, reprise de textes antérieurs, est de mettre en relief leur particularité qui est d'être à la fois des établissements publics administratifs et des Epic. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis défavorable. Les hôpitaux ont une mission de santé publique et il est évident qu'ils ne poursuivent pas d'objectif commercial ni industriel, comme le rappelle judicieusement le texte de la commission. L'amendement modifie une formule à laquelle vous êtes d'ailleurs très attachés et qui reprend mot pour mot des dispositions antérieures qui définissaient le statut des établissements publics.

**M. François Autain.** – Je constate que vous n'apportez pas la preuve de votre volonté de ne pas faire de l'hôpital une entreprise. Dont acte.

*L'amendement n°575 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°617 rectifié, présenté par M. Vall et Mme Escoffier.

Supprimer le II de cet article.

**M. Raymond Vall.** – La ministre vient d'apaiser en partie l'inquiétude qui a motivé cet amendement, celle de voir disparaître la notion d'hôpital local. Pouvez-vous confirmer qu'il n'en sera rien ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le projet de loi ne supprime pas les hôpitaux locaux, il les fait au contraire rentrer dans le droit commun en leur donnant la même dénomination qu'aux autres. L'article L. 6141-1 précise bien que « le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national ». Retrait.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bien entendu, je tiens à vous rassurer complètement.

Cette unification du statut juridique permet aux hôpitaux locaux de garder leur mode de fonctionnement. Et même, s'ils souhaitent garder la dénomination d'« hôpital local », ils le peuvent ! On ne leur mettra pas de brodequins d'acier... Retrait.

*L'amendement n°617 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°407, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le IV de cet article.

**Mme Isabelle Pasquet.** – Nous proposons de supprimer la possibilité pour les établissements de santé de créer des fondations dédiées à la recherche et dotées de la personnalité morale parce que cela ouvre la possibilité de développer le mécénat, ce qui ferait reposer sur des capitaux privés -donc aléatoires- une partie du financement de la mission de recherche des établissements publics de santé. La création de ces fondations hospitalières vise en réalité à palier le désengagement progressif de l'État en la matière. Ce recours au mécénat risque de déséquilibrer un peu plus le paysage hospitalier : il y aura les établissements qui réussiront à attirer des mécènes et des capitaux privés, grâce à leur renommée déjà installée ou à la rentabilité des travaux de recherche promus, et les autres.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission ne comprend pas pourquoi on empêcherait la création de fondations hospitalières. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis défavorable. Pourquoi se priver de la contribution privée à l'effort de recherche national et pourquoi se priver des emplois que créerait cette recherche biomédicale ? En faisant du parangonnage, comme disent les Québécois, on s'aperçoit que ces fondations sont très performantes.

**M. Jean Desessard.** – Existe-t-il des exemples de telles fondations ? Des hôpitaux bénéficient-ils déjà de fonds privés et, si oui, lesquels ? L'appel de fond concernera-t-il les particuliers, les entreprises, les legs ? Les entreprises pourront-elles récupérer ou rentabiliser leur mise ? Est-ce un partenariat qui s'installe ? Où est la nouveauté ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pour l'instant, il n'existe pas de fondations.

**M. Guy Fischer.** – Et la fondation Mérieux, c'est quoi ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le but de la loi, c'est de les créer. Elles seront assorties de dispositions fiscales en faveur des entreprises donatrices. Un travail de parangonnage est en cours et je vous donnerai, le moment venu, les exemples qui fondent notre proposition.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Vu l'état des finances publiques, cette innovation est intéressante et la refuser, c'est se fermer les yeux devant l'état du

monde et de la concurrence internationale. Le groupe UMP, unanime, approuve la création de ces fondations.

**M. Nicolas About.** – Et le groupe centriste aussi !

**Mme Nathalie Goulet.** – Je suis tout à fait d'accord avec M. Fourcade. Dans la loi de modernisation de l'économie, nous avons créé un fonds de dotation pour des fonds privés pour des missions d'intérêt général. Pourquoi ne pas utiliser ce fonds pour la recherche afin, par la collecte de capitaux privés, de rester en tête des pays qui encouragent la recherche ?

**M. Guy Fischer.** – M. Fourcade rappelait que bien souvent, les fondations permettaient de dynamiser la recherche. C'est d'ailleurs ce qui se passait dans l'agglomération lyonnaise avec l'Institut Pasteur. Mais les prises de participation successives de Mérieux lui ont permis de phagocyter l'Institut petit à petit. Il convient donc de trouver un juste équilibre entre les fonds publics et les fonds privés.

*L'amendement n°407 n'est pas adopté.*

*L'article 4 est adopté.*

## Article 5

(Texte modifié par la commission)

*I. - L'intitulé du chapitre III du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Conseil de surveillance, directeur et directoire ».*

*II. - L'article L. 6143-1 du même code est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 6143-1. - Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :*

*« 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;*

*« 2° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;*

*« 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;*

*« 3° bis Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une action de coopération ou à une communauté hospitalière de territoire, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs autres établissements publics de santé ;*

*« 4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;*

*« 5° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;*

*« 6° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.*

*« Il donne son avis sur :*

*« - le budget prévisionnel ;*

« - la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

« - le programme d'investissement ;

« - les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;

« - le règlement intérieur de l'établissement.

« Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

« A toute époque de l'année, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

« Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes. »

III. - Les articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du même code sont ainsi rédigés :

« Art. L. 6143-5. - Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« 1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant ;

« 2° Au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, dont au plus deux nommées par le maire de la commune siège de l'établissement ou le président de groupement, une par le président du conseil général et deux représentants des usagers, au sens de l'article L. 1114-2, désignés par le représentant de l'État dans le département où est situé l'établissement.

« Le nombre de membres de chacun des collèges doit être identique.

« Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°. Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

« Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

« Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par décret.

« Art. L. 6143-6. - Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

« 1° A plus d'un titre ;

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est membre du directoire ;

« 4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;

« 5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;

« 6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;

« 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. »

IV. - L'article L. 6143-6-1 du même code est abrogé.

**Mme Isabelle Pasquet.** – Les conseils d'administration des établissements publics de santé vont être remplacés par des conseils de surveillance : vous n'hésitez pas, pour mettre en place un véritable patron à l'hôpital, à supprimer les prérogatives de l'organe qui représentait jusqu'à présent les personnels médicaux et paramédicaux et les élus locaux.

Alors que les conseils d'administration participaient à l'organisation et à la gestion de l'hôpital, le conseil de surveillance se limitera au rôle d'observateur : ce sera une chambre d'enregistrement et de vérification des décisions prises par les directeurs d'hôpitaux. Pourquoi créer un organe de direction qui n'aura même pas voix au chapitre dès lors qu'il s'agira des questions financières, et donc de l'avenir même de l'établissement ? La formulation retenue par la commission, « se prononce », est plutôt ambiguë.

Vous cherchez en réalité à réduire les contre-pouvoirs. Les conseils d'administration auraient fait obstacle à la rationalisation des dépenses et aux politiques de rigueur, déclenchant dans tout le pays des mouvements de contestation que vous auriez eu du mal à endiguer. Il était donc plus simple de créer un conseil de surveillance à la composition rabougrie et aux compétences réduites.

Il n'est pas acceptable de privilégier le pouvoir individuel au détriment de l'expertise collective. Nous défendrons de nombreux amendements pour que vive la démocratie sanitaire et sociale à l'hôpital.

**M. Guy Fischer.** – Sur cet article, comme sur ceux traitant de la gouvernance, la commission et notre rapporteur ont fait un important travail de réécriture, n'hésitant pas à contredire le Gouvernement en modifiant la place centrale dévolue aux directeurs. Le conseil de surveillance aura à connaître de la situation des comptes financiers et se prononcera sur la participation à une communauté hospitalière de territoire, ce que d'ailleurs nous demandions. Toutefois, nous tenterons de renforcer la compétence des conseils de surveillance.

Nous apprécions la place réservée aux représentants des collectivités qui pourront nommer trois des cinq personnalités qualifiées. Mais les élus locaux ne seront plus automatiquement les présidents du conseil de surveillance. Une personne qualifiée

pourra même être élue président du conseil de surveillance, ce que nous refusons.

La commission reconnaît que la version initiale du Gouvernement reflétait un mépris total des différents acteurs de la gouvernance de l'hôpital. Après le passage en commission, cet article est quelque peu rééquilibré, sans toutefois remettre véritablement en cause la logique de directeur-patron. C'est pourquoi nous défendrons divers amendements et que nous ne pourrions, sauf adoption de ces derniers, voter cet article.

**M. Jacky Le Menn.** – Avec les articles 5 et 6, nous sommes au cœur de nos divergences sur ce titre premier. Votre projet à le mérite de la cohérence, même si nous ne la partageons pas. Nous ne pouvons approuver en particulier votre défiance à l'égard des élus locaux et des personnels hospitaliers, qui se traduit par la place que vous leur réservez au sein du conseil de surveillance. En outre, ces personnalités seront appelées à siéger de longues heures, pour faire quoi ? Pour se prononcer sur la stratégie financière ? Non, ce domaine est réservé aux vrais professionnels ! Le conseil délibérera, soit, mais son champ de compétence sera très étroit. Il donnera un avis simple, ce qui est néanmoins important car cela peut aider le directeur ou *manager*.

Enfin, un amendement du Gouvernement, examiné entre la poire et le fromage, prévoit que « le conseil de surveillance entend le directeur ». Voilà qui transforme ce conseil en conseil des ministres qui entend tomber la parole présidentielle !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous en savez quelque chose ?

**M. Jacky Le Menn.** – Ce n'est pas ce que nous voulons pour les hôpitaux, même si nous sommes tous d'accord pour améliorer ses modes de fonctionnement. Nous ne pouvons nous contenter d'un directeur d'hôpital lui-même tenu par le directeur de l'ARS, véritable relai des services du ministère.

Nous voulions donner une marge de liberté et d'indépendance au directeur en obligeant l'ARS à choisir parmi une liste de trois noms. Mais non, en laissant l'ARS nommer qui il veut, le directeur ira à Canossa, pieds et poings liés, pour négocier son budget ! Nous ne pouvons accepter cette caricature de gestion ! Vraiment, madame la ministre, les hôpitaux étaient-ils si mal gérés jusqu'à présent ? Ayant formé de nombreux directeurs, je devrais battre ma coulpe !

**M. Guy Fischer.** – On tient le responsable !  
(Sourires)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous en dites pourtant beaucoup de mal !

**M. Jacky Le Menn.** – Le directoire que vous voulez mettre en place ne sera pas à l'image de celui de la Révolution qui a donné naissance à une belle institution, le Sénat : je crains fort que ce directoire ne

provoque une nouvelle révolution mais, cette fois, défavorable à nos concitoyens ! (*Applaudissements à gauche*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet article définit la composition et les compétences du conseil de surveillance, appelé à devenir le nouvel organe délibérant des établissements publics de santé. La commission Larcher, qui avait dressé un bilan globalement positif des réformes récentes, proposait une évolution équilibrée sur trois piliers complémentaires : un directeur conforté et responsabilisé, un organe délibérant recentré sur la définition d'orientations stratégiques, un conseil exécutif resserré impliquant fortement les médecins.

Votre commission a donc souhaité renforcer les pouvoirs du conseil de surveillance, qui exercera un contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il reçoit un pouvoir de délibération sur la participation de l'établissement à toute action de coopération ou à une fusion avec d'autres établissements et sera consulté sur le budget prévisionnel. Consulté sur le programme d'investissement, les opérations immobilières et le règlement intérieur de l'établissement, il pourra présenter des observations sur le rapport annuel du directeur, opérera tous contrôles et se fera communiquer les documents nécessaires ; il nommera éventuellement le commissaire aux comptes.

Le maire ou le président de l'intercommunalité siègera au conseil de surveillance, auxquels participeront cinq personnalités qualifiées, deux nommées par le maire, deux par le président du conseil général et deux représentants des usagers nommés par le préfet.

**M. Jean Desessard.** – Il y a des divergences sur le rôle du super-directeur de l'établissement qui prendra ses ordres auprès du super-directeur régional. Le rapporteur n'a pas été complet dans sa présentation. Il nous a expliqué en commission que tout s'était bien passé jusqu'à ce que, deux députés s'étant mis en valeur par des amendements, une opposition s'est exprimée, ce qui montre d'ailleurs les limites de la consultation préalable. On ne peut pas dire qu'il n'y a pas eu d'évolution depuis : M. Sarkozy a pris des positions et Mme Bachelot a reconnu à la télévision qu'il y avait eu des discussions, comme c'est normal en démocratie. Pourquoi le rapporteur n'a-t-il pas indiqué les modifications par rapport au projet initial ? Il a parlé de concessions : lesquelles ? Si le flou s'installe, est-ce pour en revenir au texte du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous m'avez interrogée sur le centre hospitalier de Lagny dont j'ai posé la première pierre en octobre 2008. Il s'agit de la première opération complète de construction d'un tel centre. Elle mobilise 265 millions dont 218 millions pour les travaux, 35 millions pour les équipements, 10 millions pour le système d'information et 5 millions pour l'acquisition des terrains. Elle

représente 460 lits et places, soit 104 de plus, 125 étant réservés à la psychiatrie. Elle répondra aux besoins de Marne-la-Vallée, en forte croissance démographique. Voilà à quoi servent les objectifs quantitatifs ! La pédopsychiatrie, enfin, qui n'est pas oubliée, bénéficie de crédits spécifiques. (*MM. François Autain et Guy Fischer remercient la ministre*)

J'en viens à l'article 5, qui remplace le conseil d'administration par un conseil de surveillance, aux attributions importantes : il définit les orientations stratégiques, contrôle la gestion et le fonctionnement de l'établissement et délibère sur les questions financières. Son président a accès à toutes les informations. Il exprime des avis sur le budget prévisionnel, le programme d'investissement, le règlement intérieur. Il est composé d'élus, de personnel et de personnalités qualifiées afin de prendre en compte et la société et les territoires et les usagers. Il élit en son sein son président ; il n'est pas douteux que le plus souvent, c'est le maire de la localité où se situe l'hôpital qui sera choisi par ses collègues, mais son élection lui confèrera une plus grande légitimité.

L'article précise en outre le régime des incompatibilités qui sont la contrepartie de son indépendance et évitent les conflits d'intérêt.

Je souhaite aller plus loin sur certains points. C'est pourquoi j'ai présenté des amendements. Il s'agit d'abord de modifier sa compétence délibérative et consultative : s'il n'est pas souhaitable de maintenir l'avis sur le budget prévisionnel, il faut *a contrario* le prévoir sur toute action de coopération avec un CHT ou un GTS, dès qu'un CHU est partie au projet. Certains craignaient en effet que les gros poissons ne mangent les petits.

Il convient en outre de préciser la désignation des personnalités qualifiées pour un meilleur équilibre : deux seront désignées par le représentant de l'État, deux par le directeur général de l'ARS et une par le président du CESR.

Je souhaite enfin élargir les compétences de contrôle et d'alerte du conseil de surveillance et sa faculté d'observation sur la gestion de l'établissement.

**M. le président.** – Amendement n°408, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

**Mme Annie David.** – Malgré ces propos qui se voulaient rassurants, nous continuons à souhaiter la suppression de l'article 5. La structure proposée écarterait des acteurs comme les représentants des usagers, ou les élus locaux, qui apparaissent dans le collège 1. Cette disposition, clairement contraire aux objectifs du projet, constitue un mauvais signe envoyé à tous ceux qui s'efforcent de faire vivre nos hôpitaux et qui demandent une plus grande collégialité. Mais vous préférez une conception autoritaire dans la

logique libérale du *manager* sauveur des comptes publics ; nous avons déjà combattu cette dangereuse illusion lors de la révision constitutionnelle et à l'occasion de la réforme de l'audiovisuel public. Nous maintenons notre position en dépit de l'opinion du Gouvernement et de la commission.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable. La commission a souhaité un équilibre entre les instances.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable, pour des raisons évidentes.

**M. Guy Fischer.** – Ce n'est même pas argumenté !

*A la demande de la commission, l'amendement n°408 est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici les résultats du scrutin :

|   |     |
|---|-----|
| Nombre de votants .....                       | 333 |
| Nombre de suffrages exprimés .....            | 318 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés ..... | 160 |
| Pour l'adoption.....                          | 139 |
| Contre .....                                  | 179 |

*Le Sénat n'a pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°410, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

se prononce sur

par le mot :

arrête

**Mme Isabelle Pasquet.** – D'un conseil d'administration, on passe à un conseil de surveillance, cantonné à un rôle consultatif. Le conseil d'administration -dont les compétences avaient déjà été réduites par ordonnance en 2005- « arrête » la stratégie de l'établissement. Nous revenons à cette rédaction, dans un souci de démocratie sociale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable. Se prononcer sur quelque chose, c'est avoir plus qu'un rôle consultatif !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°410 n'est pas adopté.*

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je demande que l'on suspende la séance pour permettre à la commission d'étudier les nouveaux amendements du Gouvernement à l'article 5. (*Exclamations à gauche*) La commission pourrait se réunir pendant une heure trente, et la séance reprendre après le dîner.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis un roseau flexible entre les mains du président de la commission. (*Sourires*)

**M. Guy Fischer.** – Rappel au Règlement ! Nous avons là une nouvelle démonstration de la façon dont le Gouvernement traite les parlementaires ! (*Mme la ministre proteste*) Alors qu'il y a déjà eu des interventions sur l'article, nous découvrons de nouveaux amendements, qui visent prétendument à nous apaiser mais sont en réalité des écrans de fumée ! (*Mme la ministre proteste*) Nous travaillons dans des conditions détestables ! (*Mme Annie David renchérit*)

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – J'approuve totalement les propos de M. Fischer. On ne peut travailler ainsi. En défendant le renvoi en commission, j'ai dénoncé hier nos conditions de travail ; depuis, la situation s'est encore dégradée ! On découvre des amendements du Gouvernement qui remettent en cause le texte voté par la commission : il nous faut le temps de les étudier ! Le ministre et le rapporteur travaillent avec leurs collaborateurs, mais nous, nous devons nous prononcer sur le champ, sans investigation préalable ! Vous avez tort de ne plus vouloir de maires comme présidents de conseil d'administration : voyez comme nous sommes réactifs ! Ce comportement est inacceptable.

**M. Guy Fischer.** – On en a assez ! On va faire grève !

**M. Jean-Pierre Chevènement.** – La réforme institutionnelle était censée démocratiser le travail parlementaire, le débat se faisant désormais sur le texte de la commission. Cela comporte beaucoup d'inconvénients : les rapports nous parviennent très tardivement et, sur ce plan, la réforme est une régression. Les amendements du Gouvernement proposent de revenir au texte initial : c'est détruire le travail effectué par la commission et contredire l'esprit de la réforme constitutionnelle, qui était de renforcer les pouvoirs du Parlement ! Madame la ministre, vous ne devriez pas, à ce stade de la procédure, déposer ces amendements. (*« Bravo ! » et applaudissements à gauche*)

**M. Guy Fischer.** – Bravo ! Nous voterons contre le Règlement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Premier point : le président About a demandé à réunir sa commission : c'est son droit, et je me plie à la marche des travaux décidée par le Sénat. Je l'ai dit, je suis à la disposition de la Haute assemblée.

Deuxième point : le Gouvernement a proposé un texte. Avant la réforme, le débat se faisait sur ce texte ; désormais, c'est le texte de la commission qui est débattu en séance publique. Le Gouvernement ne perd pas pour autant ses prérogatives et son pouvoir d'amendement ! Il est normal qu'il défende des amendements pour définir sa position. Auparavant,

c'est vous qui étiez en position d'amender ; aujourd'hui, c'est le Gouvernement.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Oui, mais il y avait un délai pour le dépôt des amendements !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – En aucun cas je ne dépasse mes prérogatives. Heureusement que le Gouvernement peut encore défendre la philosophie de son texte devant le Parlement et n'est pas pieds et poings liés devant les décisions de la commission ! S'il devait être privé de son pouvoir d'amendement, la démocratie marcherait sur la tête !

**M. Guy Fischer.** – C'est le cas !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Troisième point : ces dispositions ne surgissent pas au dernier moment. Elles ont été largement examinées. Elles ont été débattues par votre commission des affaires sociales et dans bien des enceintes. Le président de la commission fera un travail de réglage, mais cela n'interdit pas au Gouvernement de proposer des amendements.

**M. François Autain.** – Pas à tout moment !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – A tout moment. C'est le règlement.

*La séance est suspendue à 19 heures.*

PRÉSIDENTE DE M. ROLAND DU LUART,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 21 h 30.*

**M. le président.** – Amendement n°409, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

I. - Au début du quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 de la santé publique, ajouter les mots :

Le budget prévisionnel,

II. - Supprimer le dixième alinéa du même texte.

**M. Guy Fischer.** – Le moins que l'on puisse dire, c'est que, depuis son passage à l'Assemblée nationale, le texte a connu bien des modifications ; il a même été complètement transformé. Sous la pression des manifestants, et afin d'éviter la situation absurde qui aurait vu le directeur connaître seul du budget prévisionnel, le Gouvernement propose que le conseil de surveillance donne son avis sur celui-ci comme sur le programme d'investissement. Cet avis, qu'il aura fallu arracher à force de mobilisation, ne peut cependant nous satisfaire ; nous sommes opposés à ce que le conseil d'administration soit ainsi dépouillé.

Pour le Président de la République, il fallait à l'hôpital une organisation nouvelle, propos justifié par une démonstration brumeuse selon laquelle ceux qui ont la force de dire oui étant moins nombreux que

ceux qui ont la force de dire non, il y aurait des oui qui veulent dire non... Bref, il a noyé le poisson. Les représentants des personnels et des usagers, les élus ne pourront plus s'opposer à certaines dérives comptables. On a décidé de bâillonner le conseil de surveillance, à peine pourra-t-il donner son avis. Le directeur écoutera, dira merci, et la messe sera dite. Cette curieuse conception de la démocratie à l'hôpital n'est évidemment pas la nôtre. A croire qu'à vos yeux, les représentants des personnels et élus n'ont pas les capacités suffisantes pour participer à la gestion des établissements.

Le candidat Sarkozy voulait une démocratie irréprochable. Chacun comprendra qu'il y a d'un côté les discours et de l'autre les actes.

**M. le président.** – Amendement n°1224, présenté par le Gouvernement.

I. - Supprimer le dixième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

II. - Supprimer le douzième alinéa du même texte.

III. - Compléter le même texte par un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil de surveillance entend le directeur sur le budget prévisionnel ainsi que sur le programme d'investissement. »

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le conseil de surveillance a un rôle majeur. C'est lui qui définit les orientations stratégiques et s'assure que les actes de gestion les respectent ; il élabore en amont les objectifs et en aval contrôle les résultats. Aller plus loin serait contreproductif, mêlerait le stratégique et l'opérationnel. Le conseil de surveillance n'a pas à entrer dans les détails.

L'efficacité sera au rendez-vous si chacun remplit son rôle. Laissons le directeur mettre en musique la stratégie validée par le conseil de surveillance, sauf à risquer l'inertie et la désresponsabilisation du directeur et du directoire. Si l'on veut une gouvernance cohérente, dialogue et confiance devront présider aux relations entre directoire et conseil. C'est tout le sens de cet amendement. Le Gouvernement sera défavorable à l'amendement n°409.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ces deux amendements sont contradictoires. Le premier est contraire tout à la fois à l'objectif de la loi et au texte de la commission : avis défavorable au 409. Le second a notre assentiment.

**M. Guy Fischer.** – Regrettable !

**M. Jean Desessard.** – Nous voulions que le conseil de surveillance délibère, une sorte de compromis a été trouvé en commission. Je ne comprends pas que le rapporteur accepte, sous la pression du Gouvernement, de revenir sur celui-ci. Pourquoi, dès lors, ne pas écrire que, de temps en

temps, le directeur daigne informer le conseil de certaines dispositions du budget prévisionnel ? Nous avons ici une nouvelle preuve de la perte d'influence du conseil de surveillance. Sa consultation est une farce.

*L'amendement n°409 n'est pas adopté.*

*A la demande du Gouvernement, l'amendement n°1224 est mis aux voix par scrutin public. (Exclamations ironiques à gauche)*

**M. le président.** – Voici les résultats du scrutin :

|   |     |
|---|-----|
| Nombre de votants .....                       | 341 |
| Nombre de suffrages exprimés .....            | 341 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés ..... | 171 |
| Pour l'adoption.....                          | 186 |
| Contre .....                                  | 155 |

*Le Sénat a adopté.*

**M. Guy Fischer.** – Cela devient intéressant !

**M. le président.** – Amendement n°1176, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le cinquième alinéa (3° bis) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique :

« 3° bis. Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – De nombreux sénateurs, notamment M. Raffarin...

**M. Guy Fischer.** – Ah ! Cela change tout !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...m'ont alerté sur les risques de déséquilibre que ferait courir un projet de fusion ou de coopération mené entre un CHU, naturellement important, et des hôpitaux de son territoire : le gros poisson pourrait manger les petits poissons... Une solution, drastique, aurait été d'interdire aux CHU de participer à une communauté hospitalière de territoire, mais leur participation peut être utile dans certains cas. Pour éviter ces deux écueils, je vous propose d'étendre les pouvoirs de délibération du conseil de surveillance à la stratégie de participation et de fusion de l'établissement. Au reste, j'ai précisé en commission ma doctrine sur les communautés hospitalières : il s'agit de favoriser des coopérations profitables à des structures complémentaires, de taille comparable, soit environ 400 lits MCO. Je suis donc défavorable à toute fusion déséquilibrée.

Tout en tenant à conserver au conseil de surveillance son rôle de stratège, non opérationnel, j'ai donc entendu la volonté du législateur !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable.

**M. Jean Desessard.** – Je m'étonne de la position du rapporteur...

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je parle au nom de la commission !

**M. Jean Desessard.** – Soit ! Je m'étonne surtout des arguments développés par Mme la ministre. A l'article 3 bis, la commission avait accordé au conseil de surveillance le pouvoir de délibérer sur « toute mesure relative à la participation de l'établissement à une action de coopération ou à une communauté hospitalière de territoire, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs autres établissements publics de santé ». L'amendement gouvernemental grignote les pouvoirs que la commission avait voulu donner au conseil de surveillance puisqu'il n'y est plus fait référence aux actions de coopération ! Je ne vois donc pas en quoi il empêchera le gros poisson de manger les petits... Bien au contraire, il donne toute liberté au directeur d'établissement. Voilà une belle illustration de la logique que nous dénonçons depuis quelques jours !

*L'amendement n°1176 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°321, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le huitième alinéa (6°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 7° La nomination et la révocation des membres du directoire.

**M. Jean Desessard.** – Nous donnons au conseil de surveillance le pouvoir de délibérer sur la nomination des membres du directoire par le directeur d'établissement ainsi que sur leur révocation, qui n'est pas un acte anodin dans la vie d'un hôpital. Les membres du directoire, parce qu'ils gèrent au quotidien l'établissement, doivent jouir de la confiance du directeur mais aussi de celle de la communauté hospitalière.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Pendant que nous y sommes, la commission des affaires sociales, elle aussi, pourrait se prononcer ! (Sourires)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Vous voulez que le conseil de surveillance nomme les membres du directoire...

**M. Jean Desessard.** – Je n'avais pas osé le proposer !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Eh bien ! Autant lui donner tous les pouvoirs !

**M. François Autain.** – Bonne idée !

**Mme Annie David.** – Ce serait démocratique !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis également défavorable.

**M. François Autain.** – Je suis très favorable à l'amendement n°321. Dans le texte de la commission, le directeur ne fait qu'informer le conseil de surveillance des nominations...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Logique !

**M. François Autain.** – ...et ne lui rend pas compte des révocations qui constituent un acte grave. Le conseil de surveillance doit, selon nous, donner son avis.

**M. Jean Desessard.** – Monsieur le rapporteur, je ne propose pas que le conseil nomme les membres du directoire mais qu'il délibère sur la proposition de nomination du directeur de l'établissement !

De plus, un directoire est normalement composé de personnes indépendantes qui ont pouvoir de décision. Or les deux ou quatre membres du directoire, selon qu'il s'agit d'un centre hospitalier universitaire ou d'un centre hospitalier, sont désignés par le directeur de l'établissement et voteront pour lui ! Ils sont là pour faire contrepoids aux membres de droit du directoire tels que le président de la CME. (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat approuve*)

Monsieur le rapporteur, vous avez une vision autoritaire du conseil de surveillance ; il existe une différence entre nommer et approuver une nomination !

**M. François Autain.** – Très juste !

*L'amendement n°321 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°323, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

I. - Après le huitième alinéa (6°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

«...° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

II. - En conséquence, supprimer le onzième alinéa du même texte.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – L'article 5 substitue à l'ancien conseil d'administration un conseil de surveillance doté de compétences réduites à la définition des orientations stratégiques de l'établissement et au contrôle. L'Assemblée nationale a tout de même élargi ses pouvoirs en lui permettant de donner son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, sur les conditions d'accueil et de prise en charge des patients et sur l'adhésion à une communauté hospitalière de territoire ou à un groupement de coopération sanitaire. Sur ces deux premiers sujets et sur la gestion des risques, nous souhaitons lui donner voix délibérative. Les conditions d'accueil des usagers

étaient jusqu'à présent l'objet des débats du conseil d'administration. Le président du conseil, c'est-à-dire le maire, était beaucoup sollicité par ses administrés. Si le texte est adopté en l'état, il devra désormais se contenter de leur dire qu'il demandera au conseil de formuler un avis...

**M. le président.** – Amendement n°411, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

I. - Après le huitième alinéa (6°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

«...° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

II. - Supprimer le onzième alinéa du même texte.

**Mme Annie David.** – Nous souhaitons intégrer la définition de la politique d'amélioration continue des soins et des conditions d'accueil des usagers dans le domaine de compétence du conseil de surveillance. Malgré ses défauts, celui-ci est le seul organe qui réunisse des acteurs très divers, dont les compétences variées peuvent enrichir le débat.

La qualité et la sécurité des soins, la gestion des risques, l'accueil et la prise en charge des patients préoccupent nos concitoyens : un sondage Ifop de novembre 2007 indiquait que, si 90 % d'entre eux estimaient que notre système de santé était bon, 97 % étaient d'avis que la qualité des soins baissait. Une étude plus récente a montré que, selon 56 % des Français, notre système de santé ne permet plus à tout le monde d'avoir accès à des soins de même qualité.

**M. Guy Fischer.** – C'est vrai !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Et pourtant l'espérance de vie augmente !

**Mme Annie David.** – Les politiques en question sont au cœur des missions de l'hôpital ; il est normal que la commission de surveillance puisse se prononcer à leur sujet.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à ces amendements identiques : la commission souhaite s'en tenir au texte de l'Assemblée nationale, selon lequel le conseil de surveillance est doué en ces domaines d'un rôle consultatif.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – Autant dire qu'il ne sert à rien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je partage l'avis de M. le rapporteur. Mme David prétend que l'on est mal soigné en France...

**M. Guy Fischer.** – Caricature !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pourtant l'espérance de vie ne cesse de progresser, comme tous les autres indicateurs de santé.

Je comprends mal l'objet de ces amendements : l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est une affaire technique qu'il est légitime de confier à des spécialistes : médecins, infirmiers, logisticiens, personnes en charge de l'hygiène hospitalière. Au nom de la démocratie, on pourrait aussi bien envoyer le conseil de surveillance au chevet des malades !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – C'est dérisoire !

**M. Guy Fischer.** – Populisme ! Force est de constater que tous nos concitoyens ne bénéficient pas d'un égal accès aux soins. (*Mme Annie David le confirme*) Certes, notre système de santé est encore parmi les meilleurs au monde.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Quand même !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – C'est parce qu'il s'agit d'un service public !

**M. Guy Fischer.** – En effet ! C'est l'existence d'un service public de la santé qui garantit à la majorité de nos concitoyens l'accès à des soins de qualité. Mais aujourd'hui, les inégalités se creusent.

**Mme Annie David.** – Vous le savez bien !

**M. Guy Fischer.** – Même si la CMU et la CMUC ont permis d'assurer six millions de Français qui n'avaient pas de couverture sociale, un effort d'information considérable reste à accomplir.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis la première à le dire. Mais quel rapport avec les amendements dont nous débattons ?

**M. Guy Fischer.** – Les plus démunis ne peuvent plus se soigner ; le problème se pose pour les soins comme pour l'appareillage. Il suffit de se rendre dans les quartiers populaires pour se rendre compte de l'état de délabrement physique de certaines personnes. Il est de notre responsabilité de veiller à ce que les inégalités ne se creusent pas davantage.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Mme la ministre prétend que nous voulons envoyer le conseil de surveillance au chevet des malades : c'est très excessif.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Me voilà rassurée !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Mais jusqu'à présent, le président du conseil d'administration se rendait très fréquemment dans les services à l'occasion des restructurations, comme d'autres membres du conseil. Il est donc légitime de confier au futur conseil de surveillance un pouvoir décisionnel dans les domaines en cause. Si demain, nos administrés viennent nous faire part de leurs préoccupations, nous pourrions tout juste leur répondre que nous notifierons ces préoccupations au conseil de surveillance, qui pourra voter un avis... De plus, l'accueil des patients ne

concerne pas seulement l'hôpital mais aussi les structures environnantes ! Que pourra dire le maire ?

**M. François Autain.** – Il y a quelques années, l'OMS classait la France au premier rang mondial pour son système de santé. Mais depuis que vous êtes arrivés au pouvoir, la situation s'est nettement dégradée : nous ne sommes plus aujourd'hui qu'au treizième rang européen ! (*Mme la ministre le conteste*) La faute en revient à l'instauration des franchises médicales...

**M. Guy Fischer.** – Et aux remboursements !

**Plusieurs sénateurs à droite.** – Aux 35 heures !

**M. François Autain.** – ...qui ont accru la participation des patients aux frais de santé. Aujourd'hui 39 % des Français doivent renoncer aux soins faute de moyens. Croyez bien que nous sommes les premiers à le regretter !

L'Observatoire des inégalités a établi que 22 % des personnes les plus pauvres ne disposent d'aucune couverture complémentaire, contre 7 % en moyenne. Parmi eux, selon l'Insee, 21 % des moins de 50 ans n'ont pas consulté leur médecin généraliste au cours de l'année écoulée, contre 17 % pour le reste de la population, et 53 % n'ont pas consulté de spécialiste contre 40 %.

Au cours de la discussion générale, vous avez déclaré que le taux de remboursement moyen était de 78 %. C'est faux ! Le taux pour la médecine ambulatoire est inférieur à 60 %. Ce n'est qu'en incluant les frais hospitaliers, qui sont remboursés à 100 %, que l'on parvient au chiffre de 78 %.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cela compte !

**M. François Autain.** – Il est donc indéniable que l'accès aux soins se restreint aujourd'hui en France. (*Applaudissements à gauche*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. Autain a dit que la France était passée du premier au treizième rang. Que s'est-il donc passé ? La qualité des soins a-t-elle diminué ? Les remboursements sont-ils devenus insuffisants ? Non. C'est que nous avons mis en place le système du médecin référent, puis du médecin traitant. Or les organisations sanitaires internationales considèrent cela comme un barrage empêchant l'accès direct aux soins. Je continue de penser au contraire qu'il s'agit d'une excellente réforme.

**M. François Autain.** – Pourquoi donc avez-vous supprimé le médecin référent ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le parcours de soin est un élément essentiel de notre système de santé. Que personne ne se laisse impressionner par ces statistiques trompeuses. (*Applaudissements à droite*)

**M. Jean Desessard.** – Je voudrais renchérir sur les propos de M. Godefroy. Mme la ministre tient pour ridicule l'idée d'envoyer le conseil de surveillance au chevet des malades. Ce conseil comprend pourtant cinq professionnels de santé et deux représentants des usagers qui, vous en conviendrez, sont en contact étroit avec les malades ! *(Rires)* Vous dites, madame la ministre : « Voyez comme les choses vont bien ! ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je n'ai pas dit cela !

**M. Jean Desessard.** – Mais si !

Si tout va pour le mieux, alors pourquoi changer ? On ne change pas une équipe qui gagne ! Pour nous, c'est le conseil de surveillance qui dégage un compromis à partir de la complexité, oserai-je dire la complexité, de l'hôpital ?.

**M. Jean-Pierre Raffarin.** – Ce n'est pas cela qui va nous séduire... *(Sourires)*

*L'amendement n°323 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°411.*

**M. le président.** – Amendement n°135, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery et M. Muller.

Dans le neuvième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

donne son avis

par les mots :

délibère également

**M. Jean Desessard.** – Je serai bref car j'ai l'impression que la messe est dite... *(On ne veut pas le croire sur les bancs CRC-SPG)*

Il y a d'un côté ceux qui pensent que l'hôpital est un lieu de complexité et qu'il doit y avoir deux pouvoirs : le pouvoir financier, celui du directeur, et un autre pouvoir qui doit lui être équivalent, celui de l'équipe médicale. Ces deux pouvoirs se rencontrent au sein du conseil de surveillance ; c'est pourquoi nous proposons que celui-ci n'émette pas un simple avis mais délibère sur les décisions qui engagent l'avenir et l'organisation de l'établissement.

**M. Jean-Pierre Raffarin.** – Comme vous, je reconnais la complexité de l'hôpital et, comme vous, je suis partisan d'un équilibre entre les fonctions administrative et médicale. Mais il faut quand même un pouvoir de décision final, et le respect de l'équilibre ne doit pas conduire à l'impuissance. *(Exclamations sur les bancs CRC-SPG)* Ceux qui n'ont pas votre approche veulent simplement que, après l'équilibre, quelqu'un prenne la responsabilité des décisions. *(Applaudissements à droite)*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Malgré l'énergie qu'il déploie, M. Desessard n'a pas réussi à nous convaincre. Avis défavorable.

*L'amendement n°135, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°322, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le neuvième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« - le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – L'article 5 dispose que désormais, le « conseil de surveillance exerce le contrôle de l'établissement » alors que précédemment, le conseil d'administration arrêtait la politique générale de l'établissement. Il précise également six points sur lesquels il a compétence pour délibérer, contre quatorze pour le conseil d'administration. Notre amendement renforce les compétences bien trop amoindries de ce nouveau conseil, même si, depuis son passage à l'Assemblée nationale puis devant la commission du Sénat, il a été quelque peu étoffé -pourvu que ça dure... Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, essentiel pour le développement de l'établissement, lui permet d'assurer notamment sa mission de service public. Il n'est pas pensable que le conseil de surveillance ne puisse émettre son avis sur ce sujet.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable : il n'est pas utile que le conseil de surveillance délibère sur ce contrat.

*L'amendement n°322, accepté par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. Guy Fischer.** – C'est grave...

**M. le président.** – Amendement n°136, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery et M. Muller.

Après le onzième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« - la politique environnementale de l'établissement ;

**M. Jean Desessard.** – Alors que le Parlement est sur le point d'adopter définitivement le premier volet du Grenelle de l'environnement et s'appête à en examiner le deuxième, ce projet de loi ne comporte aucune mesure visant à réduire l'empreinte écologique de notre système de santé et semble complètement déconnecté de la dynamique du Grenelle. Il y a deux ans, lors de la présentation du plan Hôpital 2012, Xavier Bertrand annonçait qu'aucun nouveau projet ne serait financé s'il omettait la dimension environnementale. Pourtant, à l'heure actuelle, seuls trois établissements en France ont obtenu la certification ISO 1401 pour l'amélioration de leurs

performances environnementales, alors qu'ils sont déjà 80 chez nos amis allemands. Maîtrise des consommations, notamment énergétiques, gestion des déchets, achats responsables, les pistes ne manquent pas pour mener une véritable politique environnementale à l'hôpital. Soigner sans polluer, c'est préserver la santé des générations futures. Aussi, par cet amendement qui ne devrait poser de problème à personne, nous proposons la mise en place d'une véritable politique environnementale dans chaque établissement, à laquelle seraient associés l'ensemble des acteurs de la vie de l'hôpital au travers de son conseil de surveillance.

Certains diront que cela se fait déjà. Dès lors, pourquoi présenter un tel plan ? Pour donner un coup de pouce à cette politique ! Parce que, si un directeur doit présenter un plan environnemental, cela oblige l'équipe de direction à y réfléchir. Maintenant que tout le monde est, enfin, sensible aux réalités de l'écologie, il faut des actes !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cela relève du pouvoir gestionnaire, non du conseil de surveillance. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – Pourquoi ?

**M. Jean Desessard.** – Naturellement, cela dépend du directeur mais s'il doit présenter, une fois par an, un plan écologique, il est incité à y réfléchir et à présenter des solutions. L'objectif n'est pas d'encourager ceux qui sont déjà bien disposés mais ceux qui sont réticents. Votre réponse, monsieur le rapporteur, n'est pas sérieuse. Vous avez le droit de dire que vous vous moquez de l'environnement, mais assumez franchement.

*L'amendement n°136 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1274, présenté par le Gouvernement.

I.- Rédiger comme suit le quinzième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique :

« Le conseil de surveillance peut communiquer au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur la gestion de l'établissement.

II.- Rédiger comme suit le dernier alinéa du même texte :

« Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance est tenu informé de la procédure de certification. »

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le conseil de surveillance doit être en mesure d'exercer le contrôle permanent de l'établissement. Cet amendement étend donc son pouvoir de communication auprès de l'ARS, à laquelle il

communiquera ses observations non pas seulement sur le rapport annuel présenté par le directeur, mais sur l'ensemble de la gestion de l'établissement.

L'amendement prévoit aussi que le conseil de surveillance sera tenu informé du déroulement de la certification des comptes. Cette rédaction tire les conséquences de l'article 47-2 de la Constitution, qui prévoit que la coordination de la certification des comptes revient à la Cour des comptes, ce qui ne permet donc pas d'imposer de manière directe le recours à des commissaires aux comptes.

Il serait contraire à la Constitution de prévoir que seul un commissaire au comptes pourra certifier les comptes des hôpitaux.

En outre, dans la rédaction actuelle, le conseil de surveillance nomme les commissaires aux comptes alors que le seul représentant légal de l'établissement, le directeur, peut attribuer un marché de prestations à un organisme certificateur. Un conseil de surveillance ne passe pas de marché ! (*Exclamations à gauche*)

Il est néanmoins indispensable que le conseil de surveillance dispose de toutes les informations utiles à son contrôle. Je propose donc qu'il soit tenu informé de la certification des comptes. (*Nouvelles exclamations sur les mêmes bancs*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission estime que le texte proposé au I par le Gouvernement est très éloigné du sien : elle lui est donc défavorable.

Pour ce qui est du II, la commission souhaite que le conseil de surveillance puisse nommer le commissaire au compte. En outre, l'article 9, tel qu'il est rédigé par la commission, prévoit la coordination de la certification par la Cour des comptes. Avis défavorable.

**M. François Autain.** – Il convient de sous-amender cet amendement : il n'est pas possible de ne pas ajouter à « agence régionale de santé » les mots « et de l'autonomie », c'est fondamental !

Cet oubli témoigne peut-être du refus implicite du Gouvernement d'accepter la rédaction de la commission, surtout qu'il ne s'est jamais prononcé sur cette modification !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Si vous voulez sous-amender mon amendement, c'est que vous l'approuvez !

**M. François Autain.** – Je ne parle que de la forme : nous verrons ensuite pour le fond. D'ailleurs, les problèmes de forme cachent souvent des questions de fond. (*On s'amuse*)

**M. le président.** – Il s'agit donc du sous-amendement n°1277.

*Le sous-amendement n°1277, repoussé par la commission et par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Le rejet de ce sous-amendement entraîne bien sûr, par coordination, le changement de dénomination de l'ARS : tout au long du texte, les termes « et de l'autonomie » disparaîtront. (*Exclamations à gauche*)

**M. Jean-Pierre Raffarin.** – Bravo ! Quel talent !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Sur le fond, M. le rapporteur a raison de repousser cet amendement.

Je vais vous faire part de mon expérience : pendant plusieurs années, j'ai essayé, en tant que président de la Cnaf, de suivre ce qui se passait. Nous avions du mal à obtenir des informations mais tout paraissait normal. Et puis, quand on a demandé à la Cour des comptes de certifier les comptes de la Cnaf, par deux fois, elle a refusé de le faire ! S'il est important que la coordination prévue par la Constitution soit respectée, et M. le rapporteur règle cette question à l'article 9, qui peut imaginer que la Cour des comptes va certifier les comptes de tous les établissements de santé ? Je n'y crois pas un seul instant.

Enfin, il n'y a pas de conseil de surveillance sérieux sans certification annuelle par des commissaires aux comptes compétents.

**M. Jean Desessard.** – Bravo ! Je pourrais, moi aussi, donner des exemples !

**M. Yves Daudigny.** – Je suis défavorable à l'amendement du Gouvernement : s'il écrit « peut », si cette communication n'est plus obligatoire, cela signifie-t-il que le directeur de l'agence se moque des avis du conseil de surveillance ?

**M. Jacky Le Menn.** – Le président et le rapporteur ont tout à fait raison.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous allez faire travailler le privé : c'est très bien !

**M. Jacky Le Menn.** – C'est du bon sens. La Cour des comptes, qui a déjà beaucoup à faire, ne pourra pas examiner sérieusement les comptes de tous les établissements de ce pays ! La remarque de M. Daudigny est également pleine de bon sens : il ne faut pas affaiblir davantage les conseils de surveillance !

**M. Guy Fischer.** – Le texte de la commission est meilleur que celui du Gouvernement. Nous ne voterons donc pas cet amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Très bien !

*L'amendement n°1274 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Pas de succès, madame la ministre ! (*Sourires*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je cache mon chagrin !

**M. le président.** – Amendement n°674, présenté par Mme Hermange.

I. – Compléter l'avant-dernier alinéa du II de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Il se fait communiquer les chiffres du coût des laboratoires de recherche au sein de l'hôpital.

II. - Après le même alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil de surveillance veille à ce que les conventions au sens de l'article L. 6142-3 du Code de la Santé publique précisent les axes stratégiques de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional et portent en particulier sur la politique de recherche de l'université, sur ses conséquences quant à l'organisation hospitalière, les modalités de son déploiement au sein du centre hospitalier et universitaire et les modalités de participation du centre hospitalier régional et le cas échéant des autres établissements de soins à l'enseignement universitaires et post-universitaires ;

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Lorsque je travaillais à l'assistance publique, je me suis rendu compte que l'hôpital ne savait pas exactement ce que faisait son laboratoire de recherche. De plus, le CHU ne tirait pas toujours les conséquences de la politique de recherche de l'université sur l'organisation hospitalière de l'hôpital.

J'ai fait remarquer en commission que ce projet de loi ne mentionnait pas la politique de la recherche. Le président About m'a alors invité à déposer un amendement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le I de l'amendement est satisfait puisque le conseil de surveillance a accès aux informations et aux chiffres.

Le II pose un problème de rédaction : c'est pourquoi la commission s'en remet à la sagesse de la Haute assemblée et attend l'avis du Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous partageons tous l'objectif de Mme Hermange. La valorisation des conventions hospitalo-universitaires doit permettre aux CHU d'être des acteurs majeurs de la recherche. La commission sur la réforme des centres hospitalo-universitaires est d'ailleurs parvenue à cette conclusion. Je vais déposer quelques amendements inspirés de ses travaux afin de mieux articuler les conventions hospitalo-universitaires avec les autres outils de cadrage que sont le projet d'établissement et le contrat triennal. Si Mme Hermange veut bien me créditer de sa confiance, puisque ses objectifs sont les miens, je lui demanderai de retirer son amendement.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Nous ne connaissons pas encore vos amendements, madame la ministre, mais je vous fais une totale confiance

**M. Guy Fischer.** – Vous ne devriez pas ! (*Sourires*)

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – On ne mesure pas suffisamment les conséquences d'une politique de recherche sur l'organisation hospitalière : elle peut nourrir les partenariats public-privé (*mouvements divers à gauche*) et enrichir l'organisation des hôpitaux et l'enseignement universitaire.

*L'amendement n°674 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°413, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

I. - Au début du deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer les mots :

au plus cinq

par les mots :

au moins six

II. - Procéder à la même substitution au début du troisième alinéa (2°) du même texte.

III. - Procéder à la même substitution au début du quatrième alinéa (3°) du même texte.

**Mme Isabelle Pasquet.** – Dans la continuité des amendements précédents, nous renforçons la composition du conseil de surveillance pour qu'il devienne un contre-pouvoir.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – C'est vraiment pour nous contredire : nous avons dit « cinq au plus », vous dites « au moins six ». Et si nous avons dit « six » ? (*Sourires*) Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis défavorable, on a déjà porté ce nombre à cinq.

*L'amendement n°413 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°412, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

I. - Après les mots :

les autres membres étant

rédiger comme suit la fin du troisième alinéa (2°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

élu à la proportionnelle à l'occasion d'un suffrage organisé au sein de l'ensemble du personnel simultanément avec l'élection du comité technique d'établissement.

II. - Après le troisième alinéa (2°) du même texte, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application de cette disposition. »

**M. Guy Fischer.** – Nous poursuivons nos efforts pour transformer ce conseil de surveillance sans pouvoir. Nous avons tous siégé dans un conseil d'administration, nous savons quelles décisions on y arrête. Cet article constitue donc une régression pour la démocratie sanitaire. Les règles restent floues :

quinze membres au plus, dit-on, mais on ne précise pas la répartition entre catégories, si bien que certaines pourraient ne pas être représentées. L'opacité est totale. Sur quels critères organisera-t-on la représentation du personnel ? Il faut plus d'équilibre, plus de démocratie, pour mieux s'adapter aux spécificités territoriales. Nous voulons répondre aux attentes qui s'expriment en matière de transparence et de démocratie.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable. La procédure serait trop lourde.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis pour les mêmes raisons.

**M. Jean Desessard.** – Trop lourd, monsieur le rapporteur ? Non, pas cet argument et surtout pas ici car, s'il est trop lourd d'organiser des élections, pourquoi organiser les européennes ?

**M. Jean-Pierre Chevènement.** – Très bien !

**M. Jean Desessard.** – J'aurais pu entendre l'argument de la technicité et de la complexité des décisions ou du refus des représentations catégorielles, mais il n'est pas sérieux d'invoquer dans cet hémicycle la lourdeur des opérations électorales.

**M. Guy Fischer.** – Pour le rapporteur, nos propositions conduiraient à des procédures trop lourdes, mais quand le Gouvernement a reculé devant les professions médicales, il a accepté qu'elles négocient leurs conventions et qu'on crée pour cela jusqu'à sept collèges. Quand c'est pour elles, c'est une simplification, mais quand c'est pour les salariés, c'est trop lourd...

*L'amendement n°412 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1177 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, dont trois désignées par le représentant de l'État dans le département et deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de la santé dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je viens de rectifier cet amendement après une discussion approfondie avec le président de la commission, afin d'être plus près des réalités du terrain. Le conseil de surveillance doit avoir une assise diversifiée, être composé de personnes aux expériences variées. Les personnalités qualifiées, dont les deux représentants des usagers, seront désignées par le représentant de l'État qui finance les établissements publics de santé.

**M. le président.** – Il n'est guère facile de travailler dans ces conditions... (*Marques d'approbation*)

**Mme Annie David.** – Donc, la mention du Conseil économique et social de région est supprimée et les deux représentants des usagers seront parmi les trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État ?

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Oui, c'est bien trois dont deux.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La mention du Conseil économique et social de région nous gênait un peu, mais la ministre a senti le vent... (*Sourires*) Dans ces conditions, avis favorable.

**M. Hugues Portelli.** – Je suis ignare sur ces sujets et je voudrais bien m'instruire. Qu'est-ce qu'un usager de l'hôpital ?

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Il y a des associations de patients reconnues.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – En commission, la ministre avait défendu la nomination des cinq personnalités qualifiées par l'État. Après une longue discussion, la commission s'est prononcée –à 29 contre 24, si ma mémoire est bonne- pour une solution équilibrée : deux personnes nommées par les élus locaux, deux par le préfet. Le Gouvernement insiste, et je m'étonne que la commission revienne sur sa position. Manifestement, le Gouvernement veut le « tout État » ! (*Mme la ministre proteste*)

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Non, le Tiers-État !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Vous donnez les pleins pouvoirs au directeur nommé par l'État, vous ôtez tout pouvoir de contrôle financier au conseil de surveillance... Décidément, cette réforme, sans vouloir blesser personne, c'est de la soviétisation libérale ! (*Applaudissements à gauche, où l'on goûte fort la formule*) Ces conseils de surveillance auront bien du mal à fonctionner. La volonté manifeste de limiter la place des élus territoriaux est une grave erreur dont vous vous apercevrez dans quelques années.

**M. le président.** – Amendement n°618 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier, Laborde, MM. Marsin, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Rédiger comme suit le 3° du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées désignés par le représentant de l'État dans le département où est situé l'établissement, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-2.

**M. Gilbert Barbier.** – Une fois n'est pas coutume, je propose de revenir au texte issu de l'Assemblée nationale. Le préfet me paraît à même de désigner des personnalités qualifiées qui soient au courant du fonctionnement de l'établissement ; cela renforcerait l'indépendance du conseil de surveillance vis-à-vis de l'ARS. Dès lors que le premier collègue désigne cinq

représentants, la représentation des élus me paraît suffisante.

**M. le président.** – Amendement n°670, présenté par Mme Hermange.

Dans le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer les mots :

au plus deux nommées

par les mots :

le représentant du comité d'éthique de l'établissement ainsi qu'une nommée

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – Le comité national d'éthique est souvent saisi par les directeurs d'hôpitaux sur des questions de coût, d'accès aux soins, etc. Je propose donc que le représentant du comité d'éthique de l'établissement -quand il existe-participe au conseil de surveillance.

**M. le président.** – Amendement n°1276, présenté par le Gouvernement.

Après le septième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le représentant du comité d'éthique doit pouvoir éclairer le débat sans avoir à se prononcer sur des sujets qui ne relèvent pas de sa mission. Son indépendance est ainsi respectée.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – En réponse à M. Portelli, les usagers sont définis par l'article L. 1114-1 du code de santé publique comme « les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades ».

La commission étant favorable à l'amendement n°1177 rectifié du Gouvernement, elle demande le retrait de l'amendement n°618 rectifié ; à défaut, rejet. L'amendement n°670 nous avait séduits en commission mais nous ne savions pas où mettre le représentant du comité d'éthique. Le Gouvernement a trouvé une solution élégante avec l'amendement n°1276.

*L'amendement n°618 rectifié est retiré, ainsi que l'amendement n°670.*

**M. Jacky Le Menn.** – Les personnalités qualifiées sont là pour apporter un plus, non pour politiser le conseil de surveillance -c'est un pur fantasme de Mme la ministre ! A vous entendre, on croirait que l'État doit nommer des experts pour que les choses fonctionnent. Mais les structures hospitalières ne font pas uniquement de la chirurgie et de l'obstétrique :

beaucoup sont des Ehpad. En Ile-et-Vilaine, sur 1 515 lits d'USLD, 1 000 ont été transférés dans les Ehpad !

**M. Guy Fischer.** – Ça coûte moins cher !

**M. Jacky Le Menn.** – Il n'y a pas de raison que les conseils généraux, qui sont mis à contribution financièrement, ne puissent désigner des personnalités qualifiées pour siéger au conseil de surveillance ! La commission avait trouvé un *modus vivendi* équilibré entre représentation des départements et de l'État. On aurait même pu aller plus loin dans cette recherche de l'équilibre, dissiper les écrans de fumée, au lieu de céder à la volonté de l'État de transformer les hôpitaux en « usines à santé ». Des milliers de lits ont des financements croisés de l'État et des conseils généraux. Pourquoi écarter les élus ? C'est illogique !

**M. Jean-Pierre Chevènement.** – « Loi Bachelot : un texte d'apaisement au Sénat », tel est le titre d'un article paru dans *Le Figaro* de lundi, sous la plume d'Olivier Auguste. « Conséquence de la révision constitutionnelle dont c'est la première application, le texte issu de la commission des affaires sociales prend de l'importance car c'est lui qui sera débattu dans l'hémicycle. Un « texte d'apaisement », selon Henri de Raincourt, le patron des sénateurs UMP, y lit-on.

Vous revenez sur la rédaction de la commission. La part de l'initiative locale dans la désignation des personnalités qualifiées disparaît. Car les représentants des collectivités sont désignés en leur sein. S'agissant de la qualification des personnalités, c'est l'État qui sera seul juge. Voilà une conception quelque peu abusive. (*Applaudissements à gauche*)

**M. François Autain.** – Je regrette que le rapporteur ait cédé à la pression du Gouvernement et abandonné sa rédaction, excellente, au profit de l'amendement du Gouvernement, cousu de fil blanc. Il faut en effet le relier au troisième alinéa du 3° de l'article L 163-5, qui dispose que le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°. Si le président du conseil de surveillance est élu parmi les membres mentionnés au 3°, on aura une personnalité qualifiée désignée par l'État, un directeur désigné par le directeur général de l'ARS, lui-même désigné en conseil des ministres : le système est parfaitement bouclé, l'État en maîtrisera la totalité, les élus étant évincés de toutes les structures. Cela est parfaitement irrecevable.

**M. Guy Fischer.** – Scandaleux !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – L'amendement du Gouvernement qui vous a été distribué mérite d'être réécrit. (*Exclamations à gauche*) Il faut lire : « au plus cinq personnalités qualifiées parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois désignées par le représentant de l'État dans le

département, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L 1114-1.

**M. le président.** – Nous travaillons dans l'improvisation...

**M. Guy Fischer.** – C'est inouï !

**M. Jean Desessard.** – On ne peut pas continuer à travailler de cette façon : les erreurs à répétition, les amendements de dernière minute, les sous-amendements de dernière seconde. Comment voulez-vous que l'on se prononce ? On aurait pu prendre le temps d'y travailler en commission. (*On approuve à gauche*)

J'aurais bien vu, pour ma part, sept membres par collège...

**M. Guy Fischer.** – Je demande une suspension de séance.

**M. le président.** – Je crois en effet qu'il serait préférable de suspendre quelques instants.

*La séance, suspendue à 23 h 20, reprend à 23 h 30.*

**M. le président.** – Une troisième version de l'amendement vient de me parvenir... (*Exclamations à gauche*)

**M. Jean-Pierre Sueur.** – On a rarement vu une telle improvisation !

**M. le Président.** – Amendement n° 1177 rectifié présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 désignés par le représentant de l'État dans le département.

**M. Jean Desessard.** – La commission se rallie au Gouvernement, qui a lui-même renoncé à ce qui était une bonne idée, la nomination d'une personnalité qualifiée par le président du Conseil économique et social régional. On aurait même pu, pour cela, augmenter le nombre des membres du collège. Et nous voilà avec des représentants de l'État, c'est-à-dire des personnes qui appliqueront les directives du ministre.

**Mme Nathalie Goulet.** – Je ne comprends plus très bien. L'amendement parle de cinq personnalités qualifiées, l'objet de deux et deux, soit quatre. Est-ce si compliqué de compter jusqu'à cinq ?

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Pour aller plus vite, l'objet de l'amendement n'a pas été modifié. Nous en sommes bien à deux plus trois.

**Mme Nathalie Goulet.** – Je veux simplement être sûre d'avoir bien compris. Mais j'en reste là.

**M. Yves Daudigny.** – Nous vivons une double soirée de dupes.

**M. Jean-Pierre Sueur.** – Absolument !

**M. Yves Daudigny.** – Pour la démocratie parlementaire, et pour le partenariat, si important dans le domaine social, entre les collectivités territoriales et l'État. Nous avons un conseil de surveillance muet, aux limites de l'insignifiance, qu'on a quand même préservé de la surdité : il pourra entendre ce que le directeur a à lui dire... Nous avons désormais un conseil « tout État ».

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Non !

**M. Yves Daudigny.** – Le Gouvernement a-t-il peur des élus ? Les tient-il si peu en considération qu'il les croit incapables de désigner des personnalités qualifiées ? Le pouvoir à l'hôpital, ce sera celui du directeur, qu'il tient du directeur de l'ARS : ce sera le pouvoir de l'État. Au total, l'État surveillera l'État. *(Applaudissements à gauche)*

**M. Jean Desessard.** – En plus, il en est incapable !

**M. Bernard Cazeau.** – Vous êtes très forte, madame la ministre : vous venez de montrer comment reprendre en main une majorité qui s'était allée à penser pendant quinze jours que le Parlement n'était pas une chambre d'enregistrement. *(Applaudissements à gauche)* Le texte de la commission, oublié ! Les élus, exclus ! Le conseil de surveillance est désormais cantonné à un rôle de contrôle, un rôle croupion ; il n'a plus rien à voir avec le conseil d'administration. Lorsque les professionnels de santé, plutôt lents d'ordinaire à réagir, découvriront ce qui s'est passé, ils seront confortés dans leur défiance.

Ce soir, c'est grandeur et décadence. Grandeur de l'opposition et de la commission qui a travaillé des nuits entières pour rien ; décadence de la majorité de la commission, qui s'est couchée. *(Applaudissements à gauche)*

**M. Gilbert Barbier.** – Nous sommes loin du « tout État ». Le premier collègue comptera cinq représentants des collectivités territoriales : ce n'est pas l'État qui les désignera. Le deuxième, cinq représentants des personnels : le Gouvernement n'a aucune influence sur leur désignation. Sur les quinze membres du conseil de surveillance, cela fait dix. La solution retenue me paraît équilibrée. La santé est une matière régaliennne, l'État doit être représenté dans un organe tel que le conseil de surveillance. Et qui finance les hôpitaux, sinon l'État et la sécurité sociale ?

**M. Hugues Portelli.** – Je veux dire un mot de la façon dont se déroule notre débat, qui me paraît emblématique d'une mauvaise application de la révision constitutionnelle.

**M. François Autain.** – Mais oui !

**M. Hugues Portelli.** – Nous en avons eu une bonne avec celui sur les prisons. Le travail de la commission est fondamental, elle débat et élabore son propre texte ; c'est celui-ci qui est désormais présenté en séance publique. La majorité demande au Gouvernement s'il lui convient : si c'est le cas, ce texte devient le sien.

J'ai participé, il y a peu, à une réunion au cours de laquelle j'ai entendu le Premier ministre dire que le texte de la commission lui convenait. J'en ai bêtement conclu que ce texte avait été avalisé par le Premier ministre... Et voici que tombent des amendements du Gouvernement. J'en déduis que ce que j'ai entendu n'était peut-être pas complètement exact, ou que le Gouvernement a changé d'avis, ou que la commission est revenue sur ses choix. Tout cela me met extrêmement mal à l'aise. *(Applaudissements à gauche)*

**M. Jean Desessard.** – Il faut peut-être nommer un directeur au Gouvernement !

**M. Jean-Pierre Sueur.** – J'ai présidé pendant douze ans le conseil d'administration d'un hôpital, et j'ai toujours apprécié la manière dont les choses se passaient. Il y avait des représentants de l'État, des médecins, des personnels, des usagers, des élus. On travaillait bien dans ce pluralisme-là, personne n'avait le dessus, chacun était à sa place et respecté. Je ne dis pas que tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes...

**M. Gilbert Barbier.** – Pensez aux déficits qui en résultaient !

**M. Jean-Pierre Sueur.** – Il faut sans doute maîtriser les dépenses de santé, mais la solution est-elle l'hyper étatisation ?

Je veux saluer le travail remarquable de la commission et de son président. La majorité de la commission, peut-être même son unanimité, a proposé que les personnalités qualifiées soit désignées par le maire, le président du conseil général et l'État -solution conforme au pluralisme. Je m'inquiète du modèle de société induit par les amendements successifs du Gouvernement, comme s'il voulait tout reprendre en main. Je pensais les libéraux plus enclins à faire confiance aux élus et aux acteurs de la société. Nous assistons véritablement à une régression. Le respect du pluralisme n'empêche pas qu'on passe des contrats pour maîtriser les dépenses.

Comme M. Portelli, je m'étonne donc de cette régression par rapport aux travaux de la commission, qui proposait, elle, un véritable pluralisme !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – M. Barbier a déjà répondu sur la répartition des collèges, je n'y reviens pas.

Concernant la désignation des personnalités qualifiées, la commission avait peut-être bêtement pensé qu'il fallait la confier aux élus locaux, parce qu'ils sont après tout des payeurs. Pour autant, que l'État, parce qu'il est en définitive le véritable payeur, désigne les personnalités qualifiées comme il nomme le directeur de l'ARS n'a rien de choquant. La commission des affaires sociales n'a ni certitude, ni suffisance, elle est consciente qu'il y a d'autres vérités que la sienne. (*Exclamations sur les bancs CRC-SPG*) Faut-il pour autant affirmer que le Sénat se couche et que l'on assiste à une décadence ? C'est oublier que la commission a adopté une centaine d'amendements de l'opposition et qu'il ne s'agit ici que de la désignation des membres du troisième collègue...

**M. Bernard Cazeau.** – Non ! Il n'y a pas que ça !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Mieux vaut donc réserver les grands mots à d'autres circonstances.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Très bien !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Ensuite, il est très difficile de comparer ce texte à la loi pénitentiaire. Cette dernière n'avait suscité que trente amendements.

**M. François Autain.** – C'est juste !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Le travail en commission des lois est fort différent. En matière de prison, de code pénal, il existe des règles de droit incontournables. A la commission des affaires sociales, nous travaillons dans l'humain, le sensible. Résultat, plus de 1 400 amendements ont été examinés en commission et 1 261 le seront en séance plénière. Par pitié, ne comparons pas l'incomparable !

Quant à la révision constitutionnelle, nous sommes les premiers à en faire l'expérience. Espérons que le Sénat en tiendra compte pour mettre au point la révision du Règlement. Hélas !, le temps presse et les rapporteurs, nous dit-on, n'auront pas le temps de nous auditionner. (*M. Guy Fischer le regrette également*) Les amendements seraient déposés de-ci de-là. Non ! Le Gouvernement et la commission veulent faire du bon boulot, dans le respect de chacun. Ce n'est pas si simple. Alors, un peu de pitié pour ceux qui bossent depuis six mois ! (*Applaudissements au centre*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Tout d'abord, je vous prie d'accepter mes excuses pour avoir rectifié oralement mon amendement n°1177. Il eût été plus correct d'en présenter une version écrite modifiée...

Le travail parlementaire exige une certaine souplesse, une certaine spontanéité ; il y faut des échanges et de l'écoute, des espaces de respiration ; c'est aussi parce que j'ai voulu le dialogue que j'ai rectifié mon amendement et que je n'ai pas campé sur

mes certitudes. La séance publique, c'est le débat : on ne peut à la fois me reprocher une position formatée et me refuser un espace de liberté... Quoi qu'il en soit, je regrette que la séance en ait été perturbée.

Comment le conseil d'administration des hôpitaux est-il actuellement composé ? Il est formé de trois collèges : les élus, les personnels et les personnalités qualifiées. Celles-ci sont désignées par le préfet et le directeur de l'ARH. Aujourd'hui, elles sont deux fois moins nombreuses que les membres des deux autres collèges. L'objectif de la réforme est justement de donner un nouveau souffle à la société civile afin qu'elle puisse mieux participer à la surveillance de la gestion de l'hôpital. Pour autant, les élus ne sont pas réduits à la portion congrue : la proportion de leurs représentants reste inchangée. Il n'y a donc pas de régression par rapport à un modèle idéal ! (*M. Guy Fischer s'exclame*) La responsabilité de notre système de santé incombe à l'État. Pour preuve, le Parlement débat de la loi de financement de la sécurité sociale chaque année. Au reste, accepteriez-vous que la société civile tienne un si grand rôle dans la surveillance de vos collectivités territoriales ? Un tiers de représentants des élus, un tiers de représentants des personnels de l'hôpital, un tiers de personnalités qualifiées est un système, je le crois, profondément démocratique. Si ces personnalités qualifiées étaient désignées par les collectivités territoriales, ce serait déséquilibré car dix des quinze membres du conseil de surveillance représenteraient directement et indirectement les élus locaux. La responsabilité du système de santé relève de l'État, c'est le sens du pacte social de 1945. Quand un accident survient dans un hôpital parisien, ce n'est pas M. Delanoë qui est interpellé ; mais bien moi, la ministre de la santé, et c'est tout à fait légitime. Revenons-en donc aux fondamentaux à moins de défendre une régionalisation de notre système de santé, avec un « Ordam », une sécurité sociale régionale, des taux de remboursements régionaux (*exclamations à gauche*), ce qui correspondrait à une profonde modification du pacte social que nous a légué la Résistance.

Monsieur Portelli, c'est vrai, nous essayons les plâtres de la révision constitutionnelle. Que le débat en séance porte maintenant sur le texte de la commission ne prive pas le Gouvernement du droit de faire valoir sa position. Vous conviendrez que je n'ai pas abusé de cette prérogative : sur les quelque 1 200 amendements débattus en séance plénière, j'en ai déposé seulement 60...

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Oui, mais pour tout changer !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...alors que la commission des affaires sociales a profondément remodelé le projet de loi tant sur la forme que sur le fond. Cette démarche témoigne de mon profond respect pour le travail accompli par la commission et le Sénat, je le crois, peut témoigner le même respect pour les prérogatives du Gouvernement

et la vision qu'il défend à travers ce texte fondamental ! (*M. Gérard Dériot applaudit*)

**M. le président.** – Je remercie la ministre de ses propos ainsi que le président de la commission qui a su trouver les bons mots pour recadrer le débat.

*A la demande des groupes socialiste et CRC-SPG, l'amendement n°1177 rectifié est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici les résultats du scrutin :

|   |     |
|---|-----|
| Nombre de votants .....                       | 337 |
| Nombre de suffrages exprimés .....            | 323 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés ..... | 162 |
| Pour l'adoption.....                          | 182 |
| Contre .....                                  | 141 |

*Le Sénat a adopté.*

*L'amendement n°1276 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°609 rectifié, présenté par MM. Chevènement, Mézard, Marsin, Milhau et Vall.

Rédiger comme suit le sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« La présidence du conseil de surveillance est assurée par le représentant de la collectivité territoriale de ressort de l'établissement. Dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, le président du conseil d'administration est élu parmi les représentants des catégories mentionnées au 1°.

**M. Jean-Pierre Chevènement.** – L'expérience que nous venons de vivre nous laisse tous insatisfaits. Elle résulte de la dernière révision constitutionnelle, qui conduit à examiner en séance le texte de la commission et non plus celui du Gouvernement. Cela crée des conditions de travail aussi difficiles pour vous, madame la ministre, que pour nous, qui n'avons pas eu le temps d'étudier le rapport de la commission, distribué très tardivement. Surtout, le Gouvernement n'ose plus s'engager sur son texte. (*Mme la ministre se récrie*) Je ne vous mets pas en cause personnellement, madame la ministre. Nous assistons à une crise de l'autorité : le Gouvernement n'a plus le pouvoir d'imposer le débat sur son propre texte, mais ce qu'il concède d'une main, il le reprend de l'autre.

Peut-on réparer les effets de l'éviction des élus locaux, qui ont leur mot à dire, de la procédure de désignation des personnalités qualifiées ? Il faut conserver ce que le système actuel a de bon : le conseil d'administration est présidé par le maire ou, lorsque l'hôpital s'étend sur plusieurs départements, par un élu de la région. L'hôpital public, colonne vertébrale de notre système de santé, a fait l'objet de nombreuses réformes au cours des dernières années -tarification à l'activité, création des pôles...- et vous proposez cette fois de modifier de fond en comble sa gouvernance. La présence de l'État, dans le système

que vous proposez, nous paraît excessive. Vous avez mis de l'eau dans votre vin sur la place des médecins, mais vous persistez à vouloir marginaliser les élus locaux. Or ces derniers connaissent le terrain et servent d'intermédiaires entre le personnel et les usagers. Le Sénat, représentant des collectivités locales, doit défendre leur rôle.

J'ai été maire de Belfort pendant vingt-quatre ans et j'ai longtemps présidé le conseil d'administration de l'hôpital de Belfort puis, en alternance avec M. Souvet, maire de Montbéliard, celui de Belfort-Montbéliard. L'expérience nous a enseigné que les initiatives doivent partir du terrain. Sur une suggestion de l'ARH, les conseils d'administrations de deux grands hôpitaux distants de vingt kilomètres ont décidé de faire coopérer, puis de fusionner les deux établissements ainsi que les plateaux techniques de deux cliniques privées. C'était conforme aux évolutions que vous souhaitez ! L'aire urbaine de Belfort-Montbéliard compte 350 000 habitants. En supprimant les doublons, nous sommes parvenus à embaucher davantage de médecins qualifiés, à nous doter d'équipements de pointe et à améliorer l'accès aux soins. Ce n'était pas chose facile dans cette vieille région industrielle !

**M. le président.** – Veuillez conclure.

**M. Jean-Pierre Chevènement.** – Je conclus, mais je n'ai pas abusé jusqu'ici de la parole. Il serait logique et conforme à la justice sociale de renforcer la place des élus et de faire en sorte que le président du conseil de surveillance soit élu parmi les représentants des catégories mentionnées au 1°. Ce qui vaut à Belfort-Montbéliard vaut aussi ailleurs. L'hôpital public n'a rien à gagner à se couper de la démocratie locale.

**M. le président.** – Amendement n°324, présenté par M. Mirassou et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Remplacer la première phrase du sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique par deux phrases ainsi rédigées :

Le conseil de surveillance a pour président le président de la structure intercommunale ou le maire de la commune d'implantation du centre de santé publique. Les centres psychiatriques sont présidés par le président du conseil général de leur département d'implantation.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Nous croyons préférable d'en rester à la situation actuelle, où le maire, ou éventuellement le président du conseil général, est président de droit. Certes, dans les anciens conseils d'administration, les élus locaux étaient deux fois plus nombreux que les personnalités qualifiées, mais les membres de la CME siégeaient aussi.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – En effet : j'y reviendrai pour plus de précision.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Nous craignons que l'élection du président au sein de deux collèges ne conduise à des manœuvres politiciennes : on votera pour une personnalité qualifiée afin d'empêcher l'élection d'un élu. Le maire, président de droit, tirait sa légitimité du suffrage universel et se devait d'être impartial. J'ai moi-même été maire de Cherbourg pendant vingt-et-un ans ; en tant que président du conseil d'administration de l'hôpital, j'ai souvent dû rendre des arbitrages dont les directeurs successifs ne se sont pas plaints.

M. Chevènement suggère d'élire le président au sein du premier collège, mais je crois préférable d'en rester au système actuel.

A Cherbourg, mes collègues et moi-même avons créé, il y a une dizaine d'années, une communauté hospitalière de territoire...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous voulez dire un groupement de coopération sanitaire ?

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Non, nous sommes allés jusqu'à la fusion. Mais nous avons mis près de dix ans à y réussir, et la CHT n'aurait jamais vu le jour sans l'entente des présidents des deux conseils d'administration, qui étaient deux maires. Si le président est désormais élu, cela freinera les rapprochements. Vous semblez considérer que les élus locaux sont de mauvais gestionnaires ; bien au contraire, nous avons souvent dû nous retrousser les manches pour éviter les dérives budgétaires ! Cette suspicion envers les élus est fort déplaisante.

**M. le président.** – Amendement n°414, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPGauche.

A la fin de la première phrase du sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, supprimer les mots :

et 3°

**M. François Autain.** – Il est d'autant plus nécessaire que le président du conseil d'administration soit choisi parmi les élus que ceux-ci n'auront aucune part à la désignation des personnalités qualifiées, qui seront nommées directement ou indirectement par l'État.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Comme dans le système antérieur !

**M. François Autain.** – Je regrette que la commission ait cédé aux instances du Gouvernement. Cessez de croire que l'on ne peut pas faire confiance aux élus ! Ceux-ci ne sont nullement responsables des difficultés financières des hôpitaux qui, je le répète, découlent des choix politiques et budgétaires du Gouvernement. Il est facile de désigner un bouc émissaire pour les difficultés financières des hôpitaux, qui résultent en fait du sous-financement dû à la politique gouvernementale.

**M. le président.** – Amendement identique n°612 rectifié, présenté par M. Chevènement, Mme Laborde, MM. Mézard, Marsin, Milhau et Vall.

Dans le sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5, supprimer les mots :

et 3°

**M. Jean-Pierre Chevènement.** – Cet amendement est légèrement différent du précédent que j'ai présenté. Je sais que M. Godefroy, en tant que maire de Cherbourg, a longtemps présidé le conseil d'administration d'un hôpital. Mais lorsqu'un hôpital est établi sur plusieurs départements, comme à Belfort-Montbéliard, il faut laisser ouverte la possibilité que le président du conseil d'administration soit un autre élu que le maire.

Je retire le n°609 rectifié au profit de celui-ci, plus précis.

*L'amendement n°609 rectifié est retiré.*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Au départ, le Gouvernement souhaitait trois collèges : élus, personnel, personnalités qualifiées. Les députés n'ont quasiment pas modifié le texte. En revanche, notre commission l'a profondément remanié et il a été encore modifié en séance. Dans le texte de la commission, le collège 3 comportait des élus et le président du conseil de surveillance, s'il en était issu, venait encore d'un collège comprenant des élus. Ce n'est plus vrai maintenant. Donc, sur les n°<sup>os</sup>414 et 612 rectifié la commission s'en remet maintenant à la sagesse du Sénat.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis défavorable. Les élus sont là pour surveiller la gestion, tout comme les représentants du personnel et les personnalités qualifiées. Tous sont là pour surveiller et impulser la stratégie. Évidemment, le représentant des collectivités locales n'exerce pas de responsabilité financière ; ce n'est pas lui qui fixe l'Ondam ! Évidemment, le maire exerce un magistère de fait sur l'hôpital de sa commune et, dans 99,99% des cas, il sera président du conseil de surveillance. Mais sa légitimité sera d'autant plus forte qu'il devra ce poste à la confiance des autres membres du conseil et non à une désignation d'office. Il y a quelques minutes, on vantait l'élection pour d'autres désignations et, ici, elle ne serait plus légitime ! Au contraire, face à l'administration de l'hôpital, cette élection lui assurerait une sacrée légitimité.

Je propose d'élargir cette possibilité d'élection aux personnalités qualifiées. Pourquoi, en effet, se priver de porter à la tête du conseil un ancien médecin prestigieux ou une personnalité de qualité qui s'investirait à temps complet ? Je propose donc cette modification, tout en étant bien sûre que, dans la grande majorité des cas, le maire sera élu.

**Mme Nathalie Goulet.** – J'ai voté sereinement le n°1177 mais ici, ce n'est pas du tout pareil. Les maires

sont extrêmement concernés par l'hôpital de leur commune, qui en est souvent le plus gros employeur. Celui de L'Aigle, par exemple, a ramené son déficit de 2 millions à 500 000 euros, tant le maire s'y est investi. Le conseil de surveillance doit élire son président parmi les élus locaux, non parmi les personnalités qualifiées.

**M. Gilbert Barbier.** – Dans la majorité des cas, le président viendra du premier collège mais on ne peut exclure qu'une majorité de circonstance élise un représentant des usagers ou d'une association quelconque à la tête de l'établissement ! L'amendement n°612 rectifié est la solution de sagesse.

**M. Bernard Cazeau.** – Nous retirons le n°324 au profit du n°612 rectifié, pour lequel nous demandons un scrutin public.

*L'amendement n°324 est retiré.*

**Mme Muguette Dini.** – Mon groupe, qui avait déposé un amendement, s'est ensuite rendu aux arguments du Gouvernement. Mais, à la tête d'un hôpital, il doit y avoir un élu d'une collectivité locale. Nous voterons l'amendement de M. Chevènement.

**M. Laurent Béteille.** – Le président du conseil de surveillance doit être un élu local. On ne peut laisser, au gré des circonstances, une autre personnalité, aussi qualifiée soit-elle, prendre la place qui revient légitimement au maire de la commune. Je voterai le n°612 rectifié.

**M. Hugues Portelli.** – Nous sommes tous d'accord : pourquoi demander un scrutin public ?

**M. Bernard Cazeau.** – Je retire ma demande.

*L'amendement n°414,  
identique à l'amendement n°612 rectifié,  
est adopté.*

*(Applaudissements)*

**M. le président.** – Amendement n°109 rectifié, présenté par M. Lardeux et Mme Procaccia.

Rédiger comme suit le dixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« Un directeur de caisse d'assurance maladie désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

**Mme Catherine Procaccia.** – Cet amendement prévoit la désignation par le directeur général de l'ARS du directeur de la caisse d'assurance maladie participant aux séances du conseil de surveillance.

*L'amendement n°101 rectifié n'est pas défendu.*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable au n°109 rectifié. C'est le directeur de la caisse pivot de l'établissement qui doit siéger au conseil de

surveillance. Il n'est donc pas nécessaire qu'il soit nommé par le directeur général de l'ARS.

*L'amendement n°109 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°325, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

« Concernant l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, le conseil de surveillance est composé comme suit, d'au plus :

« - huit représentants des collectivités territoriales (soit un représentant du conseil régional, un représentant de chacun des conseils généraux de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis, trois représentants de la Ville de Paris) ;

« - huit représentants des personnels (dont quatre représentant la commission médicale d'établissement, trois représentant le comité technique d'établissement, un représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) ;

« - huit personnalités qualifiées et usagers, dont trois représentants des usagers, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, et un représentant des professionnels de santé non hospitaliers. »

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – Le paragraphe III de cet article est relatif à la composition du conseil de surveillance. Si, comme son ancêtre, le CA, il continue de comprendre trois catégories de membres, le projet de loi initial fixait un maximum de quatre personnes pour chaque catégorie -cinq depuis le passage à l'Assemblée nationale- afin de resserrer la taille des conseils de surveillance.

Notre amendement, sans remettre en cause la répartition en trois catégories, en augmente le nombre de membres pour l'AP-HP. En effet, puisque le nombre de membres de chaque collège était jusqu'à présent de niveau réglementaire et qu'il sera désormais précisé dans la loi, il convient que la composition du conseil d'administration de l'AP-HP soit précisée dans la loi. Le nombre de collectivités qui y sont représentées impose d'aménager ces dispositions législatives pour chacun des trois collèges afin d'en respecter l'équilibre interne. Nous proposons donc que ce conseil de surveillance comprenne au plus 24 membres, soit huit par catégorie.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis également défavorable car votre amendement permettrait à l'AP-HP de déroger au droit commun des établissements de santé alors que je souhaite m'en tenir aux objectifs que je me suis fixés. Le conseil de surveillance doit exercer efficacement ses missions et cela vaut pour l'AP-HP.

**M. Jean Desessard.** – Vous reprochez à cet amendement de déroger à la règle mais l'AP-HP est un établissement d'excellence reconnu dans le monde entier. Ses activités de soin, de recherche et d'innovation font référence en Europe. L'AP-HP, c'est 23 000 lits, c'est plus de 1,1 million d'hospitalisations, c'est 3,8 millions de consultations, c'est une urgence toutes les 24 secondes, c'est plus de 90 000 personnes employées à Paris, en région parisienne, et même en province. En imposant des règles communes à l'AP-HP, vous niez sa spécificité.

*L'amendement n°325 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°415, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer le mot :

consultative

par le mot :

délibérative

**M. Guy Fischer.** – Les familles des personnes handicapées et des personnes âgées doivent être représentées dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Alors que l'article 5 leur concède un poste avec voix consultative au sein du conseil de surveillance, nous estimons que leur rôle ne peut se limiter à celui de témoin passif. Elles doivent avoir une voix délibérative.

L'instauration d'une véritable démocratie sanitaire passe en effet par le dialogue entre tous les acteurs impliqués dans la vie quotidienne des personnes en établissement : les personnels et le directeur, mais également les familles et leurs associations. Il convient donc qu'elles puissent se prononcer sur les orientations stratégiques.

Nous ne cherchons pas à opposer les familles aux personnels ou à marquer à l'encontre de ces derniers une quelconque défiance. Bien au contraire. Voici l'exemple d'un rapprochement positif qui a eu lieu après la canicule de 2003. L'ADEHPA (Association des directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes) et la FNAPAEF (Fédération nationale des personnes âgées en établissements et leurs familles) ont constaté toutes deux que le manque de moyens avait conduit à ce drame. Elles ont rassemblé leurs voix pour mener une action commune mettant en évidence les difficultés qu'elles rencontrent et sollicitant des pouvoirs publics des moyens à la hauteur des enjeux. Elles ont ainsi créé en 2005 une structure commune, AVVEC (Association Vivre et vieillir ensemble en citoyens) qui est devenue un interlocuteur aussi légitime qu'incontournable des pouvoirs publics et des élus, et je veux saluer ici l'action, entre autres, de Pascal Champvert.

La prise en charge des personnes fragiles doit être globale et ne pas se priver des compétences de tous ceux qui y contribuent. Les personnes âgées et handicapées sont des êtres riches de leur histoire, de leur culture, des adultes auxquels nous devons attention et respect. Les familles et leurs associations osent dire ce qui ne va pas et font des propositions constructives. Elles sont à même de faire évoluer la prise en charge et le regard porté sur cette population. Cet amendement est d'autant plus important que ce projet de loi va permettre le transfert de bon nombre de lits des unités de soins de longue durée vers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). La voix des familles doit donc être entendue.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le projet de loi a préféré s'en tenir à la situation actuelle qui donne toute satisfaction : avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il existe déjà des représentants des familles avec voix consultative et rien n'empêche qu'une personne qualifiée ne soit aussi un représentant des familles, ce qui permettrait d'améliorer la situation actuelle qui est déjà satisfaisante. Avis défavorable.

**M. Guy Fischer.** – La question de la répartition des sièges est un problème auquel vous serez confrontée, madame la ministre. Botter en touche, comme vous le faites, ne règle rien : les associations veulent faire entendre leur voix, que ce soit sur le nombre de lits ou sur les créations d'établissements. Il ne faut pas oublier les morts de 2003.

*L'amendement n°415 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°585 rectifié n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°1175, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

V.- L'article L. 6143-8 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-8. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret. »

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il s'agit d'un amendement de méthode : il convient en effet de définir les modalités d'application de ce chapitre par un décret simple, comme l'a suggéré dans son avis le Conseil d'État. Je tiens d'ailleurs à vous rappeler que ce projet de loi prévoit 40 décrets en Conseil d'État, ce qui garantit la qualité et la sécurité des textes prévus par la loi.

**M. le président.** – Et cela évite 40 articles de plus !  
(Sourires)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est favorable à cette coordination technique.

*L'amendement n°1175 est adopté.*

*L'article 5, modifié, est adopté.*

*Prochaine séance, aujourd'hui, vendredi 15 mai 2009, à 9 h 45.*

*La séance est levée à minuit quarante.*

*Le Directeur du service du compte rendu analytique :*

**René-André Fabre**

**ORDRE DU JOUR**

**du vendredi 15 mai 2009**

**Séance publique**

**A NEUF HEURES QUARANTE CINQ ET A  
QUINZE HEURES**

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n°290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des Affaires sociales (n°380, 2008-2009).

Texte de la commission (n°381, 2008-2009).

---