

COMPTÉ RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Lundi 18 mai 2009

HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)

SOMMAIRE

HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)	1
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	1
Article 7	1
Article 8	10
Article 8 bis	24
Article 8 ter	28
Article 9	29
Article 9 bis	31
Article 10	32
Article 11	41
Article 12	42

SÉANCE du lundi 18 mai 2009

102^e séance de la session ordinaire 2008-2009

PRÉSIDENTE DE M. ROGER ROMANI,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :
M. ALAIN DUFAUT, M. JEAN-NOËL GUÉRINI.

La séance est ouverte à 15 h 5.

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 des articles 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 à l'article 7.

Article 7

(Texte modifié par la commission)

I. - La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifiée :

1° A l'article 3, les trois premiers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'article 3 du titre I^{er} du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées sur les emplois de directeur des établissements mentionnés à l'article 2 :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie pour les établissements mentionnés aux 1°, 3° et 7° de l'article 2, à l'exception des centres hospitaliers universitaires ;

« - par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4°, 5° et 6° du même article.

« Ces personnes reçoivent une formation à l'École des hautes études en santé publique » ;

2° Au sixième alinéa de l'article 4, après les mots : « les corps et emplois des personnels de direction », sont insérés les mots : « et des directeurs des soins », et il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur général du Centre national de gestion est l'autorité investie du pouvoir de nomination des agents nommés dans ces corps et emplois sous réserve des dispositions de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique. » ;

3° Après l'article 9-1, il est inséré un article 9-2 ainsi rédigé :

« Art. 9-2. - Par dérogation à l'article 3 du titre I^{er} du statut général des fonctionnaires et à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, les fonctionnaires dirigeant les établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être détachés, par le directeur général du Centre national de gestion, sur un contrat de droit public. Ce détachement est prononcé pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un de ces établissements. Les établissements placés sous administration provisoire, dans les conditions fixées à l'article L. 6143-3-1 du même code, ainsi que les centres hospitaliers universitaires sont exclus du présent dispositif.

« Le détachement est proposé et le contrat est signé :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie pour les établissements mentionnés aux 1°, 3° et 7° de l'article 2 ;

« - par le représentant de l'État dans le département pour les établissements mentionnés aux 4°, 5° et 6° du même article.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

4° A l'article 50-1, après les mots : « Les personnels de direction », sont insérés les mots : « et les directeurs des soins » ;

5° Après l'article 65-1, il est inséré un article 65-2 ainsi rédigé :

« Art. 65-2. - Par dérogation aux dispositions de l'article 65, l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° à 3° et 7° de l'article 2 et la détermination de la part variable de leur rémunération sont assurées :

« - par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie pour les directeurs d'établissements, après avis du président du conseil de surveillance ;

« - par le directeur d'établissement pour les directeurs-adjoints. » ;

6° Au deuxième alinéa de l'article 89, les mots : « demeure à la charge de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots : « est assurée, à compter du 1^{er} janvier 2009, par le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 » ;

7° L'article 116 est ainsi modifié :

a) *Au premier alinéa :*

- après les mots : « des personnels de direction », sont insérés les mots : « et des directeurs des soins » ;

- les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « à la date de clôture du pénultième exercice » ;

b) *Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

« Le Centre national de gestion peut également assurer le remboursement de la rémunération de praticiens hospitaliers, de personnels de direction ou de directeurs des soins affectés en surnombre dans un établissement mentionné à l'article 2, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

II. - *Au cinquième alinéa de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « l'Institut national des jeunes aveugles, », sont insérés les mots : « propose au directeur du Centre national de gestion la nomination dans leur emploi des directeurs-adjoints et, le cas échéant, des directeurs des soins, ».*

M. Guy Fischer. – Cet article traduit, encore une fois, votre volonté de privatiser l'hôpital public (*marques de dénégation sur les bancs de la commission et du Gouvernement*) en autorisant le recrutement de non fonctionnaires au poste de directeur des établissements publics de santé auxquels vous avez donné les pleins pouvoirs à l'article 6. Cette décision serait justifiée par le souci d'ouvrir la direction de l'hôpital public à des compétences nouvelles. Les personnes en poste apprécieront... De même que les enseignants de l'École des hautes études en santé publique, l'EHESP. Si l'on ne sait pas clairement de quelles compétences nouvelles l'hôpital public bénéficiera, on sait desquelles il sera privé. De fait, ces directeurs recrutés dans le privé, n'ayant pas satisfait le principe républicain du concours, n'auront pas suivi la formation de deux ans délivrée par l'École des hautes études en santé publique qui comprend, outre des modules très utiles à un mode de gestion entrepreneuriale des hôpitaux tels que des cours de gestion des conflits ou encore de projet d'établissement, des enseignements spécifiques au bon fonctionnement du service public de santé concernant, entre autres, le respect des droits des patients, de l'éthique médicale ou encore le lien entre hôpital et santé publique. Autant de connaissances spécifiques que n'auront plus à maîtriser les futurs directeurs dès lors qu'ils maîtriseront à la perfection la règle comptable.

Certes, le Gouvernement a déposé un amendement qui prévoit une formation de ces directeurs à l'EHESP. Mais la disposition semble cosmétique tant elle est floue : quel sera le contenu de cette formation ? Sa durée ? Le principe du stage en milieu professionnel, si utile, est-il conservé ? Ensuite, sur quels critères ces non fonctionnaires seront-ils

recrutés ? Un pourcentage de postes leur sera-t-il réservé, réduisant d'autant le nombre de postes ouverts à concours ? Autant de questions techniques qui soulèvent, en réalité, le problème de la transformation de l'hôpital public en une entreprise.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Encore ! C'est désespérant...

M. Guy Fischer. – Compte tenu du risque que fait peser cet article sur l'avenir du service public, nous voterons contre.

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – La commission approuve globalement cet article 7. La modernisation des établissements publics de santé passe par le recrutement de directeurs d'établissements non fonctionnaires qui, ayant acquis des expériences diverses dans le privé, notamment celles de *management* en tant que médecins, pourvoient des postes de direction vacants depuis longtemps -j'y insiste. Naturellement, les directeurs d'établissements fonctionnaires continueront de constituer la grande majorité du vivier de recrutement. Cette mesure renforcera l'attractivité de l'hôpital et contribuera à son dynamisme.

Néanmoins, la commission a adopté deux amendements qui visent à pallier des imprécisions dans la rédaction de l'article. Par coordination, elle a également adopté un amendement supprimant la disposition selon laquelle le directeur de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire évalue les directeurs des autres établissements membres.

M. Jacky Le Menn. – Madame la ministre, autant je suis d'accord pour une dérogation dans le recrutement des directeurs d'hôpitaux en faveur du corps médical hospitalier, autant je m'oppose à ce qu'il soit ouvert à des non fonctionnaires. Outre que le principe du concours est une garantie, il existe suffisamment de personnels compétents dans les trois fonctions publiques pour prendre en charge la direction d'un établissement. Pourquoi ouvrir le recrutement au secteur privé sinon pour faire venir des gestionnaires aux capacités financières renforcées ? Si c'est le cas, dites-le clairement. Les directeurs d'établissement reçoivent déjà une formation sur les aspects financiers et des générations d'élèves ont suivi, à cet effet, des cours à HEC.

Cette pénétration du secteur privé dans le public n'est pas saine. Comme M. Fischer, j'y vois le signe que vous voulez transformer l'hôpital public en un cousin germain bâtard de la clinique privée à but lucratif. Il traduit une méfiance à l'égard de la fonction publique et pourrait préfigurer une future généralisation des CDD au sein l'hôpital public.

Nous ne pouvons souscrire à votre analyse et nous voterons contre cette partie du texte.

M. Bernard Cazeau. – L'article 7 tend à étendre le recrutement des directeurs d'établissements de santé à de « nouvelles compétences », c'est-à-dire aux agents des autres fonctions publiques, aux professionnels du secteur privé et aux médecins qui ont démontré des capacités de *management*. Pourquoi pas ? Cela n'est pas absurde ; je m'étonne seulement que vous envisagiez de nommer des médecins à des fonctions de direction après avoir tout fait pour vider de leur substance et de leurs pouvoirs la commission médicale d'établissement et le conseil de surveillance.

Mais je suis très réservé sur vos méthodes de recrutement. Une annonce étrange est parue dans *Le Monde* du 19 janvier dernier, pour recruter « un *manager* de haut niveau pour un projet innovant et d'envergure » : un directeur général d'agence régionale de santé (ARS). L'employeur sera le ministère de la santé. Le candidat idéal est « stratège, créateur de lien et négociateur, pilote et organisateur de changement » ; il devra se soumettre à un mode inédit de recrutement, *via* le cabinet privé Éric Salmon & *partners*, spécialisé dans le recrutement de cadres dirigeants pour la finance et l'industrie.

M. Guy Fischer. – C'est tout dire !

M. Bernard Cazeau. – Le candidat sera soumis aux tests élaborés par le chasseur de tête, lequel établira une *short list* -en anglais, s'il vous plaît- de trois noms. Le concours n'a plus cours... Vous nous accuserez une fois encore de procès d'intention mais devant de telles annonces, concevez que nous nous interrogeons. (*Mme Dominique Voynet applaudit*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'article 7 complète l'article 6 en précisant le mode de nomination aux postes dirigeants. La modernisation de l'hôpital public passe par une ouverture plus large de ces fonctions au secteur privé, aux autres fonctions publiques ainsi qu'aux médecins. Un *management* moderne signifie dynamisme et diversité des compétences. Je doute que les salaires excitent les appétits des patrons du CAC 40...

M. Guy Fischer. – Nous n'avons pas dit cela.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Un dirigeant de CHU sera rémunéré 7 800 euros mensuels tout compris, un directeur de CHR, 7 300 euros et un directeur d'hôpital général 6 020 euros, ce qui est parfaitement cohérent avec les autres salaires de la fonction publique. Des formations souples et modulables seront dispensées aux candidats retenus, à l'École des hautes études en santé publique, afin de renforcer leur capacité à travailler avec les autres acteurs de la santé.

Un détachement sur contrat sera également ouvert au personnel de direction de la fonction publique hospitalière, avec un objet précis : conduire une mission visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement connaissant des difficultés récurrentes

-et où, par conséquent, les professionnels ne se bousculent pas pour assumer une tâche difficile.

Les chefs d'établissements sont des cadres dirigeants. La dynamisation de leur carrière passe par une évaluation et une rémunération fondée sur la performance, au regard d'objectifs précis. Le directeur général du Centre national de gestion étant l'autorité investie du pouvoir de nomination, il faut prévoir dans la loi que l'évaluation annuelle, pour les chefs des établissements publics de santé, est de la compétence du directeur général de l'ARS -ce qui est logique puisque ce dernier définit l'organisation, l'évolution de l'offre de soins au niveau régional, ainsi que le projet régional de santé.

Les dispositions relatives au recrutement concerneront bien entendu les directeurs de tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Des amendements vous seront présentés à cette fin. Un autre amendement visera à autoriser les lauréats des concours d'accès à certains corps de fonctionnaires hospitaliers à postuler à un emploi, dès lors qu'ils sont inscrits sur une liste d'aptitude. Nombre de ces éléments sont de nature réglementaire mais je tiens à vous fournir toutes les précisions nécessaires. Je veux rendre la profession plus attrayante. Le mouvement doit fonctionner dans les deux sens et nous veillerons à offrir aux directeurs d'hôpitaux des carrières variées.

M. le président. – Amendement n°436, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le I de cet article.

M. Guy Fischer. – Mme la Ministre ne nous a pas convaincus. Nous sommes ici au plus profond de nos différends... Les statuts de la fonction publique comportent nombre de dérogations permettant l'emploi de non fonctionnaires. Mais l'article 7 crée une dérogation supplémentaire, spécifique à la fonction publique hospitalière, que nous ne saurions admettre parce qu'elle ne s'accompagne d'aucune garantie de formation, d'aucune exigence de formation antérieure ou d'expérience. Certes, on ne recrutera pas n'importe qui. Mais nous savons bien ce qui sera demandé aux candidats du privé...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – On ne nous a rien dit.

M. Guy Fischer. – Mais nous le savons : une expérience financière essentiellement ! De quelle nature et de quelle durée sera la formation ? Aucun décret, aucun arrêté n'est prévu : ce sera le fait du prince. La nomination du directeur d'hôpital deviendra une décision hautement politique, comme celle du directeur général d'agence régionale. Elle sera chapeauté au plus haut niveau. Enfin, cet article lève le voile sur la réalité du pouvoir : le directeur d'établissement ne nomme pas les cadres appelés à la seconder ; le directeur général du Centre national de gestion ne lui demandera même pas son avis ! La recentralisation est en marche...

L'article 7 est clair : le personnel de direction ne sera plus investi d'une mission de service public mais de missions managériales fondées sur une logique de résultat financier. Voilà ce que nous contestons.

M. le président. – Amendement n°1185, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans le deuxième alinéa du 1° du I de cet article, remplacer la référence :

L. 6141-1

par la référence :

L. 6143-7-1-1

II. - En conséquence, procéder à la même substitution dans le second alinéa du 2° du même I et dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le 3° du même I pour l'article 9-2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est un amendement de cohérence par rapport à l'article 6.

M. le président. – Amendement n°437, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le quatrième alinéa du I de cet article.

M. François Autain. – Une disposition introduite à l'Assemblée nationale autorise le recrutement de non fonctionnaires. Je vous renvoie à la discussion générale et à notre défense de l'exception d'irrecevabilité. Nous y avons exprimé notre attachement non pas à la V^e République, contrairement à ce qu'a prétendu Mme la ministre, mais au Préambule de la Constitution de 1946, profondément inspiré par les travaux du Conseil national de la résistance. Nous étions opposés à la V^e République dès sa création, mais certainement pas aux principes du Préambule de 1946 !

Nous revenons avec cet amendement sur des dispositions contraires aux fondements de la République ; alors que le Gouvernement parle de lutte contre les discriminations, le concours est la meilleure garantie.

Quant au silence de Mme la ministre sur les compétences requises, il nous fait craindre que seule parmi celles-ci soit recherchée la virtuosité à manier la calculette, afin de comprimer les dépenses -au risque de porter atteinte à la qualité et à la sécurité des soins. On peut penser en outre que les directeurs issus du privé bénéficieront d'une rémunération bien supérieure à celle de leurs homologues recrutés sur concours public. L'exemple récent du recrutement du président de l'AP-HP doit nous alerter.

Le Président de la République fait subir un plan de rigueur à la fonction publique en ne remplaçant pas un fonctionnaire sur deux partant à la retraite ; mais on recrutera sur leurs postes des personnes issues du privé... Cette politique a un nom, la révision générale

des politiques publiques. Nous demanderons sur cet amendement un scrutin public.

M. le président. – Amendement n°601 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet, Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

Compléter le quatrième alinéa du I de cet article par les mots :

et les centres hospitaliers régionaux

M. Jean-Pierre Chevènement. – Nous souhaitons que la possibilité de recruter des personnes issues du privé soit limitée aux petits établissements.

M. le président. – Amendement n°438, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le sixième alinéa du I de cet article par les mots :

équivalente à celle reçue par les directeurs élèves relevant de la fonction publique

M. Guy Fischer. – Le Gouvernement entretient volontairement le flou sur la nature de la formation que devront recevoir les directeurs non fonctionnaires...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. – Mme la ministre vous a apporté des précisions.

M. Guy Fischer. – ...sur sa durée et les modules enseignés. La représentation nationale doit être éclairée. Nous considérons que la formation dispensée à l'école des hautes études en santé publique est utile, même si elle peut encore être améliorée. Comment peut-on imaginer se priver de l'histoire de cette institution ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je la renforce, au contraire !

M. Guy Fischer. – Les directeurs non fonctionnaires doivent bénéficier d'une formation de même qualité. C'est le sens de notre amendement.

M. le président. – Amendement n°439, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le sixième alinéa du I de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans un délai de cinq ans suivant leur démission ou la fin de leur contrat, il est interdit à ces personnes d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé où ils puissent entrer en concurrence directe avec l'établissement public dans lequel ils exerçaient précédemment. Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret.

M. François Autain. – La situation des fonctionnaires qui souhaitent pantoufler dans le privé doit être soumise à une commission de déontologie. Nous sommes ici dans un cas de figure similaire : l'article 7 prévoit qu'un directeur pourra être détaché

sur un contrat de droit public, de façon temporaire, avec pour mission le rétablissement du bon fonctionnement d'un établissement. Il faut encadrer cette disposition, de sorte qu'elle ne puisse porter préjudice à un hôpital public déjà affaibli. On peut fort bien imaginer qu'un directeur d'hôpital public qui aurait consciencieusement rempli la mission pour laquelle il a été nommé, c'est-à-dire satisfait avant tout aux exigences de l'équilibre budgétaire et permis, ce faisant, à une clinique proche d'attirer les patients les plus rentables au sens de la tarification à l'activité, en prenne tranquillement la tête quelque temps plus tard. C'est la situation que nous voulons éviter.

M. le président. – Amendement n°440, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Au début du troisième alinéa du texte proposé par le 3° du I de cet article pour l'article 9-2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, insérer les mots :

après avis du conseil de surveillance de l'établissement intéressé

M. Guy Fischer. – Nous renforçons les pouvoirs du conseil de surveillance afin de limiter les risques d'un placement en détachement qui serait une sanction déguisée.

M. le président. – Amendement n°1184, présenté par le Gouvernement.

Après le 3° du I de cet article, insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...- L'article 31 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans des conditions prévues dans certains statuts particuliers, certains concours peuvent donner lieu à l'établissement d'une liste d'aptitude classant par ordre alphabétique les candidats déclarés aptes par le jury ; l'inscription sur cette liste ne vaut pas recrutement. » ;

b) Le septième alinéa est complété par les mots : « ou l'ordre alphabétique dans des conditions prévues dans certains statuts particuliers » ;

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La règle du choix des affectations à l'issue des concours de la fonction publique hospitalière, qui est celle du mérite, méconnaît parfois les exigences de la gestion moderne des métiers et des compétences, notamment lorsque les concours sont nationaux. Le système mérite d'être assoupli pour rendre optimale l'adéquation entre le profil de l'agent et les caractéristiques du poste à pourvoir.

L'objectif de cette mesure est de mieux concilier les aspirations professionnelles et personnelles des candidats avec les besoins des employeurs. Le Président de la République a lui-même souhaité que la nomination par liste d'aptitude à la sortie des écoles de fonctionnaires soit généralisée. Cet amendement

ouvre ainsi le choix de leur recrutement aux établissements et l'éventail de leur affectation aux fonctionnaires.

Tous les corps de fonctionnaires hospitaliers ne sont pas concernés ; le recrutement sur liste d'aptitude doit d'abord s'appliquer aux corps recrutés dans un cadre national. Les modifications statutaires nécessaires seront soumises aux partenaires sociaux dans le cadre du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

M. le président. – Amendement n°441, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le 5° du I de cet article.

M. François Autain. – Le texte organise l'hôpital de demain comme un simple outil de production de soins, dirigé par un super patron. Le rapporteur de l'Assemblée nationale a affirmé, répondant à un amendement de repli du groupe Gauche démocrate et républicaine : « Exiger un diplôme de l'école des hautes études en santé publique semble une condition trop restrictive eu égard au profil de nouveaux *managers* que nous recherchons ». Tout est dit.

Il n'est pas étonnant, dès lors, qu'on s'applique à plaquer les recettes du privé sur l'hôpital, notamment en ce qui concerne les rémunérations. Après l'intéressement pour les praticiens hospitaliers, voici la part variable de la rémunération des directeurs ; destinée à récompenser les plus « méritants », elle annonce des dérives de toutes sortes, dont la recherche croissante des gains de productivité. La « nouvelle gouvernance » va conduire les gestionnaires à réduire les effectifs et à fermer des services, avec les conséquences que l'on imagine aisément sur l'égal accès de tous à des soins de qualité. Cette logique de la rentabilité n'est évidemment pas la nôtre.

M. le président. – Amendement n°1204, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans le premier alinéa du texte proposé par le 5° du I de cet article pour l'article 65-2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, remplacer les mots et les références :

aux 1° à 3° et 7° de

par le mot :

à

II. - Dans le deuxième alinéa du même texte, après les mots :

directeurs d'établissements

insérer les mots :

mentionnés aux 1° à 3° et 7° de l'article 2

III. - Compléter ce même alinéa par les mots :

ou du conseil d'administration pour les maisons de retraite publiques

IV. - Après ce même alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« - par l'autorité compétente de l'État dans le département pour les directeurs des établissements mentionnés aux 4° à 6° de l'article 2, après avis du président de séance délibérante ;

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'évaluation des directeurs et directeurs-adjoints des établissements publics de santé est une nécessité. Ils ont déjà été les premiers, dans la fonction publique hospitalière, à ne plus être notés mais évalués en fonction des objectifs qui leur sont fixés chaque année.

Ce texte donne à ce dispositif une assise pérenne. Il s'appliquera aux directeurs de tous les établissements, y compris des établissements médico-sociaux ou d'aide sociale à l'enfance, qui seront évalués par le préfet. Ces institutions accueillant les personnes les plus vulnérables, les évaluations devront préalablement recueillir l'avis du président de l'assemblée délibérante.

M. le président. – Amendement n°339, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le 5° du I de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Art. 65-3. - Les personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° à 3° et 7° de l'article 2 sont soumis périodiquement à une évaluation des pratiques professionnelles dont les modalités sont définies par voie réglementaire. »

M. Jacky Le Menn. – Cet amendement, qui a pour but de maîtriser les pratiques professionnelles des directeurs d'établissements, est satisfait par l'amendement n°1204 présenté par le Gouvernement.

L'amendement n°339 est retiré.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°436 s'oppose à ce que les établissements publics de santé puissent être dirigés par des non fonctionnaires car cela s'inscrirait dans une logique de privatisation de l'hôpital public. Au contraire, l'ouverture du recrutement à des professionnels détenteurs d'expériences diverses favorisera la modernisation de l'hôpital. Par ailleurs, les fonctionnaires constitueront toujours la grande majorité des directeurs d'établissement. Avis défavorable.

Avis favorable à l'amendement de cohérence n°1185, qui concerne la nomination des directeurs d'établissement.

Avis défavorable à l'amendement n°437 : la nomination de directeurs d'établissement non fonctionnaires relève bien de la compétence du directeur général de l'ARS, excepté pour les CHU, pour lesquels la nomination a lieu en conseil des ministres, et pour les établissements demeurant dans le champ de compétence du préfet de département.

L'amendement n°601 de Gilbert Barbier vise à interdire la nomination de non fonctionnaires à la tête des CHU. Or la mention « à l'exception », au quatrième alinéa de cet article, ne signifie pas que des non fonctionnaires ne peuvent être nommés à ce poste mais qu'il s'agit d'une prérogative du conseil des ministres et non du directeur de l'ARS. Quant à la possibilité de nommer des non fonctionnaires à la direction de CHU ou de CHR, elle renforcera l'attractivité de l'hôpital public et contribuera à dynamiser la gestion. Avis défavorable.

Avis défavorable à l'amendement n°438, déjà examiné par la commission : la formation reçue par les directeurs non fonctionnaires ne saurait être identique à celle des fonctionnaires puisque les premiers bénéficient déjà d'une expérience de gestion hospitalière et de *management*. Il s'agit plutôt d'adapter leur formation à leurs connaissances et à leur expérience. Vous étiez présent, monsieur Autain, lorsque nous avons entendu le directeur de l'EHESP, lui-même médecin : il souhaite accueillir des candidats non fonctionnaires.

Avis défavorable également à l'amendement n°439, déjà examiné par la commission : empêcher les directeurs non fonctionnaires de travailler dans un établissement de santé privé durant cinq ans après leur départ de l'établissement public irait à l'encontre de notre objectif, qui est de rendre l'hôpital public plus attractif pour les professionnels.

L'article 7 prévoit la possibilité, pour le directeur général de l'ARS, de détacher certains directeurs d'établissements sur un contrat de droit public pour une mission temporaire, dont l'objectif est le rétablissement du bon fonctionnement d'un établissement.

L'amendement n°440 propose que le conseil de surveillance de l'établissement qui connaît des difficultés de fonctionnement donne son avis sur la nomination à sa tête d'un directeur détaché sur contrat. Avis défavorable car il est préférable qu'une personnalité extérieure à l'établissement juge du bien-fondé du recours au détachement. Le directeur général de l'ARS est à même d'identifier les hôpitaux qui en auraient besoin, et il peut recourir à l'expertise et au conseil du CNG pour la sélection des candidats.

Avis favorable à l'amendement du Gouvernement n°1184, qui répond à la volonté de mettre fin aux classements de sortie dans les concours de la fonction publique.

L'amendement n°441 s'oppose à ce que l'évaluation des personnels de direction serve à déterminer la part variable de leur rémunération. Avis défavorable car cette vérification de leurs compétences servira la modernisation et le dynamisme de l'hôpital public. Elle leur permettra, comme d'autres fonctionnaires, de bénéficier d'un intéressement lié à la réalisation de leurs objectifs.

L'amendement n°1204 précise que l'évaluation des directeurs des établissements médico-sociaux sera réalisée non par le directeur général de l'ARS mais par le préfet et celle des directeurs des maisons de retraite publiques par le directeur général de l'ARS. Avis favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°436 : je m'en suis largement expliquée dans les propos liminaires.

Avis défavorable à l'amendement n°437 : le directeur général de l'ARS, plus près du terrain, est mieux à même de nommer les directeurs non fonctionnaires que le ministre, dont il reçoit une délégation. En outre, la procédure est encadrée par des dispositions réglementaires, dont la consultation du président du conseil de surveillance.

L'amendement n°601 rectifié s'oppose à ce que le directeur d'un CHR puisse ne pas être un fonctionnaire. Jean-Pierre Chevènement sait bien qu'il n'est pas possible d'imposer une telle disposition pour une nomination en conseil des ministres. Je lui suggère de retirer cet amendement.

Avis défavorable à l'amendement n°438 : les directeurs non fonctionnaires recevront une formation équivalente aux fonctionnaires mais adaptée à leur expérience acquise. Les modalités en sont de nature réglementaire : je ne peux vous détailler aujourd'hui le contenu des formations, leurs horaires ou le nom des enseignants ! (*Sourires*)

M. Guy Fischer. – Ironie méprisante !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'amendement n°439 prévoit une sorte de clause de non-concurrence, or ce type de disposition relève exclusivement de la jurisprudence de la cour de cassation, qui en limite le recours en fonction de la nécessité et l'assortit de limites et de contreparties financières. En outre, on perçoit mal son utilité pour un établissement de santé : un malade en changerait-il pour suivre tel directeur, qu'il ne connaît même pas ?

M. Gérard Longuet. – Le malade non, mais les médecins, oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis tout à fait défavorable à l'amendement n°440, qui prévoit la consultation du conseil de surveillance pour décider du détachement d'un directeur afin de rétablir le bon fonctionnement de l'établissement. Je m'en suis expliquée aux articles 6 et 7.

Avis défavorable également à l'amendement n°441, qui vise à supprimer la part variable de la rémunération du directeur, car il n'est pas souhaitable de revenir sur ce dispositif négocié avec les organisations syndicales.

L'amendement n°436 n'est pas adopté.

L'amendement n°1185 est adopté.

A la demande du groupe CRC-SPG, l'amendement n°437 est mis aux voix par scrutin public.

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

Nombre de votants.....	340
Nombre de suffrages exprimés.....	340
Majorité absolue des suffrages exprimés	171
Pour l'adoption	140
Contre	200

Le Sénat n'a pas adopté.

M. Jean-Pierre Chevènement. – Je retire l'amendement n°601 rectifié pour les raisons de cohérence juridique évoquées par la ministre mais j'en maintiens l'esprit : je souhaite que les directeurs des grands hôpitaux soient recrutés parmi les fonctionnaires et c'est pourquoi j'ai voté l'amendement de M. Autain.

L'amendement n°601 rectifié est retiré.

L'amendement n°438 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°439 et 440.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Nous avons eu récemment, à l'initiative de M. de Rohan, un débat sur la haute fonction publique et plus particulièrement sur les anciens élèves de l'ENA. Sans doute ne s'agit-il là que d'un débat parlementaire sans grande suite mais il me semble que, sur tous les bancs, on a exprimé un point de vue proche de celui de M. Séguin quand il présente cette école comme « le pire système, mais... ». Il est vrai, ajoute-t-il, que la suppression du classement de sortie va obliger à mettre en place des processus de sélection qui doivent éviter toute dérive.

Le concours paraît peut-être idiot, on peut l'améliorer, modifier son contenu, corriger des paramètres, mais il reste la méthode la plus démocratique et la plus éloignée du népotisme ou d'un choix de classe. Or, au travers de l'amendement n°1184 du Gouvernement, nous allons allègrement supprimer les classements. Des listes d'aptitude ? Comme si on n'évaluait pas les aptitudes dans les concours. On ne peut trouver plus objectif, moins sujet à caution, que le rang à un concours. Ne vous déjugez pas, n'affaiblissez pas les concours de la fonction publique ! (*M. Guy Fischer applaudit*)

M. Gérard Longuet. – Pour les excellentes raisons rappelées par Mme Borvo-Cohen-Seat, je ne voterai pas l'amendement du Gouvernement, qui accrédite l'idée que l'accès à la fonction publique pourrait dépendre de facteurs subjectifs ; mais, quoiqu'attaché à l'élitisme républicain, je ne voterai pas contre une formule que j'observe avec attention, même si elle m'inquiète.

M. Alain Vasselle. – Qu'est-ce qui est le plus important du classement ou de l'aptitude ? Selon la réponse que l'on apportera à cette question, on penchera d'un côté ou de l'autre.

M. Gérard Longuet. – Quand on organise un concours, on cherche à mettre en valeur les qualités qui permettront d'exercer les fonctions auxquelles il ouvre. Il ne s'agit pas d'avoir une épreuve de grec ancien pour l'administration des collectivités locales, et je puis témoigner que les qualités professionnelles exigées ordinairement au concours sont telles que ce sont ordinairement les meilleurs qui sont sélectionnés.

Mme Isabelle Debré. – Comme la lecture de *La Princesse de Clèves* ?

Mme Dominique Voynet. – Le contenu du concours doit mesurer la capacité du candidat à exercer les fonctions à pourvoir et il ne faut surtout pas mettre en place un système de reçus-collés, de candidats reçus au concours mais jugés inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ces modalités sont déjà en vigueur et je vous demande de mettre le droit en conformité avec une pratique qui a prouvé son efficacité.

M. Gérard Longuet. – Pas si l'on en juge par la rapide rotation des directeurs d'hôpitaux...

L'amendement n°1184 est adopté.

L'amendement n°441 n'est pas adopté.

M. Alain Vasselle. – L'amendement n°1204 mérite un éclaircissement : quelle différence y a-t-il entre un établissement médico-social et une maison de retraite publique ? Celles de mon département sont des établissements médico-sociaux et c'est le préfet qui évalue les directeurs. Il y a là quelque chose qui m'échappe. Si c'est l'État qui nomme le directeur d'établissement médico-social, il est normal que ce soit lui qui l'évalue ; mais si c'est le président du conseil général, il est bon qu'il soit associé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous avons repris *in extenso* le texte de la loi de 1986. Il eût peut-être été adéquat de procéder à un nettoyage mais nous avons voulu éviter toute discordance.

L'amendement n°1204 est adopté.

M. le président. – Amendement n°187 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Rozier, Henneron, MM. Cambon, César et Gournac.

Rédiger comme suit le II de cet article :

II. - Le cinquième alinéa de l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après les mots : « l'Institut national de jeunes aveugles », sont insérés les mots : « propose au directeur général du centre national de gestion la nomination dans leur emploi des directeurs adjoints et, le cas échéant, des directeurs des soins, » ;

2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « La commission administrative paritaire nationale compétente émet un avis sur les propositions précitées

soumises au directeur général du Centre national de gestion. »

Mme Janine Rozier. – La gestion nationale du corps des directeurs d'établissements médico-sociaux contribue à la stabilité de la profession et doit être préservée. L'objet de cet amendement est de traduire en droit l'obligation faite au directeur général du centre national de gestion, qui n'a en la matière qu'une compétence liée, de respecter les choix du chef d'établissement dans le recrutement de ses collaborateurs. L'article 6 du projet de loi prévoit une procédure identique pour les directeurs des établissements publics de santé et confirme que le corps des directeurs des soins est un corps à gestion nationale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement reprend les dispositions de l'article 7 tout en précisant que la commission administrative paritaire émet un avis sur les propositions formulées par le directeur d'établissement. La commission y est favorable, par souci de parallélisme avec la procédure de désignation des directeurs-adjoints et des directeurs de soins des établissements publics de santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Gouvernement est évidemment favorable à cet amendement qui tend à préserver l'unité de gestion du corps. Quant à la consultation préalable de la commission administrative paritaire, il s'agit d'une garantie statutaire à laquelle nous sommes tous très attachés.

L'amendement n°187 rectifié est adopté.

M. le président. – C'est l'unanimité. (*Mme Janine Rozier s'en réjouit*)

Amendement n°1167, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

III. - Après l'article L. 313-24-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-24-2 ainsi rédigé :

« Art. L.313-24-2. - Le représentant de l'État ou le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à deux ou plusieurs établissements autonomes relevant de sa compétence exclusive ou conjointe mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière de conclure une convention de direction commune lorsque ces établissements n'ont pas préalablement, et à leur initiative, sollicité ce type de coopération. Cette demande, qui vise à mieux répondre aux besoins de la population et à garantir la qualité de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent, doit être motivée. Les assemblées délibérantes des établissements concernés rendent alors un avis motivé sur cette demande dans un délai de trois mois. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement vise à faciliter la mutualisation des moyens entre les établissements sociaux et médico-sociaux, qui peinent à recruter leur personnel de direction. Parmi les 1 400 structures existantes, certaines comptent moins de 40 postes, d'autres plus de 100, la moyenne de situant autour de 40.

Il est donc souhaitable d'encourager certains de ces établissements à mettre en place des directions communes, dans le cadre d'une démarche volontaire et concertée, à la demande et après avis de leurs assemblées délibérantes. Cela permettrait d'améliorer leur encadrement et leurs performances tout en réduisant leurs coûts. En outre, cela offrirait aux directeurs des perspectives de carrière plus attractives.

M. le président. – Sous-amendement n°1275 à l'amendement n° 1167 du Gouvernement, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après la deuxième phrase du texte proposé par l'amendement n°1167 pour l'article L. 313-24-2 du code de l'action sociale et des familles, insérer une phrase ainsi rédigée :

Elle comprend l'avis du président du conseil général concerné lorsque la demande porte sur un établissement relevant d'une compétence conjointe.

M. Yves Daudigny. – Certains des établissements concernés par l'amendement du Gouvernement relèvent d'une compétence exclusive, d'autres d'une compétence jointe. Dans ce dernier cas et si l'amendement était adopté, il serait de bonne politique de solliciter l'avis du président du conseil général : ce serait conforme au respect dû aux compétences des départements, et cela permettrait d'établir des relations saines entre l'État et ces derniers.

M. Alain Milon, rapporteur. – Selon le droit en vigueur, deux ou plusieurs établissements sociaux ou médico-sociaux peuvent décider de s'associer et de mettre en place des directions communes, en vertu d'une convention ratifiée par leurs assemblées délibérantes. L'objet de l'amendement du Gouvernement est de permettre au préfet ou au directeur de l'ARS d'inviter certains établissements à le faire s'ils n'en ont pas eux-mêmes pris l'initiative ; les assemblées devront alors émettre un avis motivé dans un délai de trois mois. Le but recherché est évidemment de renforcer la coopération entre établissements.

Mme la ministre peut-elle nous donner l'assurance que le directeur de l'ARS ne pourra pas passer outre un avis négatif ? Sous réserve de cette précision, avis favorable.

Avis favorable au sous-amendement n°1275 qui, comme le dit M. Daudigny, est de bonne politique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'amendement dispose que la demande de rapprochement est soumise à l'avis des assemblées délibérantes. Mais il est effectivement souhaitable que les présidents des assemblées soient préalablement consultés, comme le prévoit le sous-amendement n°1275. Avis favorable.

Pour répondre à M. le rapporteur, le directeur général de l'ARS n'aura aucun intérêt à entrer en conflit avec les assemblées. Cela va sans dire mais cela va mieux en le disant.

M. Michel Mercier. – L'amendement paraît frappé au coin du bon sens : regrouper les postes de direction ne peut que favoriser la bonne gestion. Mais la réalité est tout autre ; le ministère de la santé y est pour quelque chose. C'est en général lorsqu'un poste est vacant que l'on tente de mettre en place une direction commune ; mais le directeur resté en fonction a un droit personnel à conserver son poste. Malgré une direction commune, il y a donc deux directeurs, l'un un peu mieux payé que l'autre -sauf lorsque le ministère oublie, comme souvent, d'attribuer les fonds nécessaires...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – M. Mercier, avec sa sagacité habituelle, pointe un problème technique qui peut se présenter. Que cela ne nous empêche pas d'offrir aux établissements l'opportunité de renforcer leur coopération.

M. Alain Vasselle. – Si j'en crois M. Mercier, l'amendement du Gouvernement est un vœu pieux...

Mme Isabelle Debré. – Un souhait !

M. Alain Vasselle. – Un souhait qui me fait craindre qu'il ne soit qu'un vœu pieux car cette mesure sera bien difficile à appliquer.

Mme la ministre, en réponse à la question de M. le rapporteur, a assuré qu'il allait de soi que le Gouvernement rechercherait toujours l'accord des parties concernées plutôt que de passer en force. Mais aujourd'hui, il est déjà possible à ceux qui le souhaitent de s'associer. La seule nouveauté introduite par l'amendement, si je comprends bien, c'est donc que le directeur général de l'ARS aura la faculté de proposer un rapprochement à des établissements qui n'en ont pas pris l'initiative. Cela s'arrête là !

M. Guy Fischer. – Je me méfie toujours des vœux pieux de M. Mercier, que j'ai vu à l'œuvre pendant des années au conseil général du Rhône...

Le Gouvernement veut rendre la gestion des établissements plus efficace et moins coûteuse. Lorsqu'au cours de la discussion générale, ou lors de la présentation de la motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité, nous prévoyions que ce projet de loi se solderait par la suppression de 20 000 emplois, Mme la ministre a juré ses grands dieux que cela n'arriverait pas et l'on nous a traités de

rêveurs. Mais en réduisant les ressources des grandes associations comme l'Unapei, l'État les encourage à regrouper des directions et, *in fine*, à supprimer des emplois. Pourtant, il est indispensable que le personnel d'encadrement demeure au plus près des usagers, des enfants et des familles.

Voyez ce qui s'est passé dans l'éducation nationale : en réunissant d'anciens groupes scolaires indépendants, on a supprimé des postes de direction. Au total, pas moins de 10 000 postes ont disparu. (Mme Nicole Borvo Cohen-Seat le confirme)

M. Bernard Cazeau. – Nous ne voterons pas cet amendement car, une fois de plus, une contrainte est exercée par l'État. Il est préférable de jouer la carte de la promotion sociale.

En vingt ans de présidence de conseil général, je ne me souviens pas qu'il y ait eu des difficultés non résolues.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Sur le terrain, le problème c'est de trouver des directeurs pour de micro établissements médico-sociaux de quelques lits, répondant à une demande très sectorisée pour des patients très spécifiques. Une mutualisation s'impose.

J'ai bien noté les observations de M. Vasselle mais le directeur perd son poste de directeur fonctionnel, et donc une partie de sa rémunération. Le dialogue doit s'ouvrir avec le représentant de l'État ou l'ARS pour une gestion optimale des ressources humaines. Ce que je propose n'est donc pas un vœu pieux. De plus, des possibilités indemnitaires ont été ouvertes depuis 2007.

Le sous-amendement n°1275 est adopté.

L'amendement n°1167, sous-amendé, est adopté, le groupe CRC-SPG votant contre.

L'article 7, modifié, est adopté, ainsi que l'article 7 bis.

Article 8

I. - L'article L. 6146-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-1. - Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

« Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical de l'établissement. Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

« Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques, ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

« Les chefs de pôle d'activité sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, pour une durée fixée par décret. A l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

« Dans les centres hospitaliers ayant passé une convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, après avis du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1.

« Le directeur et, pour les pôles d'activité technique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement ainsi que le directeur de l'unité de formation médicale et de recherche dans les centres hospitaliers universitaires, signent avec le chef de pôle un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle.

« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. »

II. - L'article L. 6146-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-2. - Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de cet établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer à ces missions lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les professionnels libéraux

intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

« Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. »

III. - Les articles L. 6146-3 à L. 6146-6 et L. 6146-10 du même code sont abrogés. Le second alinéa de l'article L. 6112-7 du même code est supprimé.

IV. - L'article L. 6113-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, après les mots : « à l'analyse de l'activité », sont insérés les mots : « et à la facturation de celle-ci » ;

2° Après le troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les praticiens transmettent les données mentionnées au troisième alinéa dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement.

« Sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens sont tenus, dans le cadre de l'organisation de l'établissement, de transmettre toutes données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil et notamment des lits. À la demande du directeur, ce signalement peut se faire en temps réel. » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi n°61-825 du 29 juillet 1961 de finances rectificative pour 1961. »

V. - Après l'article L. 6161-5 du même code, il est inséré un article L. 6161-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6161-5-1. - Les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients recourent à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement privé de santé.

« Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l'acte. »

Mme Annie David. – L'article 8 concerne l'organisation interne du service public de santé qui sera, si cet article était adopté en l'état, différente d'un établissement à l'autre. Si nous comprenons la nécessité d'adapter la forme aux besoins, nous regrettons que la rédaction ne prévoise pas un socle

commun, simplifiant l'approche des patients. De plus, les pôles ont permis une utile réorganisation de l'hôpital utilisant mieux les matériels et les capacités en personnel. C'est pourquoi la possibilité offerte au directeur général de l'ARS d'autoriser un hôpital à ne pas créer de pôles nous inquiète, de même que la suppression des services, clés de voûte de ces pôles. Sans eux, les pôles ne seraient que des coquilles vides, incapables de gérer des équipes qui font parfois la renommée d'un établissement public de santé. Par ailleurs, la suppression de services ferait émerger, dans certains établissements, de mini structures autonomes et concurrentes, reposant davantage sur une logique de clinique privée que sur la tradition hospitalière. Le risque est d'autant plus grand que cet article, une nouvelle fois, permet la participation de médecins libéraux dans les établissements publics de santé et y impose une organisation inspirée de celle des cliniques privées.

Mon groupe apprécie l'adoption de l'amendement du rapporteur, prévoyant que les chefs de pôles soient nommés par le directeur, sur une liste présentée par le président de la CME. Nous préférierions que cette liste soit arrêtée par l'ensemble de la CME et transmise par son président, ce qui fera l'objet d'un amendement de mon groupe. Toutefois, cette modification n'est pas suffisante puisqu'elle ne remet pas en cause la participation de médecins libéraux au sein des hôpitaux. Nous voterons donc contre cet article.

M. Michel Billout. – Je reviens sur un débat, commencé à l'Assemblée nationale et malheureusement écourté, du fait de votre refus de le mener à son terme. Le II de cet article prévoit que « les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa -c'est-à-dire les médecins, odontologistes, sages-femmes, autorisés à exercer dans les établissements publics de santé- participent aux missions de l'hôpital dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé ». Je m'interroge sur cette « participation ». S'agit-il de la participation technique, ou d'une participation comptable et financière ? Je crains qu'il ne s'agisse de la seconde hypothèse. Car cet article 8 est à rapprocher des précédents qui instaurent des modes d'intéressements collectifs dont nous avons demandé, en vain, la suppression. Le doute est d'autant plus grand que l'exposé des motifs précise clairement qu'il s'agit « d'instituer des modalités d'intéressement financier des personnels » et que vous avez dit vous-même, madame la ministre, qu'il s'agissait d'un « intéressement collectif », comme aux articles 6 et 7. A ceci près qu'il ne s'agit plus de personnel public mais de personnel privé, dont la rémunération par les établissements publics de santé peut être autre que celle prévue par la T2A, donc plus attractive. En outre, cet article fait aussi référence à la rédaction proposée dans ce projet de loi pour l'article

L. 6112-3 du code de la santé publique, définissant les obligations de missions de service public. Or, cet article ne prévoit pas la garantie mais uniquement « la possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs conventionnels ». Qu'est-ce qu'un droit limité à une simple possibilité ? Cela rappelle ce qui a cours dans les universités, où les étudiants ont la possibilité de ne pas payer certains frais d'inscription mais sont en fait, par manque d'information notamment, contraints de les payer. Il y a décidément beaucoup d'analogies entre ce projet de loi et ceux relatifs aux universités.

Les médecins libéraux exerçant dans les établissements publics de santé ont tout à gagner de cet article, puisqu'ils pourraient bénéficier d'une rémunération autre que les médecins hospitaliers publics, d'un intéressement individuel, et de dépassements d'honoraires payés par les patients les moins informés.

M. Nicolas About, *président de la commission* – C'est inexact !

M. Michel Billout. – C'est contraire à l'essence du service public et à l'égalité entre les professionnels. Nous voterons contre cet article.

Mme Dominique Voynet. – A lire cet article 8, on constate que le débat a fait progresser les choses depuis ses premiers moments très tendus à l'Assemblée nationale. Sur la nomination des chefs de pôle, une solution raisonnable aurait pu être trouvée plus tôt, avant que les médecins de l'hôpital public ne se révoltent.

Cet article prévoit par ailleurs que les médecins libéraux pourront participer au fonctionnement de cet hôpital, sur proposition du président de la CME. Cela se fait déjà lorsque de petits établissements ont besoin d'urgentistes, d'anesthésistes, d'obstétriciens, de sages-femmes ou de kinésithérapeutes.

Cette possibilité, ponctuellement utile en l'absence de fonctionnaires, ne doit pas être généralisée. Il est déjà financièrement plus intéressant pour les anesthésistes d'effectuer des gardes hospitalières que de s'engager dans une carrière à la rémunération peut attrayante et aux contraintes particulièrement lourdes.

Nous ouvrons là une boîte de Pandore débouchant sur le paiement à l'acte au sein des hôpitaux publics, où il n'a guère sa place. Mieux vaudrait fixer des rémunérations décentes.

M. Alain Milon, *rapporteur*. – Traitant de la gouvernance interne de l'hôpital, cet article a cristallisé nombre de critiques émanant de la communauté médicale.

Globalement, la commission approuve la poursuite de la nouvelle gouvernance inaugurée par le plan Hôpital 2007, qui rapproche les logiques médicale et administrative en responsabilisant tous les acteurs. Toutefois, le texte adopté par l'Assemblée nationale

n'associe pas suffisamment les médecins à la gestion de l'hôpital. C'est pourquoi je vous proposerai d'introduire plus de collégialité dans le dispositif.

Ainsi, la commission tient à ce que les chefs de pôle soient nommés par le directeur sur la base d'une liste établie par le président de la CME. De même, les contrats de pôle devraient être contresignés par le président de la CME et le directeur de l'UEFR dans les CHU. Enfin, le président de la CME et les chefs de pôle devraient participer à l'admission des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé.

D'autre part, la commission souhaite que les pôles soient explicitement autorisés à comporter des structures internes, afin de préserver les finalités propres des services.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Nous abordons l'organisation interne des hôpitaux.

Entités de gestion ayant une taille critique permettant de développer des stratégies médicales coordonnées, les pôles doivent relayer la politique d'établissement conduite par le directoire.

Ce sont des médecins qui élaborent le projet médical approuvé par le directoire ; ce sont des médecins qui le mettront en œuvre sous l'autorité des chefs de pôle et du président de la CME. Eux-mêmes médecins, les chefs de pôle disposeront d'une large délégation de gestion de la part du directeur, *via* un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens attribués. Le chef de pôle bénéficiera d'une autorité fonctionnelle permettant d'adapter l'organisation et les moyens du pôle à l'évolution de son activité. Je précise que cette autorité portera sur l'ensemble du personnel, sans exception. Le chef de pôle s'appuiera évidemment sur les responsables des structures internes -qui seront ou non des services- dont la mise en place sera déterminée par chaque établissement.

En outre, des dispositions permettront de sanctionner les manquements au codage des actes, qui privent les établissements de recettes dues pour leur activité. Lorsque des praticiens hospitaliers autorisés à y exercer une activité libérale ont fait la grève du codage, les élus de tous bords politiques ont condamné leur action.

M. François Autain. – Et vous avez reculé !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Désormais, l'absence de codage pourra être sanctionnée. De même, les praticiens devront transmettre toutes les données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil, notamment des lits.

Je vous proposerai de préciser le texte élaboré par votre commission, notamment pour mentionner explicitement les services parmi les possibles structures internes des pôles. Madame David, j'ai rétabli la possibilité de créer des services, suspendue

en son temps par M. Douste-Blazy. Alors, cessez de répéter les mensonges : cela n'en fera pas des vérités !

Je vous proposerai également une dénomination spécifique pour les pôles des centres hospitaliers universitaires. Pour la nomination des chefs de pôle, je proposerai d'introduire une clause permettant de mettre fin à d'éventuels blocages. Enfin, je souhaite que le président de la CME soit consulté sur les contrats de pôle, de même que le doyen dans les CHU.

Dans certains cas, la participation des médecins libéraux est essentielle à la continuité des soins délivrés par les établissements publics de santé, notamment pour ce qui est de l'hospitalisation à domicile : dans ce cas, le paiement à l'acte des auxiliaires médicaux ne sera plus limité aux soins palliatifs.

M. le président. – Amendement n°443, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Au premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après les mots :

définissent librement

insérer les mots :

, après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil de surveillance,

M. Guy Fischer. – Nous souscrivons au principe selon lequel « les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne » tout en regrettant les pouvoirs que d'autres articles de cette loi attribuent au directeur de l'agence régionale de santé. Je pense notamment à la fusion autoritaire des établissements et à la réduction des effectifs de la fonction publique hospitalière, sujet pour lequel j'ai qualifié d'enfumage les propos tenus par notre rapporteur et par le président de la commission. En effet, le projet de loi donnera un coup d'accélérateur à ces réductions. Parallèlement, les contrats atypiques et précaires se multiplient dans la fonction publique hospitalière.

Je rappelle que le projet de loi de finances pour 2010, dont M. Woerth vient de dévoiler les grandes lignes, supprimera peut-être plus de 35 000 emplois.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pas à l'hôpital !

M. Guy Fischer. – Cette orientation se concrétisera dans chaque établissement. Prétendre le contraire n'est qu'un mensonge d'État ! (*On se récrie à droite ; Mme Isabelle Debré invite l'orateur à plus de pondération*)

Les Hospices civils de Lyon perdront un certain nombre d'agents ; 1 000 postes seront supprimées à l'AP-HP...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Tout à l'heure, c'était 700 ! Coordonnez-vous !

M. Guy Fischer. – ...750 à Nancy, 550 au Havre, 1 000 à Marseille, 400 à Nantes. Au total, on dénombre 20 000 suppressions.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Et les créations ?

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État aux relations avec le Parlement. – En n'utilisant que les soustractions, on ne compte que dans un sens !

M. Alain Milon, rapporteur. – L'ajout proposé n'est pas pertinent car l'établissement public de santé agit comme une entité juridique, composée du conseil de surveillance, du comité médical d'établissement et du directoire. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'hôpital public, monsieur Fischer, est un corps vivant : pour procéder aux adaptations nécessaires, certains établissements ne remplacent pas des départs à la retraite quand d'autres créent des postes. Le solde net est de 25 000 créations d'emplois, dont 5 000 au cœur du système hospitalier. Voilà la réalité ! (*On le conteste vivement sur les bancs CRC-SPG*) Ce chiffre, reconnu par tous, est aisément vérifiable !

S'agissant de l'avis du conseil de surveillance, je suis évidemment contre. Chacun doit rester dans son rôle et l'organisation interne relève de la direction opérationnelle. En revanche, je ne suis pas opposée à un contrôle du président du directoire, étant donné le caractère structurant du découpage en pôles pour les établissements, mais je n'y reviens pas car les amendements suivants le proposent.

M. François Autain. – Madame la ministre, s'agissant des perspectives d'emploi à l'hôpital, nous ne raisonnons pas sur les mêmes chiffres. Les nôtres sont ceux de la Fédération hospitalière de France dont le président et le secrétaire général soutiennent avec énergie votre texte... On ne peut donc douter de leur crédibilité. Si l'hôpital veut résorber son déficit, il devra supprimer 20 000 emplois à terme...

M. Nicolas About, président de la commission. – A terme, seulement !

M. François Autain. – Aujourd'hui, les directeurs, qui ont déjà réalisé des économies dans tous les secteurs, n'ont d'autre choix, pour respecter l'Ondam, que de réduire de 10 % les dépenses de personnels, qui représentent 70 % du budget de l'hôpital. Compte tenu de la politique de rigueur budgétaire que vous appliquez à l'hôpital...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – ...au détriment des malades !

M. François Autain. – ...le chiffre de 25 000 créations d'emplois nous laisse sceptiques.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les chiffres de la fédération sont des projections, et non un

recensement des postes supprimés ! Lorsque l'Ondam de l'hôpital a été négocié, la FHF a défendu légitimement -c'est son rôle- son augmentation à 4 %. Lorsqu'il a été fixé à 3,1 %, elle a procédé au calcul suivant : 4 % moins 3,1 % équivaut à 20 000 suppressions de postes. Mais elle n'a jamais affirmé que 20 000 postes étaient supprimés ! (*Exclamations sur les bancs CRC-SPG*) Au reste, porter l'Ondam de l'hôpital à 3,1 % alors qu'il n'y a pas d'inflation et que notre pays connaît une grave récession de 3 %...

M. Guy Fischer. – Le Gouvernement vient juste de l'admettre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...constitue un effort considérable ! Pas moins de 60 % des hôpitaux sont à l'équilibre. Parce que son budget est équilibré, le CHU d'Angers crée 54 postes. Voilà la réalité ! L'AP-HP, a voté l'état prévisionnel de recettes et de dépenses 2009, qui prévoit la suppression de 700 postes...

M. Guy Fischer. – Ah !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...et la création de 50 emplois médicaux.

M. Guy Fischer. – Soit 650 suppressions de postes !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Sur l'ensemble du secteur hospitalier, le solde d'emplois est positif. Mieux vaut s'interroger sur la nature des emplois créés à l'hôpital. Et je note avec satisfaction que la tendance s'inverse : 85 % des créations de postes concernaient des emplois non médicaux en 2006, deux tiers d'entre elles des emplois médicaux en 2007. C'est une évolution intéressante pour la qualité des soins !

M. Gilbert Barbier. – Très bien !

M. Michel Mercier. – Malgré toute l'amitié que je vous porte, madame la ministre, je préfère l'explication qu'a donnée le rapporteur pour rejeter l'amendement à la vôtre. D'accord pour ne pas transformer le conseil de surveillance en un organisme de gestion mais celui-ci, aux termes du nouvel article L. 6143-1 du code de la santé publique, « se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement ». Il aura donc forcément à connaître de la structuration en pôle (*M. Nicolas About, président de la commission, acquiesce*) sans que cela amoindrisse le pouvoir de décision du directeur et du directoire. Pour autant, je ne voterai pas l'amendement n°443.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Permettez-moi d'apporter une information complémentaire à Mme Voynet. Le salaire moyen d'un anesthésiste à l'hôpital est de 7 590 euros net par mois, d'après le rapport de l'inspection générale des affaires sociales.

M. Gilbert Barbier. – En fin de carrière !

M. François Autain. – L'information est intéressante !

L'amendement n°443 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1218, présenté par M. Milon au nom de la commission.

Rédiger comme suit la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique :

« Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le président de la commission médicale d'établissement, garant de la mise en œuvre du projet médical élaboré sous sa responsabilité, doit être mieux associé à l'organisation de l'établissement en pôles d'activité, de même que, dans les CHU, le directeur de l'unité de formation médicale et de recherche.

M. le président. – Amendement n°602 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet, Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

Dans la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après le mot :

définit

insérer les mots :

avec le président de la commission médicale d'établissement

M. Gilbert Barbier. – Mon amendement est moins complet que celui de la commission, en ce qu'il ne prévoit pas de disposition particulière pour les CHU. En revanche, j'y insiste davantage, par la rédaction choisie, sur l'étroite association du président de la CME à la définition des pôles.

M. le président. – Amendement n°63, présenté par M. Pozzo di Borgo.

Compléter la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique par les mots :

en accord avec le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche

M. Yves Pozzo di Borgo. – Cet amendement est satisfait par celui de la commission.

M. le président. – Amendement n°62, présenté par M. Pozzo di Borgo.

Dans la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après le mot :

activité

insérer les mots :

ou en services lorsqu'il n'y a pas de cohérence à la création d'un pôle

M. Yves Pozzo di Borgo. – L'objectif est d'éviter des pôles d'activité incohérents. Je ne sais si l'amendement a une valeur juridique mais Mme la ministre a fait allusion à la question lorsqu'elle est intervenue sur l'article.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°1218 de la commission satisfait, pour partie, le n°602 rectifié mais la commission préfère un avis simple de la CME, qu'elle considère suffisant. Retrait, sinon défavorable.

Même chose pour l'amendement n°63 ; et le n°62 est entièrement satisfait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Favorable au n°1218, qui satisfait les autres.

M. François Autain. – Nous voterons le n°1218, qui ressemble étrangement à un autre, que nous avons présenté mais auquel le rapporteur était défavorable...

L'amendement n°1218 est adopté.

Les amendements n°602 rectifié, 63 et 62 deviennent sans objet.

M. le président. – Amendement n°578 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après les mots :

pôles d'activité

insérer les mots :

doivent avoir une cohérence médicale et

et après les mots :

structures internes

insérer les mots :

, services et unités fonctionnelles

M. François Autain. – Attention à un affrontement entre logique financière et logique médicale ! Elles entreront en conflit, parfois au détriment des malades. A l'hôpital Saint-Antoine, le service de réanimation médicale a été regroupé avec les urgences, la médecine interne, la psychiatrie et la gériatrie. Où est le projet médical ? La constitution des pôles doit

respecter une cohérence médicale. Laquelle ne suffit pas : certains pôles médicalement cohérents seraient trop petits, leur création n'aurait pas de sens. Un autre exemple nous est fourni dans le livre du professeur Grimaldi : à la Pitié-Salpêtrière, les femmes accouchent au sein du pôle néphro-chirurgie...

J'ajoute que la notion de « services et unités fonctionnelles » est importante, du reste le Gouvernement la reprend dans l'un de ses amendements. Elle a ici sa place.

M. Alain Milon, rapporteur. – La précision est inutile puisque l'organisation des pôles doit être conforme au projet médical d'établissement. Il est vrai que le rapport Marescaux a souligné certaines incohérences dans la constitution des pôles... Mais l'avis est défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable : le souhait des auteurs sera satisfait par toutes les dispositions du texte.

M. François Autain. – La première partie de mon amendement, relative à la cohérence médicale, est peut-être superfétatoire ; mais *quid* de la seconde ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Satisfaite !

L'amendement n°578 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1187, présenté par le Gouvernement.

Compléter le troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Dans les centres hospitalo-universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce changement de dénomination nous a été soufflé par la commission pour l'avenir des CHU. La triple mission s'applique également au sein des pôles.

L'amendement n°1187, accepté par la commission, est adopté.

M. le président. – Amendement n°85 rectifié *bis*, présenté par MM. Fouché, Jacques Blanc, Bordier, Buffet, Cambon, Chatillon, Mme Descamps, MM. Philippe. Dominati, Garrec, Houel, Houpert, Juilhard, Lecerf, Lefèvre, Paul, Bécot, Paul Blanc, Carle, Longuet, Mme Henneron et M. Revet.

Rédiger comme suit le quatrième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique :

« Le président de la commission médicale d'établissement, après consultation des pôles d'activité clinique ou médico-technique, propose au directeur de l'hôpital la nomination des chefs de pôle pour une durée fixée par décret, leur mandat pouvant être renouvelé dans les mêmes conditions. En cas de désaccord, après

avis du conseil de surveillance, le directeur de l'hôpital prend la décision. »

M. Alain Fouché. – Cohérence. La stabilité de fonctionnement des pôles est indispensable pour l'efficacité du système hospitalier : notre proposition privilégie la concertation et le consensus. Ce n'est pas une question de pouvoir mais de responsabilité : il y va de la qualité des soins dispensés. Nous voulons éviter toute lutte d'influence au sein des pôles. Un choix non consensuel susciterait tensions et conflits.

M. le président. – Amendement n°1191 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Remplacer le quatrième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans les conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. A l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

« Pour les pôles hospitalo-universitaires, la liste mentionnée au précédent alinéa est établie conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement introduit une clause de déblocage dans la procédure de nomination des chefs de pôles. L'intervention du président de la CME -ou du doyen, pour les CHU- qui vous a été proposée par votre rapporteur garantit que la sensibilité médicale prévaudra. L'autorité morale de leur auteur donnera tout son poids à la liste de qualification. Néanmoins, on peut imaginer, dans de très rares cas, un blocage. La proposition liant le directeur, celui-ci préférera laisser un poste vacant plutôt que de nommer une personne qu'il juge inapte. C'est que le directeur assume seul la responsabilité de la gestion, il rend seul des comptes : on ne peut lui imposer des collaborateurs qui au-delà de la responsabilité médicale vont prendre des décisions de gestion. Cette rédaction me semble équilibrée ; y adhèrent les présidents de conférence, les présidents des commissions médicales des CHU et des autres établissements hospitaliers. Je demanderai la priorité de vote sur cet amendement.

L'amendement n°577 est retiré.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement du Gouvernement, outre qu'il mentionne les CHU, ce que ne fait pas le texte de la commission, conforte notre souhait d'introduire davantage de collégialité dans la

procédure de nomination des chefs de pôle. Avis favorable, même si notre rédaction est plus claire.

M. Nicolas About, président de la commission. – Avis favorable à la demande de priorité.

M. Jean-Pierre Raffarin. – Nous sommes là au cœur de la gouvernance.

M. François Autain. – Il y a plusieurs cœurs !

M. Jean-Pierre Raffarin. – Je partage le sentiment du Gouvernement, le directeur doit avoir le dernier mot ; mais avant qu'il ne prenne une décision, il faut que les médecins aient clairement exprimé leurs souhaits. J'ai consulté de nombreux professionnels : il m'apparaît après eux que l'idée des trois noms est une fausse bonne idée. Personne, finalement, n'assumera ses responsabilités. S'il n'y a qu'un nom, il faudra de bonnes raisons pour que le directeur le refuse, après avoir éventuellement consulté le conseil de surveillance.

Ce projet de loi sera bénéfique pour l'hôpital si les responsabilités sont claires et équilibrées. Il est dommage que la demande de priorité nous prive d'un débat sur un amendement qui met chacun devant les siennes.

M. Gilbert Barbier. – Le texte de la commission me paraît plus réaliste. On voit mal les médecins des hôpitaux de taille moyenne fournir successivement deux listes, dont ne sait d'ailleurs pas combien de noms y figureront. Proposer un seul nom, ce serait une sorte de mandat impératif et provoquerait des tensions. Je suis favorable à la rédaction de la commission, quitte à ce qu'elle soit complétée pour régler la question de la révocation.

Mme Dominique Voynet. – Le président de la CME représente au-delà de lui-même la communauté médicale ; c'est elle qui s'interroge sur la qualité des éventuels chefs de pôle, elle n'accorde pas sa confiance à la légère. Un établissement dans lequel deux listes seraient successivement refusées serait en grande difficulté et parcouru de fortes tensions. Imagine-t-on six médecins éminents refusés par le directeur après avoir été jugés dignes par leurs collègues ? C'est une situation de détresse ! Je me rallierais volontiers à l'idée de responsabilités assumées de part et d'autre, avec un nom, peut-être deux. La rédaction du Gouvernement me semble porteuse de tensions et néfaste à de saines relations entre le directeur et des médecins dont le président de la CME est l'émanation crédible et respectée.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La situation que vous décrivez serait en effet le signe d'un profond malaise. Mais la loi est aussi faite pour régler les cas extrêmes. Il faut une procédure de déblocage.

Faut-il un nom ou plusieurs ? Je note que la solution de la liste fait l'objet d'un large consensus, dans votre commission comme chez les présidents de

conférence. La communauté médicale comme les directeurs l'ont validée.

M. Bernard Cazeau. – Tout cela me semble bien compliqué. Je comprends la logique de M. Raffarin, mais il est souvent difficile de départager les candidats ; la procédure peut même déstabiliser la communauté médicale d'un établissement. Le texte de la commission est le plus équilibré.

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous avons adopté un dispositif du même type pour le directoire. Il est impensable que le directeur refuse deux listes de suite, mais il faut un mécanisme théorique pour en sortir si d'aventure la situation se produisait. Faisons confiance aux médecins et aux directeurs, ils sauront renoncer à l'opposition frontale.

M. Alain Vasselle. – Je partage l'objectif du Gouvernement, mais je doute de l'utilité de la seconde liste. Si le directeur ne trouve pas les personnes qui l'agrément dans la première, je crains qu'il ne les trouve pas davantage dans la suivante.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je souhaite que Mme la ministre puisse rectifier son amendement : dans la seconde partie, il faut mettre le mot « liste » au pluriel.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Observation parfaitement justifiée : je rectifie en ce sens.

M. le président. – Il s'agira de l'amendement n°1191 rectifié *bis*.

M. Jacky Le Menn. – Je sais d'expérience comment fonctionnent les commissions médicales. Il ne faut pas en avoir une vision idyllique, elles sont traversées de mille courants, positions et sentiments. La deuxième liste, c'est un constat d'échec, le signe de fortes tensions au sein de l'hôpital. L'établissement de la première doit être l'occasion d'échanges avec le directeur pour les désamorcer.

En outre, le nombre de noms figurant sur la liste n'est pas arrêté, et chacun présentera un projet. Une seconde liste n'apportera rien. En cas de conflit important, il serait peut-être préférable de prévoir l'avis du conseil de surveillance. *In fine*, le directeur pourra choisir le candidat et ce, quel que soit le nombre de listes.

M. Alain Fouché. – Les directeurs risquent de se livrer à des manipulations. Vous avez rencontré des présidents de CME favorables à votre position, madame la ministre, mais ceux que j'ai entendus ne tenaient pas le même langage, de même que des médecins. Comme je soutiens la majorité, je m'abstiendrai lors de ce vote.

M. François Autain. – Nous sommes très opposés à l'amendement du Gouvernement, qui donne encore une fois tout pouvoir au directeur. La CME aura beau proposer des listes, le directeur pourra toujours désigner le candidat de son choix et je regrette que le

président de notre commission se soit rallié à la position du Gouvernement. Nous avons pourtant trouvé un compromis satisfaisant en rééquilibrant la procédure au profit de la CME, et j'avais déjà retiré mon amendement prévoyant que celle-ci donnerait son avis.

M. Jean-Pierre Fourcade. – Dans son texte initial, le Gouvernement ne prévoyait pas de solution de déblocage. Il le fait aujourd'hui avec cet amendement, ce qui est utile car les CME se trouvent parfois dans cette situation de blocage. (*M. Nicolas About, président de la commission, approuve*) La perfection n'est, hélas, pas de ce monde !

Les pôles d'activité doivent être cohérents avec le projet médical établi par la CME. Le directeur pourra donc déterminer quel médecin soutient le projet. Le texte proposé par le Gouvernement est mieux adapté que celui de la commission à une situation de blocage. Il permet à certains médecins et professeurs des hôpitaux de présenter leurs positions grâce à cette seconde liste, qui ménagera les susceptibilités en encadrant la procédure de prise de décision du directeur.

M. le président. – Lorsque la demande de priorité est présentée par le Gouvernement, notre assemblée se prononce sans débat.

La priorité est ordonnée par le Sénat.

L'amendement n°1191 rectifié bis est adopté.

Les amendements n°85 rectifié bis et 444 deviennent sans objet.

M. le président. – Amendement n°1190 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique :

« Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité technique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Au sujet du vote de l'amendement précédent et du choix d'une liste par la communauté médicale, je vous rappelle ce mot de Tristan Bernard, « la confraternité est une haine vigilante » ! (*Sourires*)

M. Gérard Longuet. – On peut le dire aussi de petites communautés comme le Gouvernement !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le texte adopté par la commission prévoit que les contrats de pôles ne seront plus seulement signés par le directeur et le chef de pôle mais également par le président de la CME et, dans les CHU, par le doyen. Il

est parfaitement légitime que ces derniers participent à l'élaboration de contrats déterminants pour le bon fonctionnement de l'hôpital. Ainsi, le président de la CME doit pouvoir s'assurer de leur cohérence avec la politique médicale de l'établissement.

Pour autant, une procédure de codécision n'est pas souhaitable. La cosignature donnerait au président de la CME et au doyen un droit d'intervention sur des sujets qui seraient au-delà de leurs compétences : un contrat de pôle ne porte pas seulement sur la politique thérapeutique ou de recherche et d'enseignement mais également sur l'organisation. Ensuite, il n'y a pas de raison que le directeur, responsable de la bonne marche de l'établissement, se voie imposer des décisions qu'il n'approuve pas. Enfin, codécision rime parfois avec confusion et blocage, au détriment de l'établissement.

Afin d'unir la communauté hospitalière autour de ses projets, cet amendement établit un équilibre entre la participation du président de CME et du doyen à l'élaboration des contrats de pôle, tout en prévoyant une procédure de décision qui évite les blocages. Le contrat de pôle sera signé par le directeur et le chef de pôle, après avis du président de la CME et du doyen pour les CHU, qui s'assurent de sa conformité au projet médical.

M. le président. – Sous-amendement n°1294 à l'amendement n°1190 rectifié du Gouvernement, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le second alinéa de l'amendement n°1190 rectifié, remplacer le mot :

technique

par le mot :

clinique

M. François Autain. – Amendement rédactionnel.

M. le président. – Amendement n°603 rectifié, présenté par MM. Barbier, Charasse, Chevènement, Vall, Mmes Escoffier, Laborde, MM. Marsin, Mézard, Milhau et de Montesquiou.

Au septième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

technique

par le mot :

clinique

M. Gilbert Barbier. – Mes positions et celles de M. Autain peuvent parfois se rejoindre ! (*Sourires*)

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a prévu une procédure collégiale pour les contrats de pôle avec la cosignature du chef de pôle, du directeur, du président de la CME et du doyen. Avec l'amendement n°1190 rectifié, le Gouvernement

propose que ces derniers ne donnent qu'un avis lié à la cohérence avec le projet médical. Le chef de pôle ayant été nommé sur une liste présentée par le président de la CME, il a la confiance de celui-ci : un simple avis peut donc suffire. Toutefois, la cosignature est un geste plus fort. Sagesse.

Avis favorable au sous-amendement n°1294 et à l'amendement n°603 rectifié, rédactionnel.

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

Le sous-amendement n°1294 est adopté.

L'amendement n°1190 rectifié, sous-amendé, est adopté.

L'amendement n°603 rectifié devient sans objet.

M. le président. – Amendement n°340, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. - Dans la première phrase du dernier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après le mot :

l'établissement

insérer les mots :

en collaboration étroite avec la direction des soins,

II. - Dans la deuxième phrase du dernier alinéa du même texte, après le mot :

praticien

insérer les mots :

, des propositions d'affectation du directeur des soins pour ce qui concerne le personnel soignant,

III. - Dans l'avant-dernière phrase du dernier alinéa du même texte, remplacer les mots :

dont il propose la

par les mots :

dont un cadre para médical, et il propose leur

Mme Patricia Schillinger. – Cet amendement prévoit que le chef d'un pôle d'activités collabore étroitement avec la direction des soins et l'encadrement paramédical afin de mettre en œuvre la politique de l'établissement. Il en va de l'efficacité et de la qualité du travail au sein de l'hôpital ainsi que de son climat social.

Cela semble aller de soi mais l'écrire dans la loi évitera dans la durée des situations conflictuelles.

M. Alain Milon, rapporteur. – La participation du directeur de soins à la gestion du pôle est déjà prévue par le décret du 19 avril 2002. Il peut aussi être l'un des collaborateurs du directeur de pôle prévus par l'article 8. Cet amendement est satisfait, vous pouvez le retirer.

L'amendement n°340 est retiré.

M. le président. – Amendement n°1188, présenté par le Gouvernement.

Dans la deuxième phrase du dernier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après les mots :

missions et responsabilités des structures

insérer les mots :

services ou unités fonctionnelles,

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous levons toute ambiguïté : il n'a jamais été question de supprimer des services internes aux pôles. Cet amendement évitera les faux procès et les polémiques.

M. Guy Fischer. – Enfin !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne doute pas qu'il sera voté avec enthousiasme. (*Sourires*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous sommes évidemment d'accord : le texte initial du Gouvernement ne mentionnait pas les structures internes, que la commission a réintroduites dans sa rédaction. L'amendement du Gouvernement satisfera tout le monde. Avis favorable.

L'amendement n°1188 est adopté.

M. le président. – Amendement n°341, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans la deuxième phrase du dernier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après le mot :

praticien

insérer les mots :

, des droits du patient

Mme Samia Ghali. – L'article 8 s'inscrit dans la logique des précédents et, sous prétexte de clarifier les responsabilités, il renforce les pouvoirs de l'exécutif -ici, ceux du chef de pôle qui se voit fixer des objectifs de résultats. Le directeur de l'établissement définit désormais l'organisation en activités et nomme tous les chefs de pôle. Il est dès lors important de réaffirmer les droits du patient.

M. Alain Milon. – Avis défavorable : cela semble évident.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable. C'est une évidence.

Mme Dominique Voynet. – S'il paraît évident qu'il faille respecter les droits du patient, il ne l'est pas moins qu'il convienne de respecter la déontologie des praticiens. Pourquoi mettre l'une de ces exigences et pas l'autre ? Au début de l'examen des articles, vous

nous aviez expliqué que nos préoccupations seraient mentionnées plus loin. Nous y voici, et cela n'alourdirait guère le texte.

M. Nicolas About, président de la commission. – On aurait pu, s'il n'avait tenu qu'à moi, se passer de mentionner le respect de la déontologie des praticiens. On a fait une erreur, que l'on pourra corriger en commission mixte paritaire et qu'il est inutile de renouveler maintenant : faisons les textes le plus légers possible.

L'amendement n°341 n'est pas adopté.

L'amendement n°98 rectifié n'est pas soutenu.

M. le président. – Amendement n°342, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

« Art. L. 6146-1-1. - Les modalités d'association et d'expression des personnels médicaux et non médicaux des pôles, au sein d'un conseil de pôle, sont prévues dans le règlement intérieur de l'établissement, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement. »

M. Jean-Pierre Godefroy. – Notre amendement précise les conditions dans lesquelles les personnels peuvent s'exprimer dans les pôles. Ils ne sont en effet plus associés à leur pilotage. Il ne faut pas renvoyer cette disposition au règlement. Sans formalisme excessif, il est important qu'elle figure dans la loi.

M. Alain Milon, rapporteur. – Elle relève du règlement intérieur, inutile de l'introduire dans la loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Pourquoi ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Cela relève du règlement.

M. Jean-Pierre Godefroy. – La loi peut prévoir que chaque établissement doit avoir son règlement intérieur et prévoir cette expression. Il serait dommage de donner au personnel médical et paramédical l'impression de ne plus être associé, comme c'était le cas auparavant.

L'amendement n°342 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°445, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le II de cet article.

M. François Autain. – Nous ne sommes pas les derniers à reconnaître qu'il manque des médecins à l'hôpital : 5 000 postes de médecins sont vacants, cela ne peut que nuire à la qualité des soins dans les hôpitaux. Avant de faire revenir ceux qui les ont quittés, commençons par nous interroger sur les raisons de cette situation : il est plus rationnel de chercher à s'attaquer aux causes que de combattre

leurs effets. Si les jeunes médecins quittent le public, c'est en raison de mauvaises conditions d'exercice et de rémunération : en passant dans le privé, ils voient leur rémunération tripler ou quadrupler... Cela suffit à expliquer cette hémorragie.

La question des retraites, ensuite, n'a rien d'anodin. On pourrait jouer sur ce levier pour rendre leurs carrières plus attractives mais non seulement vous ne le faites pas, mais encore votre réforme diminue le niveau des retraites de 6 % pour les praticiens de 60 ans, de 18 % pour ceux qui ont 50 ans, de 27 % pour ceux de 40 ans et de 34 % pour ceux de 30 ans. Dans ces conditions, on se demande comment il se trouve encore des praticiens pour travailler à l'hôpital ! Avant de recruter tous azimuts des médecins libéraux, la moindre des choses qu'on puisse attendre d'un ministre de la santé, c'est qu'il s'efforce de remédier aux causes des départs.

M. le président. – Amendement n°248, présenté par MM. Vasselle, Paul Blanc et Laménie.

Rédiger comme suit le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6146-2 du code de la santé publique :

« Dans des conditions fixées par voie réglementaire et lorsque sont établies des difficultés manifestes de recrutement des praticiens hospitaliers dans le territoire de santé considéré, le président du directoire d'un établissement public de santé peut admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer à ces missions lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, minorés d'une redevance correspondant au coût réel, pour l'établissement, des prestations qu'il leur fournit pour les besoins de l'exercice de leur art.

M. Alain Vasselle. – Pour maintenir une véritable équité entre tous les établissements, la dérogation proposée par le Gouvernement doit rester exceptionnelle et n'être possible que pour surmonter des difficultés de recrutement, assurer le service public et garantir aux patients une prise en charge au tarif opposable. Il convient en outre de préciser les conditions de facturation pour tenir compte des frais de gestion et des prestations assurées par l'hôpital. Je crois savoir que le Gouvernement souhaite sous-amender cet amendement.

Je n'y vois aucun inconvénient. Les motifs de l'amendement seront ainsi explicités, ce qui évitera des problèmes d'interprétation lors de l'application de la loi : il faut en effet distinguer l'hospitalisation à domicile des autres formes d'hospitalisation.

M. le président. – Sous-amendement n°1298 à l'amendement n°248 de M. Vasselle, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans la première phrase du second alinéa de l'amendement n°248, supprimer les mots :

et lorsque sont établies des difficultés manifestes de recrutement des praticiens hospitaliers dans le territoire de santé considéré

II. - Compléter cette même phrase par les mots :

ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement

III. - Dans la deuxième phrase du même alinéa, remplacer les mots :

à ces missions

par les mots :

aux activités de l'établissement

IV. - Compléter la troisième phrase du même alinéa par les mots :

, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile

V. - Dans la dernière phrase du même alinéa, après la référence :

1°

insérer la référence :

du I

et remplacer les mots :

d'une redevance correspondant au coût réel, pour l'établissement, des prestations qu'il leur fournit pour les besoins de l'exercice de leur art

par les mots :

, le cas échéant, d'une redevance

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Gouvernement partage les objectifs de M. Vasselle. Mais les hôpitaux locaux doivent pouvoir employer des médecins généralistes de premier recours ; je suggère donc de renoncer au critère lié aux difficultés de recrutement. Soit dit au passage, l'amendement de M. Autain est irréaliste : on ne voit pas comment les hôpitaux pourraient fonctionner sans médecins libéraux.

En outre, les praticiens libéraux doivent pouvoir être recrutés pour participer à l'exercice de toutes les missions de l'établissement, en fonction de ses besoins.

Enfin, il est souhaitable que les établissements d'hospitalisation à domicile aient le droit de rémunérer leurs auxiliaires médicaux libéraux sous une autre forme que le paiement à l'acte, notamment pour les réunions de coordination interprofessionnelle et les évaluations au domicile des patients.

M. le président. – Amendement n°1189, présenté par le Gouvernement.

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6146-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle

par les mots :

sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement

Pour éviter que cet amendement ne devienne sans objet si celui de M. Vasselle est adopté, je suggère à Mme la ministre d'en faire un sous-amendement à ce dernier.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Soit. Par respect du parallélisme des formes, il convient d'appliquer la même procédure pour la nomination des praticiens hospitaliers et pour l'admission de médecins, de sages-femmes et d'odontologues libéraux à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé. Je souhaite donc que le chef de pôle propose les nominations après avis du président de la CME, et non l'inverse.

M. le président. – Amendement n°343, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6146-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les médecins, sages-femmes et odontologues ainsi que pour les auxiliaires médicaux, les honoraires applicables pour cet exercice sont obligatoirement ceux du secteur 1 et donnent lieu à une redevance. »

M. Jean-Pierre Godefroy. – Il convient de préciser que les honoraires des médecins comme ceux des auxiliaires médicaux admis à participer à l'exercice des missions des établissements publics de santé relèvent du secteur 1 et donnent lieu à une redevance.

M. le président. – Amendement n°344, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6146-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le patient est dans ce cas dans une situation d'usager de l'établissement public de santé. L'établissement

conserve la possibilité d'une action récursoire envers le professionnel de santé. »

M. Jean-Pierre Godefroy. – Cet amendement apporte une précision indispensable sur le statut juridique des patients des hôpitaux, car les contentieux liés à l'exercice libéral au sein d'un établissement public risquent de se multiplier.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°445 : il est indispensable que les hôpitaux publics, confrontés à des difficultés de recrutement, puissent avoir recours à des praticiens privés.

Avis favorable à l'amendement n°248, sous réserve de l'adoption des deux sous-amendements du Gouvernement.

Avis défavorable à l'amendement n°343. Il est déjà prévu au II de l'article 8 que les honoraires des médecins libéraux pourront être minorés d'une redevance. En revanche, si l'on veut les inciter à travailler à l'hôpital public, il ne convient pas de limiter leurs rémunérations à celles du secteur 1.

Avis défavorable à l'amendement n°344 : cette précision est inutile, car les hôpitaux peuvent d'ores et déjà se retourner contre un médecin libéral en cas de contentieux.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°445 : on mettrait les hôpitaux en grande difficulté si on leur interdisait de recruter des médecins libéraux.

Avis favorable à l'amendement n°248 de M. Vasselle, sous réserve de l'adoption des deux sous-amendements.

L'amendement n°343, me semble-t-il, est satisfait par celui de M. Vasselle : les « tarifs prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale » sont ceux du secteur 1. Avis défavorable, ainsi qu'à l'amendement n°345.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a formulé son avis sur l'amendement n°343 avant de se déclarer favorable à l'amendement de M. Vasselle sous-amendé par le Gouvernement, qui le satisfait.

Mme Dominique Voynet. – Je n'ai pas entendu dans les propos de M. Autain la volonté d'interdire strictement aux hôpitaux de recruter des praticiens privés...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est pourtant à cela que sa proposition revient !

Mme Dominique Voynet. – ...mais plutôt le souhait que l'on remédie à leurs problèmes de recrutement en rendant les carrières hospitalières plus attractives. (*M. François Autain le confirme*) Les conditions de travail à l'hôpital continuent de se dégrader et l'écart de rémunération entre les secteurs public et privé de se creuser.

On a voulu aborder dans un même article des problèmes très différents. Il n'y a rien de commun entre les hôpitaux locaux de moyen ou de long séjour, où des généralistes continuent de suivre leurs patients pendant leur hospitalisation, et les établissements qui connaissent des difficultés de recrutement et doivent recourir à des praticiens libéraux. Ces derniers importent à l'hôpital public les usages et les rémunérations du secteur privé. Il y a des hôpitaux où l'on n'arrive pas à pourvoir les postes vacants en réanimation ; les médecins ont du mal à se faire remplacer et doivent supporter la responsabilité de la permanence médicale 365 jours par an. Il est beaucoup plus facile d'accepter une garde de temps à autre !

Parlant tout à l'heure du salaire moyen, Mme la ministre a cité un chiffre. Mais c'est la semaine précédant le départ en retraite et si l'on a continué à faire des gardes comme un jeune homme que l'on peut atteindre un tel niveau de rémunération dans le secteur public !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est le salaire moyen.

Mme Dominique Voynet. – Aujourd'hui, à rémunération égale, les jeunes médecins préfèrent assurer une nuit de garde par semaine et un week-end par mois plutôt que d'être intégrés dans l'équipe permanente, avec les contraintes que cela comporte.

J'étais prête à voter l'amendement de M. Vasselle, qui comportait d'utiles mesures de précaution, mais le Gouvernement souhaite en rayer la clause qui veut que l'on ne recoure aux médecins libéraux qu'en cas de difficultés de recrutement.

Acceptera-t-on d'un cœur léger que se multiplient, par exemple, les consultations préopératoires assurées par des cardiologues libéraux qui y voient une belle occasion de se faire une clientèle, sans devoir se limiter aux honoraires conventionnés ? Cet article ouvre une boîte de Pandore. La médecine libérale doit rester périphérique au sein de l'hôpital public. (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat approuve*)

M. François Autain. – Mme Voynet semble mieux me comprendre que Mme la ministre. Je sais que certains hôpitaux n'ont pas d'autre choix que de recourir à des médecins libéraux. Mais on ne peut pas se satisfaire de cette situation. J'ai déposé cet amendement d'appel pour voir, madame la ministre, si vous partagiez mes idées. Vous vous êtes contentée de dire que je voulais empêcher les hôpitaux de fonctionner en les privant de la manne de la médecine libérale.

Vous vous trompez ; cela ne sera pas suffisant pour faire fonctionner les hôpitaux correctement. Et il faudra bien qu'un jour vous vous penchiez sur cette question des rémunérations et retraites des médecins du public. Les jeunes médecins ne sont pas attirés par le privé, ils sont repoussés par le public ! Vous avez là

une grave responsabilité et je regrette que vous n'en preniez pas conscience.

L'amendement n°445 n'est pas adopté.

M. Bernard Cazeau. – L'excellent amendement de M. Vasselle nous convenait. Mais la ministre est venue y mettre son nez...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je n'ai pas le droit ?

M. Bernard Cazeau. – ...et son sous-amendement ne nous plaît pas du tout. Le recours à des médecins libéraux ne se justifie que « lorsque sont établies des difficultés manifestes de recrutement des praticiens hospitaliers dans le territoire de santé considéré ». Supprimer ce membre de phrase retire à l'amendement Vasselle les trois quarts de son intérêt. Si la ministre retire le paragraphe I de son sous-amendement, nous voterons celui-ci. Sinon, nous nous abstenons.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne défère pas à cette demande de retrait.

M. Alain Vasselle. – Mieux vaut tenir que courir ; donc, je ne m'oppose pas au sous-amendement du Gouvernement ; et cela rassure notre président de groupe...

Madame la ministre, permettez-moi une précision pour que cela apparaisse clairement au *Journal officiel*. Le fait que vous vouliez écrire « le cas échéant » a pu en inquiéter certains. En fait, la redevance s'appliquera à tous les hôpitaux sauf pour l'hospitalisation à domicile.

M. Gilbert Barbier. – On oublie ici de parler de ce qui se pratique couramment. Certains confrères exercent sous forme de remplacements dans toute la France, négociant directement leurs rémunérations avec les directeurs d'établissement. Là-dessus se sont greffées des officines privées qui collectent les besoins et renseignent les médecins intéressés. Je comprends que certains préfèrent gagner en une semaine autant que des praticiens hospitaliers du public en un mois.

M. Guy Fischer. – Scandaleux !

M. Gilbert Barbier. – Madame la ministre, entendez-vous réglementer la déontologie de ces officines ?

M. François Autain. – Il faut les moraliser...

M. Alain Milon, rapporteur. – Je précise la position de la commission. Elle est favorable à l'amendement Vasselle sous-amendé : si l'on parle de « missions de services publics », il est normal d'appliquer les tarifs du secteur 1. En revanche, nous sommes défavorables au n°343.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Dans la dernière phrase de l'amendement Vasselle, il faut écrire « le cas échéant » puisque cette redevance

ne s'applique pas dans le cas de soins d'hospitalisation à domicile.

Monsieur Barbier, les remplacements dont vous parlez sont un de mes gros soucis. Ils mettent en cause la qualité des soins. On paye à prix d'or des médecins itinérants, souvent des étrangers qui n'ont pas les qualifications requises -par exemple des anesthésistes qui ne sont pas réanimateurs- et parlent parfois un français approximatif. Lorsque nous avons constaté des problèmes de ce genre, souvent dans des hôpitaux de proximité où le tableau de service est en apparence assuré, certes, mais pas correctement, nous avons pris des mesures. Soyez sûr de ma totale vigilance et du fait que nous prenons les décisions nécessaires lorsque la sécurité des soins n'est pas assurée.

M. François Autain. – Vous ne faites rien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Souvent, les élus locaux, vos amis, défilent contre moi !

Le sous-amendement n°1298 est adopté, ainsi que le sous-amendement 1189 rectifié.

L'amendement n°248, sous-amendé, est adopté, le groupe socialiste s'abstenant.

L'amendement n°343 n'est pas adopté.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – De toute façon, il est satisfait...

L'amendement n°344 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1186, présenté par le Gouvernement.

Après la première phrase du III de cet article, insérer une phrase ainsi rédigée :

A l'article L. 6146-11 du même code, après les mots : « en tant que de besoin, » sont insérés les mots : « sauf disposition contraire, ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement permet, par souci de simplification, de faire adopter certaines mesures techniques du code de la santé publique par décret, les mesures les plus importantes demeurant adoptées par décret en Conseil d'État. En l'espèce, il s'agit de fixer par décret simple la durée du mandat des chefs de pôle.

L'amendement n°1186, accepté par la commission, est adopté.

M. le président. – Amendement n°158, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

Rédiger comme suit le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6161-5-1 du code de la santé publique :

« Art. L. 6161-5-1 - Dans des conditions fixées par voie réglementaire, un établissement de santé privé d'intérêt collectif peut admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, à participer à

l'exercice des missions de cet établissement. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement de santé privé d'intérêt collectif verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

« Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé privé d'intérêt collectif, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3.

« Les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients peuvent recourir à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement privé de santé. Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l'acte ».

M. Marc Laménie. – D'après le V de l'article 8, « les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients recourent à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral ». Or ces établissements disposent également de collaborations salariées. Notre amendement reformule en conséquence l'article L. 6161-5-1, pour le rédiger *mutatis mutandis* en parallélisme avec la rédaction retenue, au paragraphe II pour les établissements publics de santé.

M. le président. – Sous-amendement n°1299 à l'amendement n°158 de M. Paul Blanc, présenté par le Gouvernement.

Supprimer les deux premiers alinéas du texte proposé par l'amendement n°158 pour l'article L. 6161-5-1 du code de la santé publique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'amendement n°158 est largement satisfait par l'article premier. Le reste apporte une précision rédactionnelle utile.

Avis favorable à l'amendement n°158, sous réserve du sous-amendement.

M. le président. – Amendement n°258, identique à l'amendement n°158, présenté par M. Longuet.

M. Gérard Longuet. – Il est bon que les établissements privés à but non lucratif puissent recourir à des praticiens libéraux, mais sans jamais y être contraints.

M. le président. – Amendement identique n°345, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Mme Samia Ghali. – A l'instar des établissements publics de santé, les établissements de santé privés d'intérêt collectif doivent pouvoir obtenir le concours de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux à l'exercice de leurs missions. A cette fin, ils pourront signer un contrat d'exercice avec les intéressés.

Hélas, la rédaction du V de l'article semble imposer le recours « à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral » pour les soins au domicile des patients, alors qu'il vaudrait mieux rester fidèle à la possibilité inscrite dans le II pour les établissements publics, ce que cet amendement fait, *mutatis mutandis*.

Il assemble corrélativement les dispositions transitoires qui doivent être insérées à l'article premier.

M. le président. – Sous-amendement n°638 rectifié à l'amendement n°158 de M. Paul Blanc, présenté par M. Barbier.

Dans le dernier alinéa du texte proposé par l'amendement n°158, remplacer les mots :

des conditions de rémunération particulières

par les mots :

des conditions particulières de rémunération

M. Gilbert Barbier. – Amendement rédactionnel.

M. François Autain. – Mais fondamental !

M. Alain Milon, rapporteur. – Les trois amendements identiques reprennent deux alinéas déjà inclus dans l'article premier, ce qui rend ces paragraphes inutiles. En revanche, la commission accepte le troisième.

Elle accepte donc le sous-amendement n°1299, ainsi que le sous-amendement rédactionnel n°638 rectifié.

*Le sous-amendement n°1299 est adopté,
de même que le sous-amendement n°638 rectifié.*

*L'amendement n°158,
identique aux amendements n°s 258 et 345,
sous-amendé, est adopté.*

L'article 8, modifié, est adopté.

Article 8 bis

Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique sont supprimés.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Nous avons très vaguement et confusément amorcé ce débat vendredi.

Cet article résulte d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale malgré une très discrète opposition du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'étais défavorable !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Votre majorité ne s'en est même pas aperçue !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Propos incroyable !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Il s'agit ni plus ni moins d'organiser subrepticement la casse de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), en la

soumettant à la tutelle financière de l'agence régionale de santé (ARS).

Aujourd'hui, le budget de l'AP-HP résulte de négociations conduites au sein du conseil de tutelle, ce qui est incompatible avec la soumission générale des besoins en soins à l'offre de soins. Comment pourriez-vous accepter que les hôpitaux de Paris négocient leur budget, alors que tous les autres établissements voient le leur fixé par le directeur général de l'ARS ?

L'organisation parisienne actuelle est incompatible avec la marchandisation de l'offre de soins qui néglige les réalités sociales.

Vous avez cru bon de dire que la gauche était depuis longtemps opposée au statut particulier de l'AP-HP, mais notre groupe n'a jamais souhaité de nivellement par le bas. En fait, vous voulez supprimer ce qui est positif à l'AP-HP, qui soigne depuis 1849 des millions de malades dans toute l'Ile-de-France, où elle constitue dans certains départements défavorisés la seule structure de soins pluridisciplinaire avec hébergement.

Il y a certes pléthore de médecins à Paris, mais les deux tiers des spécialistes et la moitié des généralistes exercent en secteur II. Une partie de la population bénéficie ainsi d'une offre médicale libérale adaptée ; le reste se rend à l'hôpital, car il n'est pas toujours envisageable de déboursier les 60 ou 80 euros requis pour consulter un spécialiste. C'est dire l'importance de l'AP-HP pour les Franciliens, mais aussi pour nous autres concitoyens, puisque 10 % des patients de l'AP-HP ne vivent pas en région parisienne. Ils viennent parfois de très loin pour bénéficier de compétences particulières, notamment pour faire soigner des maladies rares ou des pathologies très lourdes.

Les hôpitaux de Paris contribuent aujourd'hui à tirer la médecine française vers le haut, puisque 50 % de nos publications médicales scientifiques en proviennent.

Plutôt que de niveler par le bas, conservons ce qu'il y a de plus prestigieux pour les soins, la recherche et l'accueil des plus démunis ! (*Applaudissements sur les bancs CRC-SPG*)

M. Yves Pozzo di Borgo. – Instituée par la loi du 10 janvier 1849, l'AP-HP est une entité spécifique, riche de plus d'un siècle et demi d'existence. Avec 37 hôpitaux, 720 services et quelque 23 000 lits, elle regroupe 80 % des établissements parisiens et la moitié des établissements d'Ile-de-France. Ainsi, l'institut Gustave Roussy ne fait pas partie de l'AP-HP. A l'inverse, certains de ces établissements sont éloignés de l'Ile-de-France, puisqu'on en trouve de Hendaye à Berck.

L'AP-HP emploie plus de 20 000 médecins et étudiants en médecine et plus de 70 000 autres agents.

Le personnel administratif ne représente que 10 % des personnels et l'administration centrale à peine plus de 1 %, soit environ 1 000 agents ; nombre qui diminuera en raison du recentrage de l'activité du siège, initié par le directeur général, sur la stratégie de l'établissement et les fonctions d'expertise.

Avec un budget annuel proche de 6,5 milliards, elle présente un léger déficit annuel -environ 95 millions pour 2009, mais ce chiffre est sujet à débat- qui devrait être résorbé en 2012, ce dont il faut se réjouir. Certes, subsistent encore des problèmes de gestion. Lorsque j'en étais administrateur, je m'étais notamment étonné de l'augmentation des coûts de pharmacie des hôpitaux de 25 % et de l'absence d'informatisation. Pour autant, la stratégie de la direction de l'AP-HP est satisfaisante.

L'AP-HP occupe une part déterminante dans la recherche française : elle accueille, d'une part, 112 unités Inserm et 30 unités de recherche du CNRS et constitue, d'autre part, le premier centre d'essais clinique de France. Liée à sept facultés de médecine, elle représente 40 % des CHU français et 50 % de leurs publications alors qu'elle ne représente que 10 % de l'offre de soins publics. Elle a 68 centres labellisés « maladies rares » sur les 132 nationaux. Formant chaque année entre 700 et 800 médecins étrangers, elle mérite bien son titre de plus grand centre hospitalier universitaire d'Europe, voire, comme l'a dit la ministre, du monde ! Ajoutons, enfin, qu'elle assure la promotion de plus de 100 nouvelles recherches biomédicales par an. Le poids de l'AP-HP dans la recherche médicale française a été, du reste, souligné dans le récent rapport Marescaux.

L'AP-HP développe des projets innovants tels le cyclotron à l'hôpital Saint-Louis, la fondation « Imagine » consacrée aux maladies génétiques au sein de l'hôpital Necker, qui fait figure de référence mondiale dans les soins aux enfants malades.

Vous vous êtes demandée, durant nos débats, madame la ministre, si l'AP-HP est performante grâce à ses structures ou malgré elles. Pour répondre à cette interrogation, je veux souligner que l'AP-HP, en créant quatre groupements hospitaliers universitaires en juin 2003 et en procédant au regroupement géographique des CHU, a intégré la logique appliquée par les services de M. de Robien pour démontrer que les facultés parisiennes, si elles étaient regroupées, occuperaient les cinq premiers rangs du classement de Shanghai dont les 75 premières places ne comprenaient aucune université française. Dans un domaine, je prendrai l'exemple du plateau de Saclay, dont le poids scientifique serait comparable, voire plus important que celui de la Silicon Valley si une structure commune regroupait toutes les forces. Qui sait tout cela ? Qui sait le besoin de grandes structures adaptées au monde moderne ? Le Président de la République, lui-même, lorsqu'il a affirmé dans son discours fondateur du 29 avril sur le Grand Paris : « pour aborder la compétition mondiale, nous ne

pouvons plus être dans un débat sur le rééquilibrage entre Paris et le désert français. Nous ne sommes plus dans un lissage napoléonien de toutes les régions françaises. Il ne faut pas aborder la question avec une logique de sous-préfet en n'y voyant qu'un enjeu régional pour l'Ile-de-France. » Il y va du rayonnement mondial de la France dans les domaines médical et scientifique. Le maintien du régime dérogatoire de tutelle de l'AP-HP participe de la logique du Grand Paris. Je veux y insister en tant qu'ancien administrateur de cette institution.

Avec des stratégies médicales de moins en moins génériques, de plus en plus personnalisées et même, si j'ose dire, individuelles, l'accroissement des coûts est inéluctable. D'où mon soutien à cette réforme de contrôle des dépenses. Mais rien n'empêche de l'inscrire dans une réflexion plus large sur la recherche médicale et la place qu'y tient cet énorme porte-avions qu'est l'AP-HP.

Mme Dominique Voynet. – Cet article 8 *bis* résulte d'un amendement déposé par M. Prével à l'Assemblée nationale, auquel vous aviez donné, madame la ministre, un avis défavorable.

M. François Autain. – En plus !

Mme Dominique Voynet. – L'AP-HP, l'orateur précédent vient de le rappeler, qui excelle tant en matière de soins que d'enseignement, de recherche, de formation professionnelle et d'innovation, constitue une référence à l'échelle européenne. Avec 38 hôpitaux, 90 000 emplois, 23 000 lits, 3,8 millions de consultations par an et une urgence toutes les 22 secondes, l'AP-HP fascine et agace. Tout a été dit des pouvoirs de ses éminents mandarins, tout a été dit de la manière dont elle a impulsé de nouvelles pratiques ou freiné des évolutions considérées inéluctables. La seule évocation de cette structure dans le débat politique provoque de vives polémiques. Pour moi, l'évolution de son statut n'est en rien une question taboue, d'autant plus que cela permettrait des coopérations renforcées avec des hôpitaux locaux tels ceux de mon département de Seine-Saint-Denis qui souffrent parfois de devoir faire face, seuls, à des populations en mauvais état de santé. Pour autant, décider cette modification par le biais d'un simple amendement sans en débattre avec la communauté hospitalière, les représentants des personnels et les élus... Vous me répondrez sans doute, madame la ministre, que cette méthode n'aboutira à rien.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai reçu l'ensemble des syndicats !

Mme Dominique Voynet. – Ensuite, qu'en sera-t-il des centres provinciaux de l'AP-HP ? Leur direction sera-t-elle confiée à l'ARS d'Ile-de-France ou aux ARS de leur région ? Si le fonctionnement des ARS avait été conçu pour être démocratique, comme nous le souhaitons, nous aurions accepté que l'AP-HP, revienne au régime de tutelle commun. Mais vous avez décidé ce changement de manière unilatérale,

via un amendement à peine débattu. Nous soutiendrons donc les amendements de suppression.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Tout à fait d'accord !

M. le président. – La parole est à Mme Hermange.

M. Nicolas About, président de la commission. – C'est à qui défendra le mieux l'AP-HP ! (*Sourires*)

Mme Marie-Thérèse Hermange. – L'AP-HP ne peut se soustraire ni à une logique territoriale ni à une logique nationale. Après réflexion, je suis donc revenue sur l'amendement n°67, que j'ai cosigné, pour rédiger le n°671 rectifié. L'AP-HP doit poursuivre une logique territoriale. L'exemple de la nouvelle maternité de l'hôpital Trousseau, que vous avez récemment inaugurée, madame la ministre, l'illustre parfaitement. L'hôpital Trousseau et les Bleuets, institution hors de l'AP-HP, se sont regroupés pour former le pôle de périnatalité le plus important de l'est de Paris. Pour autant, avec un budget de 6,5 milliards...

M. François Autain. – C'est énorme !

Mme Marie-Thérèse Hermange. – ...soit l'équivalent du budget de la Hollande, l'AP-HP ne peut pas non plus se soustraire à une logique nationale. Elle représente un quart de la recherche hospitalière.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Tous ces discours pour la seule question du comité de tutelle ! Il faut atterrir !

M. Nicolas About, président de la commission. – Eh oui !

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Elle applique, depuis des années, une logique de restructuration interne. Pour exemple, la fermeture de quatre hôpitaux pour ouvrir l'hôpital européen de Georges Pompidou...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Quel gaspillage !

Mme Marie-Thérèse Hermange. – ...le regroupement de Necker et de Saint-Vincent-de-Paul, la création de pôles communs à Cochin et à l'Hôtel-Dieu, les urgences médico-judiciaires pour adultes et celles pour adolescents à Trousseau. Pour tenir compte de cette double logique, je propose, dans mon amendement n°671 rectifié, la création d'un nouveau conseil de tutelle composé du ministre du budget et du directeur général de l'ARS.

Ensuite, l'AP-HP étant sous la tutelle du ministre du budget, le nombre de membres du conseil de surveillance doit continuer d'être fixé par voie réglementaire, comme actuellement, et non fixé dans ce projet de loi. De fait, prévoir cinq représentants des collectivités territoriales au conseil de surveillance est insuffisant, puisque six collectivités sur les huit collectivités territoriales parisiennes sont représentées au conseil d'administration. Enfin, *quid* de la tutelle des centres de l'AP-HP de Hyères, Hendaye et Berck ? (*Marques d'approbation à gauche*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'interviens, comme sur chaque article...

M. Guy Fischer. – C'est nouveau !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...pour expliquer le but poursuivi.

M. Guy Fischer. – Excellent. C'est une démarche pédagogique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Après ces plaidoyers vibrants pour l'AP-HP, je vous confirme que je la tiens moi aussi en haute estime ; elle est le vaisseau amiral de l'hospitalisation en France, son rôle éminent est historique, présent et à venir.

Nous ne parlons ici que du comité de tutelle -ministère de la santé et ministère du budget. Vous vous élevez contre la « vision comptable » et à présent, vous défendez Bercy avec flamme ? Le Gouvernement, par l'amendement n°1192 rectifié à l'article 6, a introduit un droit d'opposition sur le programme d'investissement et le plan pluriannuel de financement, pour des motifs de droit ou en raison d'une incompatibilité avec le maintien ou le redressement des comptes d'un établissement déficitaire.

Le statut de l'AP-HP est maintenu, en particulier les avantages acquis par son personnel pour participation à la Résistance -les agents ne paient que la moitié de leurs cotisations sociales. Cela représente un montant de 58 millions d'euros. La rémunération est donc supérieure, à l'AP-HP, à ce qu'elle est ailleurs en France, à poste égal. Cet avantage acquis est légitime à mes yeux, même si certains se sont interrogés sur cet héritage... J'ai clairement dit aux syndicats représentatifs qu'il n'était pas question de revenir dessus.

Mme Hermange a bien évoqué toute l'excellence de l'AP-HP, qui est en outre l'hôpital de proximité en Ile-de-France. Or, dans cette région comme sur le reste du territoire, de nouvelles compétences stratégiques sont confiées au directeur général de l'ARS pour optimiser l'offre de soins. On a vu, lors d'événements graves comme à la fin de 2008, combien la coordination et la cohérence territoriale étaient importantes. La suppression du comité de tutelle parachève le mouvement vers une meilleure offre en Ile-de-France. L'ARS intervient auprès de l'AP-HP, en matière stratégique et financière, par exemple pour fixer les tarifs journaliers ou approuver le projet d'établissement et les conclusions du CPOM. D'autres compétences étaient déjà exercées par l'ARH, secrétariat du comité de tutelle, interface avec les ministères de tutelle. Actuellement, c'est la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) qui assure la tutelle du ministère. Celle-ci sera désormais prise en charge par l'ARS...

M. François Autain. – Vous avez changé d'avis ! Vous étiez contre à l'Assemblée nationale !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...parce qu'il y a un maillage territorial à constituer. Mais il faut respecter la cotutelle du ministère des comptes -encore une spécificité de l'AP-HP, liée à son rôle national comme l'a souligné Mme Hermange. L'amendement à l'article 6 a pris en compte cette spécificité. La tutelle opérationnelle peut donc être confiée à une structure régionale -et non à la DHOS qui a une responsabilité plus horizontale que verticale. Je puis réviser mon avis négatif à l'Assemblée nationale, dès lors que vous avez voté l'amendement à l'article 6. Est-ce clair ?

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Fort clair...

M. le président. – Amendement n°67, présenté par M. Pozzo di Borgo, Mme Hermange et M. Philippe Dominati.

Supprimer cet article.

M. Yves Pozzo di Borgo. – L'ARS ne doit pas avoir tous les pouvoirs ! Mme la ministre a laissé filer l'amendement Préel ; une solution a été trouvée par amendement à l'article 6, fort bien. Mais à présent il faut aller jusqu'au bout et supprimer l'amendement Préel.

M. le président. – Amendement identique n°242 rectifié, présenté par MM. Vasselle et Paul Blanc.

Supprimer cet article.

M. Alain Vasselle. – L'amendement à l'article 6 a rétabli les choses, mais selon des modalités différentes, en introduisant un droit d'opposition du ministère de tutelle sur le budget et les programmes d'investissement. Je trouve cependant aberrant d'avoir prévu une dérogation, pour autoriser le directeur de l'ARS à approuver un budget de l'AP-HP en déséquilibre. Les établissements de province n'ont pas cette faculté. Espérons que les ministères de tutelle veilleront au grain pour prévenir toute dérive. Cela dit, mon amendement n'a plus de raison d'être et je le retire.

L'amendement n°242 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement identique n° 446 présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Le problème, c'est la tutelle de l'ARH. Vous avez promis que les salariés conserveraient leurs avantages, très bien -même si l'on sait ce que valent les promesses...

Mais comment Mme la ministre a-t-elle pu laisser sa majorité organiser la casse du statut de l'AP-HP ? Certes, elle s'est opposée à l'amendement, mais si mollement que sa majorité y a vu un encouragement. Il a donc fallu bidouiller à l'article 6 ; mais toujours sans discussion ni concertation. Croyez-vous que le personnel ne s'intéresse qu'à ses avantages particuliers ? Les organisations réunies en intersyndicale se sont prononcées contre cette

disposition, tout comme la commission médicale d'établissement. Ils craignent que soit mise à bas l'unicité de l'AP-HP, seule garantie d'égalité d'accès aux soins pour les Franciliens.

Les regroupements forcés vont inévitablement se multiplier. Treize établissements sur trente-huit sont appelés à disparaître. L'AP-HP, avec la tarification à l'activité, n'est déjà pas épargnée, on le voit, par la politique du Gouvernement. Sans doute a-t-elle encore trop d'autonomie... Des raisons de son déficit, bien sûr, on ne parlera pas. Mais on s'apprête en douce à supprimer son statut. Je demande un scrutin public.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons eu un débat approfondi en commission. La majorité de celle-ci a estimé que le régime dérogatoire dont bénéficie l'AP-HP était en contradiction avec les objectifs du texte. Le retour au droit commun est d'ailleurs engagé depuis plusieurs années. Avis défavorable aux amendements de suppression.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis défavorable à ces amendements comme je le serai à celui de Mme Hermange, qui est recentralisateur. (*Mme Marie-Thérèse Hermange manifeste son étonnement*) Je le redis : le statut de l'AP-HP comme celui de ses personnels est protégé. Nous voulons concilier sa glorieuse exception avec la nécessité de la proximité en Ile-de-France.

Mme Hermange a évoqué le sort des établissements hors du ressort de la région Ile-de-France. La question se pose déjà et les choses se passent plutôt bien, il n'est pas interdit à une ARS de discuter avec ses homologues. Il n'y aura pas plus de problème demain qu'aujourd'hui. Il y a des départements d'Ile-de-France qui n'accueillent aucun établissement de l'AP-HP. Le CHU de Nantes accueille des malades du Maine-et-Loire : son conseil général n'est pas pour autant représenté au conseil d'administration de l'hôpital. L'argument territorial n'est pas complètement pertinent.

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Quand j'ai déposé mon amendement, je ne savais pas que le Gouvernement allait proposer la tutelle du ministre du budget... qui existe déjà. Le statut dérogatoire demeure. Mon amendement est la conséquence de l'article 6 ; mais je veux bien le rectifier pour ne plus viser, au premier paragraphe, que le ministre chargé du budget et le directeur général de l'ARS.

M. le président. – Nous en sommes pour l'instant aux amendements de suppression...

Mme Dominique Voynet. – J'indique à Mme Hermange que d'après Eurostat, le budget de la Hollande se monte à 270 milliards d'euros...

M. Jean-Pierre Fourcade. – Personne ne peut nier que l'AP-HP joue un rôle tout à fait important au niveau national, et même international ; mais personne ne peut penser qu'elle ait fait tellement d'effort dans le passé qu'un texte qui réorganise l'offre de soins du

pays puisse ne pas la concerner... Je n'ai pas siégé au conseil de l'AP-HP, mais j'ai longtemps présidé un hôpital qui en faisait partie ; je sais la lourdeur de cette énorme structure. La solution qui conjugue le dispositif de contrôle que nous avons voté à l'article 6 et le maintien du statut des personnels et de l'organisation est la plus appropriée.

M. Yves Pozzo di Borgo. – Il y a une contradiction forte entre l'article 6 et cet article 8 bis, une contradiction qui sera source de problèmes juridiques et de conflits entre l'ARS et le comité. Ou alors je ne comprends plus rien.

A la demande du Gouvernement et du groupe CRC-SPG, les amendements identiques n°s 67 et 446 sont mis aux voix par scrutin public.

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

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	209
Majorité absolue des suffrages exprimés	105
Pour l'adoption.....	25
Contre	184

Le Sénat n'a pas adopté.

M. le président. – Amendement n°671 rectifié, présenté par Mme Hermange, MM. Philippe Dominati, Dassault, Houel, Mme Mélot, MM. Portelli, Pozzo di Borgo et Mme Malovry.

Rédiger comme suit cet article :

Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé en matière d'approbation des décisions du président du directoire portant sur les éléments mentionnés aux 1°, 2°, 4°, 5° et 14° de l'article L. 6143-7 et ses compétences énumérées aux articles L. 6143-3, L. 6143-3-1 et L. 6145-1 à L. 6145-4 ainsi que les compétences de l'agence régionale prévues à l'article L. 1435-3 sont, en ce qui concerne l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, exercées par un conseil de tutelle composé du ministre chargé du budget, ainsi que du directeur général de l'agence régionale de santé ou de leurs représentants. Le conseil de tutelle est également compétent pour prendre les décisions mentionnées aux articles L. 162-22-12, L. 162-22-14 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

« Par dérogation à l'article L. 6143-5, la composition du conseil de surveillance de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris est fixée par voie réglementaire.

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6114-1, le contrat d'objectifs et de moyens de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est conclu entre l'établissement et le ministre de la santé ainsi que, en ce qui concerne les objectifs quantifiés mentionnés à l'article L. 6114-2, le directeur général de l'agence

régionale de santé après avis de la commission exécutive de l'agence. »

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Je l'ai défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable, pour des raisons que j'ai déjà expliquées.

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Vous demandez le retrait ? (*Rires*)

M. Guy Fischer. – Quel cinéma !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Votre préoccupation sera satisfaite au plan national par les dispositions de l'article 6 et à un échelon de proximité par les nouvelles dispositions territoriales des ARS. Les spécificités des agents de l'AP-HP sont bien respectées : vous pouvez retirer votre amendement.

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Je le retire, mais je vous promets que je lirai de près le décret concernant l'AP-HP ! (*Sourires*) Lorsque vous avez amendé l'article 6 en prévoyant la tutelle du budget, nous avons eu la même idée. Vous allez certainement reprendre une partie du texte de cet amendement, et j'aurai donc satisfaction par voie réglementaire.

L'amendement n°671 est retiré.

L'article 8 bis, modifié, est adopté.

M. Nicolas About, président de la commission. – Dès la suspension, la commission se réunira cinq minutes salon Victor Hugo.

La séance est suspendue à 19 h 50.

PRÉSIDENCE DE MME MONIQUE PAPON,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 22 heures.

Article 8 ter

(Texte non modifié)

Après l'article L. 6152-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-7. - *Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues, dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer, par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la durée de l'expérimentation, les établissements qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre, ainsi que les modalités de son évaluation. »*

M. Michel Magras. – Avec cet article, l'outre-mer pourra expérimenter. Ce n'est bien évidemment pas le sénateur de Saint-Barthélemy qui va s'opposer à ce

droit, d'autant que l'outre-mer est pour la République française un magnifique laboratoire.

Pourtant, je veux attirer l'attention sur la possibilité ouverte par cet article : un praticien recruté à temps partiel pourra travailler à temps plein pendant six mois et ne plus exercer le reste de l'année. Mais quand un établissement crée un emploi à temps partiel, c'est le plus souvent parce que la demande n'est pas suffisamment forte pour justifier un temps plein et que la situation financière de l'établissement ne lui permet pas d'embaucher un médecin à temps complet. En outre, quand le praticien aura terminé son service après six mois, comment assurera-t-on les besoins pendant le semestre suivant ? Enfin, un collègue a employé tout à l'heure une expression qui fait froid dans le dos lorsqu'il a parlé de médecins itinérants. J'espère de tout cœur que l'arrêté qui encadrera cette expérimentation sera suffisamment précis pour éviter toute dérive de ce type.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai visité tous les départements ultramarins et j'ai pu constater que si les établissements de métropoles connaissent des difficultés, ceux d'outre-mer y étaient aussi confrontés, mais puissance quatre ! L'attractivité et la démographie médicale y sont de véritables casse-têtes : ainsi, les taux de vacances de postes de praticiens hospitaliers temps plein sont compris entre 26 et 37 % pour les Antilles et la Guyane.

L'annualisation du temps de travail permettrait aux praticiens de regrouper leurs obligations de service hospitalier sur une partie de l'année. Cette possibilité pourrait constituer un facteur d'attractivité pour le recrutement, dans ces régions isolées, de praticiens venant de métropole. Les médecins auraient ainsi la possibilité de rentrer en métropole pour le reste de l'année afin d'y reprendre une activité libérale ou salariée, de se former ou d'y retrouver leurs attaches familiales.

Cette mesure est peut-être un vivier pour les établissements publics de santé d'outre-mer. Le plan santé pour l'outre-mer prévoit d'autres mesures et il ne s'agit là que d'un dispositif parmi d'autres, l'objectif étant d'assurer à nos compatriotes ultramarins un véritable accès aux soins.

L'article 8 ter est adopté.

Article 9

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6145-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-16. - *Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés par un commissaire aux comptes.*

« *Cette certification est coordonnée par la Cour des comptes, dans des conditions fixées par voie réglementaire.* »

II. - L'article L. 6145-16 du code de la santé publique issu de la présente loi s'applique au plus tard aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

Mme la présidente. – Amendement n°1194, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, remplacer le mot :

définis

par les mots :

dont la liste est fixée

et supprimer les mots :

par un commissaire aux comptes

II. - A la fin du second alinéa du même texte, remplacer les mots :

voie réglementaire

par le mot :

décret

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avant tout, un mot sur cet article. Il est capital que les comptes et les résultats annoncés par les établissements soient fiables. Il faut donc vérifier que les comptes présentés ont été établis conformément aux principes comptables en vigueur. Le certificateur exprime donc son opinion sur la régularité et la sincérité des comptes et l'image fidèle qu'ils donnent de la situation financière. Pour avoir une « assurance raisonnable » que les comptes sont sincères, le texte de la commission propose de mettre en place la certification, par des commissaires aux comptes, des comptes des hôpitaux, la Cour des comptes assurant la coordination de l'ensemble.

Pour autant, la certification des comptes n'est en rien un outil de réduction des déficits. Elle permet de poser un diagnostic fiable de la situation, mais la résolution des situations dégradées passe par d'autres mesures comme le plan de redressement ou l'administration provisoire.

Mon amendement précise les rôles de chacun quant à la certification des comptes des établissements publics de santé. Le texte de la commission des affaires sociales prévoit que seuls des commissaires aux comptes certifient les comptes des établissements de santé. Je partage tout à fait l'objectif de qualité et de sincérité des comptes que vous avez voulu renforcer.

Pourtant, l'article 47-2 de la Constitution prévoit que les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères et qu'ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière. Sur le fondement de cet article, la Cour des comptes a compétence pour mettre

en œuvre la certification des comptes des établissements de santé. Il lui revient de déterminer les procédures les plus adaptées, en mobilisant « si nécessaire » -j'y insiste- des compétences extérieures, comme celles des commissaires aux comptes, ainsi que vous l'avez suggéré. Cependant, elle peut également décider de certifier elle-même certains comptes, en fonction des enjeux qui pourraient s'y rattacher.

On peut en effet penser que la Cour pourrait se saisir de la certification des comptes de l'AP-HP, dont le budget s'élève à 6,2 milliards, quand elle proposera qu'un commissaire aux comptes valide ceux de l'hôpital local de l'Isle-sur-la-Sorgue -établissement pris au hasard. (*Sourires*)

La rédaction proposée par la commission ne permet pas cette alternative et contrevient aux pouvoirs conférés par la Constitution à la Cour. C'est pourquoi la Cour des comptes doit coordonner la certification tout en n'empêchant pas le travail des commissaires aux comptes.

Enfin, une liste établie par voie réglementaire déterminera les établissements qui devront certifier leurs comptes, car l'incidence pour les finances publiques n'est pas la même selon qu'on se trouve dans un CHU ou un hôpital local.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il s'agit d'un des derniers points de désaccord entre le Gouvernement et la commission. L'objet de cet amendement n'est pas corrélé à son dispositif juridique puisque la rédaction actuelle de l'article prévoit bien que la Cour des comptes coordonne le processus de certification. En outre, la commission estime qu'une liste ne laisserait aucune souplesse à cette expérimentation. Enfin, qui d'autre qu'un commissaire aux comptes peut certifier les comptes d'un établissement public ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La Cour des comptes elle-même !

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est donc défavorable à cet amendement.

L'amendement n°1194 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°447, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, supprimer le mot :

publics

M. Guy Fischer. – Nous ne sommes pas opposés à la certification des comptes qui permet de connaître les conditions de fonctionnement des hôpitaux, leur financement et de se faire une opinion sur le bien-fondé des mesures prises par les agences régionales de santé, notamment en ce qui concerne la mise sous tutelle. D'ailleurs, la mise sous administration

provisoire des établissements publics de santé peut se révéler nécessaire. Mais nous sommes opposés à une logique purement comptable. De plus, une mise sous tutelle peut également être prononcée si le directeur d'hôpital refuse de participer à une communauté hospitalière de territoire ou ne veut pas adhérer à un groupement de coopération sanitaire. La mise sous tutelle s'apparente alors plus à une sanction qu'à une mesure destinée à favoriser le retour à l'équilibre.

D'autant plus que le conseil de surveillance n'est jamais saisi pour avis.

Notre amendement étend le mécanisme de certification aux établissements privés dans la mesure où ils ont des missions de service public.

M. Alain Milon, rapporteur. – Toute société doit faire certifier ses comptes, c'est une obligation légale. L'amendement est donc satisfait par le droit en vigueur.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le code de commerce et le code de la santé publique leur imposent déjà la certification des comptes. L'amendement est donc satisfait.

L'amendement n°447 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°685 rectifié, présenté par M. Antoinette et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6145-16 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« La Cour des comptes procède également à une étude indépendante des valeurs données par les organismes responsables de la tarification à l'activité. »

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. – Nous souhaitons que la Cour des comptes étudie la tarification à l'activité au niveau national afin que soient mises en lumière les conséquences désastreuses qui découlent de certains biais et que soient résolus ces problèmes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il n'y a pas de lien avec le texte que nous étudions. En outre, la Cour des comptes est un organisme indépendant qui réalise déjà de telles études et, depuis la réforme constitutionnelle de 2008, le Parlement peut lui commander de tels rapports sans passer par le vote d'une loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La Cour des comptes établit déjà un rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale, rapport qui n'a peut-être pas tous les lecteurs qu'il mérite.

M. Guy Fischer. – Oh si !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Tout le monde n'en fait peut-être pas, comme vous, son livre de chevet !

Depuis qu'a été instaurée la tarification à l'activité, la Cour des comptes lui a déjà consacré deux rapports, en 2006 et en 2008. J'ajoute qu'un comité d'évaluation a été créé, qui compte des experts étrangers, pour analyser ce mode de financement. La Cour des comptes peut, et elle n'y manque pas, demander tous les éléments nécessaires. L'amendement est donc satisfait.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. – J'en informerai mes collègues ultramarins.

L'amendement n°685 rectifié est retiré.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne lui ai pas opposé l'article 40 mais je tiens à vous dire que le texte de la commission imposant l'obligation de recourir aux commissaires aux comptes coûtera 100 millions par an aux établissements...

M. Nicolas About, président de la commission. – Il me semble que le texte de l'Assemblée nationale reprenait celui du Gouvernement et qu'il prévoyait que les comptes devraient être certifiés. Par qui ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pas forcément par des commissaires aux comptes ! Vous semblez oublier la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je doute fort qu'elles pourront suffire à la tâche. Il faudra donc faire appel à des commissaires aux comptes.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous le rendez obligatoire !

M. Nicolas About, président de la commission. – D'ici la commission mixte paritaire, nous trouverons une rédaction adéquate pour dire que la certification sera faite par les uns ou par les autres.

M. Gilbert Barbier. – Les comptables publics...

M. Nicolas About, président de la commission. – Ça n'a jamais donné aucune sécurité aux collectivités territoriales !

M. René Garrec. – Non, aucune.

L'article 9 est adopté.

Article 9 bis

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6113-10 du code de la santé publique est remplacé par trois articles L. 6113-10, L. 6113-10-1 et L. 6113-10-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 6113-10. - L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

« L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux.

« Art. L. 6113-10-1. - Le groupement mentionné à l'article L. 6113-10 est soumis aux articles L. 341-2 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :

« 1° Le président du conseil d'administration et le directeur général du groupement sont nommés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité ;

« 2° Outre les personnels mis à sa disposition dans les conditions prévues à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le groupement emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires et des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du présent code en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.

« Il emploie également des agents contractuels de droit public et de droit privé avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée.

« Art. L. 6113-10-2. - Les ressources du groupement sont constituées notamment par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 3° Des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs. »

II. - Les droits et obligations contractés par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France pour le compte de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers et de la mission nationale d'appui à l'investissement prévues à l'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 sont transférés à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Les droits et obligations contractés par le groupement pour la modernisation du système d'information sont transférés à l'Agence nationale d'appui

à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu ni à imposition ni à rémunération.

La dotation prévue au 1° de l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique pour l'année 2009 est minorée des montants versés pour 2009 au titre du III quater de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée.

L'article L. 6113-10 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeure en vigueur jusqu'à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2010.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet article très important a pour objet la création d'une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, issue du regroupement de trois organismes déjà existants. Il s'agira pour elle de diffuser la pratique et la culture de la performance, en expertisant les établissements afin de les aider dans le pilotage de la performance. En d'autres termes, nous voulons changer de braquet dans la mesure de la performance.

La nouvelle agence disposera dès 2009 de 50 collaborateurs et d'un budget de 30 millions, soit l'équivalent des trois agences regroupées.

Pour vous donner une idée de l'importance stratégique de cette agence, je prendrai l'exemple de tel établissement hospitalier de la région parisienne dont la réorganisation a permis de gagner 20 % du temps aux urgences sans dépenser un sou.

Mme la présidente. – Amendement n°448, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le quatrième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6113-10-1 du code de la santé publique :

« Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il conclut des contrats à durée indéterminée.

M. Guy Fischer. – Nous sommes heureux d'apprendre que l'on peut réaliser un « gain d'efficience » aussi considérable ! Néanmoins, nous nous interrogeons. Ce mot de *performance* que vous employez en permanence... Nous n'avons pas moins que vous le souci de l'argent public.

Si nous n'entendons pas nous opposer sur la création de cette agence, nous considérons toutefois que les modalités d'emplois de cet établissement, qui revêt la forme d'un groupement d'intérêt public, sont insatisfaisantes. Voilà encore une personne morale de droit public qui pourra recourir à du personnel

contractuel de droit privé, pour des contrats à durée déterminée ! Nous ne pouvons accepter cela.

Au groupe CRC-SPG, nous sommes opposés à ce que les établissements publics et leurs groupements puissent avoir recours à du personnel dont les contrats de travail seraient atypiques ou précaires. Notre amendement peut apparaître comme un amendement d'appel, il n'en demeure pas moins que l'État ou les établissements publics ou assimilés doivent appliquer une autre conception de ce que vous appelez « gestion des ressources humaines ».

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable. Il est au contraire utile que la nouvelle agence puisse employer toutes sortes de compétences par des contrats de droit public ou privé, à durée indéterminée ou déterminée.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'amendement est contraire au droit en vigueur. L'ensemble du personnel des trois agences que je viens d'évoquer est en CDI mais on ne peut se priver du recours à quelques CDD. Avis défavorable.

L'amendement n°448 n'est pas adopté.

L'article 9 bis est adopté.

Article 10

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6152-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 3° devient le 4°;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ; ».

II. - L'article L. 6152-3 du même code est ainsi rétabli :

« Art. L. 6152-3. - Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 peuvent être détachés sur un contrat mentionné au 3°.

« La rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie de leur profession.

« Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 est fixé par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1. »

III. - L'article L. 6152-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-4. - Sont applicables aux personnels mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 :

« 1° L'article 25 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

« 2° Les troisième et quatrième alinéas de l'article 46-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

« 3° L'article 87 de la loi n°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

« 4° Les articles L. 413-1 à L. 413-16 du code de la recherche. »

IV. - A l'article L. 112-2 du code de la recherche, les mots : « et les établissements publics de recherche » sont remplacés par les mots : « , les établissements publics de recherche et les établissements de santé ».

V. - Le dernier alinéa de l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigé :

« Le présent titre ne s'applique pas aux médecins, odontologistes et pharmaciens mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. »

VI. - L'article L. 952-23 du code de l'éducation est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le régime indemnitaire applicable à ces personnels est fixé par décret. »

VI bis . - L'article L. 4111-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ayant effectué la totalité du cursus en France et obtenu leur diplôme, certificat et titre en France peuvent exercer dans les mêmes conditions, suivant les mêmes règles et dispositions que les praticiens dont les nationalités relèvent du 2° du présent article. »

VII. - Le I de l'article L. 4111-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi rédigée :

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française, considérant que les personnes ayant obtenu en France un diplôme interuniversitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonction au delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées en France au cours des deux années précédant la publication de la présente loi sont réputées avoir satisfait à ces épreuves. » ;

b) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française » ;

2° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les lauréats, candidats à la profession de chirurgien-dentiste, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission mentionnée au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Les lauréats, candidats à la profession de sage-femme, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement privé participant au service public. Les sages-femmes sont recrutées conformément aux dispositions du 4° de l'article L. 6152-1 du présent code dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

VIII. - L'article L. 4221-12 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi rédigée :

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, qui peuvent être organisées par spécialité, et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. » ;

b) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française. » ;

2° Au dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vous propose de créer un nouveau statut contractuel afin de renforcer l'attractivité des hôpitaux publics en ouvrant de nouvelles perspectives de carrière et de rémunération aux praticiens. Le contrat de ces cliniciens hospitaliers, assorti d'un élément variable qui sera fonction d'engagements et d'objectifs, sera ouvert aux actuels praticiens hospitaliers ainsi qu'à de nouveaux recrutements. Pour éviter toute dérive, l'ARS les encadrera en fixant le nombre de ces emplois par établissement et par spécialité par les contrats d'objectifs et de moyens. Il ne s'agit pas d'assurer une rémunération sur critères de productivité (« Ha ! » sur les bancs CRC-SPG) mais d'un outil incitatif. D'ailleurs, la fixation d'objectifs quantitatifs sera effectuée par référence à des moyennes nationales et régionales ainsi qu'en fonction d'objectifs qualitatifs. Compte tenu des impératifs éthiques et du besoin d'études, j'ai confié une mission à M. Elie Aboud, député de l'Hérault.

Les paragraphes III et IV étendent au personnel hospitalier les règles de cumul de rémunération applicables aux fonctionnaires, et cela en raison de

leur activité de recherche. Le V actualise la liste des personnels relevant de la fonction publique hospitalière. Le texte dispose que le régime indemnitaire sera fixé par décret simple, le statut et les rémunérations restant fixés par décret en Conseil d'État.

Porter de deux à trois fois la possibilité de se présenter aux épreuves de vérification des connaissances était une facilitation attendue par les médecins à diplôme étranger, dont certains connaissent des situations difficiles car tous les praticiens expérimentés ne sont pas préparés à subir des épreuves académiques. Après que certains d'entre vous m'ont fait remarquer les disparités dans l'épreuve de la langue française, je l'ai modifiée pour lui substituer la justification d'un niveau suffisant de maîtrise.

Il était juste d'étendre la condition de pratique hospitalière aux sages-femmes et chirurgiens-dentistes, mais en la réduisant à une année.

Je proposerai des amendements en faveur des médecins étrangers titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialité et je ne m'opposerai pas à ceux qui sont relatifs aux praticiens étrangers ayant étudié en France et qui s'inscrivent dans le prolongement de la proposition de loi de février dernier contre les discriminations.

Mme Annie David. – Vous nous expliquez que le nouveau cadre d'emploi des praticiens contractuels est destiné à attirer ceux qui exercent déjà dans les cliniques privées, où leur rémunération est sans commune mesure avec celle des praticiens hospitaliers. Notre opposition ne tient pas à la nature du contrat, mais au lieu où il s'exerce : l'hôpital public, le service public, ne peut pas se comporter comme un entrepreneur commercial qui récompense arbitrairement certains salariés. C'est la nature même du service public que vous allez mettre à mal. Le risque est réel pour le corps des médecins hospitaliers. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens fixeront le nombre maximal de ces contrats et les spécialités concernées, mais un nombre minimal de praticiens relevant du secteur public n'étant pas fixé, on pourrait n'avoir que des cliniciens dans des secteurs comme la radiologie.

La rémunération avec une part variable nous inquiète et nous nous étonnons d'objectifs ainsi individualisés. Cela nous semble relever moins de contrats que du directeur de l'ARS. Malgré vos propos rassurants, nous nous opposons formellement à ce qu'on associe des objectifs quantitatifs et qualitatifs. Nous redoutons que la part variable dépende d'actes très coûteux ou d'économies sur les actes qui le sont peu. N'est-ce pas contradictoire avec l'objectif du service public qui est de satisfaire les besoins au meilleur coût et dans les meilleures conditions ? Notre vote dépendra du sort réservé à nos amendements.

M. Guy Fischer. – L'article 10 ne rendra pas plus attractifs les établissements publics de santé et restera inefficace. (*Murmures à droite*) Je vois que M. Vasselle marmonne, qu'il me laisse profiter de mon temps de parole, on sait que le prochain Règlement le réduira !

Comment la seule création d'un statut complémentaire, avec un élément de rémunération variable, peut-elle se comparer avec les rémunérations du privé ? Chacun s'accorde sur le constat : 20 % des postes de praticiens à temps plein sont vacants. C'est sur les conclusions que nous divergeons. Au lieu de créer un statut, nous pensons qu'il faut s'attaquer aux écarts de rémunération entre public et privé et à la tarification, qui n'a pas été revue depuis plusieurs décennies. Nous avons reçu de nombreux courriers émanant de chirurgiens hospitaliers demandant qu'on ne modifie pas leur mode de rémunération avec dépassements et mettant leur démission dans la balance. La majorité leur a répondu. Pour notre part, nous sommes opposés à certains dépassements, sources de rémunérations disproportionnées et qui rendent l'accès aux soins plus inégalitaire.

Voilà notre contre-proposition : rendre la fonction publique réellement attractive en revalorisant la rémunération des médecins qui y exercent et leur garantir des conditions de travail de qualité, associant pratique, enseignement et recherche. Mais pour ce faire, encore faudrait-il, madame la ministre, que vous changiez votre « logiciel ». Comment entendez-vous attirer des professionnels alors que vous ne cessez, et tout le Gouvernement avec vous, de stigmatiser le service public, de l'accuser de creuser le déficit et d'être responsable de toutes les lenteurs et de tous les maux ? Il faudrait aussi garantir aux praticiens hospitaliers que leurs conditions de travail ne se dégraderont pas, ce qui impose de mettre fin au vaste plan social que connaissent les hôpitaux. Car ce que recherchent les praticiens hospitaliers, outre une rémunération plus importante, c'est la qualité d'un plateau technique et d'un entourage professionnel nombreux. Ils veulent travailler dans des locaux entretenus et sécurisés. Tout cela appelle des moyens supplémentaires.

M. Gilbert Barbier. – M. Fischer défend les médecins, maintenant ?

M. Guy Fischer. – Certains médecins, et ce n'est pas nouveau !

M. Bernard Cazeau. – C'est un article poudre aux yeux qui vise à attirer les jeunes médecins dans le public, par des moyens d'ailleurs assez confus, alors que, en même temps, vous leur permettrez d'aller travailler et se former dans des cliniques privées dont une bonne partie essayent de les débaucher ! Ce n'est pas en faisant une chose et son contraire qu'on va pourvoir les postes dans le public...

M. Paul Blanc. – Si j'ai bien compris, madame la ministre, vous entendez faciliter l'accès des hôpitaux aux médecins étrangers. C'est curieux quand on

songe au nombre d'étudiants de première année « retoqués » par un *numerus clausus* très insuffisant. Gouverner, c'est prévoir et nous sommes tous coupables de ne jamais avoir augmenté ce *numerus clausus*. Le rôle de notre pays, c'est de former ces médecins étrangers parce que leurs pays d'origine ont besoin d'eux. Il faut abandonner le dogme qui date des années 80, selon lequel on diminue la dépense en diminuant l'offre. Je suis donc très réservé sur ce projet de faire entrer des médecins étrangers dans les hôpitaux tant qu'on n'a pas considérablement augmenté le *numerus clausus*. (*Applaudissements à droite*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis d'accord avec vous : il faut augmenter le *numerus clausus* ; nous l'avons fait et nous le ferons encore puisque l'objectif est d'en arriver à 8 000 reçus à la fin de la mandature. Mais, plus que la volonté politique, ce sont les capacités d'accueil qui font défaut, surtout avec l'unification de la première année de médecine et de pharmacie et la nécessité d'assurer des stages.

Je souscris à certains de vos arguments. Le dispositif que je propose ne résoudra pas tout. Prenez-le comme une opportunité, non comme un « solde de tout compte ».

M. Paul Blanc. – Si on forme des étudiants étrangers, pourquoi ne forme-t-on pas davantage d'étudiants français ? Contrairement à M. Cazeau, je pense que le privé pourrait contribuer à leur offrir des stages de formation.

M. Bernard Cazeau. – Évitions de dire des inexactitudes. Le *numerus clausus* a progressivement diminué -de 8 000 à 3 500- entre 1980 et 1996/97 -les années Juppé. Vous voulez le relever mais les effets ne se feront sentir que dans dix ans. En plus, on a permis aux médecins de partir en retraite dans des conditions avantageuses dès 58 ans. Il serait difficile de faire payer aux étudiants des années 1994/97, qui sont aujourd'hui dans le creux de la vague, les errements des ordonnances Juppé ! (*Protestations à droite*) Voilà la vérité !

M. Paul Blanc. – Je suis d'accord ; nous sommes tous coupables.

Mme la présidente. – Amendement n°451, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRFC-SPG.

Supprimer les I à VI de cet article.

M. François Autain. – Cet article instaure la privatisation du mode de rémunération des praticiens hospitaliers. Il crée pour eux un nouveau statut, il y en avait déjà six, nous voilà à huit, avec des rémunérations différentes. C'est contraire aux valeurs traditionnelles de l'hôpital : le travail en équipe et la rémunération à la fonction, qui va disparaître. Comment assujettir les salaires à des objectifs quantitatifs tout en bannissant officiellement toute référence à la productivité ?

Il n'est pas souhaitable de payer un médecin selon ses résultats. Ce serait le placer dans une situation conflictuelle au regard de la déontologie médicale. Par ailleurs, l'obligation de résultat n'existe pas pour un médecin -on ne peut envisager de rembourser le patient pour un traitement qui n'aurait pas été efficace. En revanche, l'obligation de moyens existe. Or, vous faites l'impasse sur les moyens.

L'inscription de formules relatives à l'indépendance professionnelle ou la qualité des pratiques dans la loi n'est pas un garde-fou efficace. De plus, la création d'un nouveau cadre d'emploi, qui vient s'ajouter aux six existants, va rendre plus compliquée la coexistence de praticiens aux statuts différents au sein des équipes et créera des tiraillements préjudiciables à la qualité des soins. Avec ce contrat individuel, et non collectif -quoique, madame la ministre, vous ayez affirmé le contraire- puisqu'il institue une rémunération individualisée, c'en sera fini de la médecine en équipe qui était l'apanage de l'hôpital. Enfin, cette évolution va à l'encontre des préconisations du rapport Berland sur l'hôpital qui préconisait une harmonisation des statuts.

L'amendement n°211 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°1245, présenté par le Gouvernement.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6152-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Les médecins bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 sont dénommés cliniciens hospitaliers.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous proposons de dénommer les médecins qui seront recrutés selon ce nouveau statut des « cliniciens hospitaliers ». Ce nouveau cadre d'emploi, qui lie l'engagement à remplir des objectifs d'activité et de qualité à une rémunération revalorisée, constitue un outil de rénovation des ressources humaines à l'hôpital. Encore une fois, un décret, dont la rédaction sera parfaite après que le député Elie Aboud aura rendu les conclusions de la mission que je lui ai confiée, précisera les conditions de recrutement de ces praticiens et confiera au centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière le suivi général de ces contrats. Nous apportons donc une garantie supplémentaire.

Mme la présidente. – Amendement n°452, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer les deuxième et troisième alinéas du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6152-3 du code de la santé publique.

M. Michel Billout. – Nous n'avons eu de cesse de dénoncer la transformation de l'hôpital public en une entreprise de soins. Ce texte, les déclarations

présidentielles et vos propos, madame la ministre, ne nous ont pas rassurés, d'autant que tous nos amendements visant à encadrer l'exercice des missions de service public par les cliniques privées commerciales ont été refusés. La confusion que vous organisez entre public et privé profitera aux seuls établissements qui ne respectent pas les tarifs opposables.

Avec cet article 10, vous allez encore plus loin en favorisant le recrutement de praticiens hospitaliers, soit de non fonctionnaires. Par cet amendement, nous supprimons le principe d'une rémunération individualisée selon des objectifs quantitatifs et qualitatifs, conformes à la déontologie médicale -la précision équivaut à une clause de style dans ce contexte !- ; objectifs incompatibles avec l'exercice de missions de service public. (*« Très bien ! » sur les bancs CRC-SPG*)

Mme la présidente. – Amendement n°579, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Au deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L.6152-3 du code de la santé publique, supprimer les mots :

quantitatifs et qualitatifs

M. François Autain. – Cet amendement va dans le sens de Mme la ministre qui a pris soin de rappeler que les objectifs fixés aux praticiens ne seraient pas de productivité. La commission ayant ajouté la référence au code de déontologie, point n'est besoin de qualifier ces objectifs de quantitatifs et de qualitatifs.

Mme la présidente. – Amendement n°450, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le texte proposé par le IV de cet article, remplacer les mots :

établissements de santé

par les mots :

établissements publics de santé

Mme Annie David. – Nous sommes favorables à ce que les établissements de santé participent à la recherche publique à condition que soient exclus les établissements de santé privés commerciaux. Pensez-vous réellement qu'il nous appartient, sans avoir sollicité la commission des affaires culturelles, d'ouvrir la recherche publique à des personnes morales de droit privé poursuivant des intérêts autres que l'intérêt général ? De surcroît, cette disposition pourrait être source d'importants conflits juridiques sur la propriété des éventuelles découvertes. Parce que cette opération pourrait relever de la privatisation de la recherche publique, nous demandons un scrutin public sur cet amendement.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est opposée à l'amendement n°451, bien qu'il ne vise pas, pour une fois, la suppression intégrale de l'article, car elle est favorable au recrutement de praticiens étrangers qui présentent les conditions requises pour exercer en France.

M. François Autain. – La question n'est pas là !

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°1245 vise à rétablir le texte de l'Assemblée nationale, modifié à l'initiative du Gouvernement. La commission, bien qu'elle comprenne le souci d'identifier ce nouveau statut créé pour les praticiens contractuels dont le recrutement a été autorisé par la loi de 1991, observe que l'appellation est réservée aux médecins alors que le cadre d'emplois concerne également les odontologistes et pharmaciens. L'amendement n'ayant pu être examiné par la commission, sagesse.

Avis défavorable au n°452 car la commission est consciente de la nécessité de rendre plus attractif l'exercice en hôpital. En outre, ces objectifs, a précisé la commission, seront « conformes à la déontologie », ce qui devrait apaiser les craintes des auteurs de l'amendement. Même avis concernant le n°579. En revanche, favorable au n°450. (*Exclamations de surprise sur les bancs CRC-SPG*)

M. Guy Fischer. – Dans ce cas, pas besoin d'un scrutin public !

M. Nicolas About, président de la commission. – Méfiez-vous, cela peut mal tourner ! (*Sourires*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis que le rapporteur, sauf sur le n°450 auquel je donne un avis défavorable. La recherche fait partie des missions de service public et priver les fondations créées par les établissements publics de la possibilité de bénéficier des dispositions du code de la recherche relatives à la valorisation de la recherche m'apparaît, monsieur le rapporteur, une position dogmatique... (*Exclamations sur les bancs CRC-SPG*)

M. Guy Fischer. – Incroyable ! La ministre taxe le rapporteur de dogmatisme ! (*Sourires*)

M. Nicolas About, président de la commission. – Madame la ministre, nous ne sommes pas opposés à cette disposition mais avons estimé qu'elle ne trouve pas sa place dans un article relatif à la recherche publique...

M. François Autain. – C'est ce qui nous avait semblé...

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous disons que l'amendement est mal placé, rien de plus !

M. Alain Fouché. – Il y a quelques jours, nous avons défendu le rôle des fondations pour la recherche publique et à présent, vous faites l'inverse.

Mais plus la recherche recueille de crédits, plus forte elle est.

M. Paul Blanc. – Oui ! On a institutionnalisé l'association entre recherches publiques et privées dans les pôles cancer. Ainsi, à Toulouse, tout le monde travaille ensemble. L'important est d'aboutir à la création de médicaments efficaces.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'exposé des motifs de l'amendement n°450 est clair : ses auteurs sont « opposés au principe de la création des fondations » ; ils estiment que « la recherche publique ne peut être menée par des établissements de santé privés ». C'est nier l'importance des centres de lutte contre le cancer, qui ont le statut d'établissements privés ! Vous rendez-vous compte des implications de cet amendement ?

L'amendement n°451 n'est pas adopté.

M. Gilbert Barbier. – Je suis perplexe. La commission avait considéré que l'appellation « cliniciens hospitaliers » ne couvrirait pas tous les praticiens susceptibles d'être intéressés. Il fut un temps où nous étions recrutés comme « médecins des hôpitaux » ; nous sommes devenus des « praticiens hospitaliers ». A présent, voilà les cliniciens hospitaliers. Je me demande ce qui se cache derrière : seront-ils l'équivalent des chefs de clinique, sans mission de recherche et d'enseignement ? Je crains une hiérarchisation, chefs de pôle, chefs de service, praticiens hospitaliers, et finalement cliniciens hospitaliers. Comment ces médecins seront-ils considérés au sein des établissements ? Ne pourrait-on dire « praticiens hospitaliers contractuels » ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les cliniciens hospitaliers peuvent être des pharmaciens ! Le terme de praticien hospitalier correspond à un statut. Ici, un nouveau cadre est créé, il faut trouver une nouvelle dénomination, suffisamment large pour englober diverses catégories et pas seulement des médecins. « Praticiens hospitaliers contractuels » est compliqué et crée la confusion.

M. François Autain. – Votre dénomination risque aussi de créer de la confusion dans le fonctionnement des services. Coexisteront les cliniciens hospitaliers, les praticiens hospitaliers, titulaires ou contractuels, les assistants et assistants associés, les praticiens attachés et attachés associés, les praticiens adjoints contractuels, les praticiens à exercice limité... ainsi que les médecins libéraux qui ont été introduits à l'hôpital à l'article 8. Commençons par simplifier et attendons pour créer un nouveau terme. Je suis opposé à cet amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous êtes opposé à ce nouveau cadre de recrutement, je l'admets ; j'estime, pour ma part, qu'il résout les problèmes. Puisque nous le créons, il faut trouver une dénomination générique. Je suis ouverte à vos

propositions et si une idée de génie surgit, je suis preneuse !

M. Gilbert Barbier. – « Clinicien » va choquer beaucoup de monde. Pourquoi ne pas tout simplement parler des médecins des hôpitaux, des pharmaciens des hôpitaux, des chirurgiens-dentistes des hôpitaux ?

L'amendement n°1245 est adopté.

Les amendements n°452 et 579 ne sont pas adoptés.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article L. 112-2 du code de la recherche traite exclusivement de la recherche publique. En revanche, le L. 112-3 offre une ouverture puisqu'il se réfère à « la recherche », comme mission de service public, non à la recherche publique...

A la demande du groupe CRC-SPG, l'amendement n°450 est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants.....	340
Nombre de suffrages exprimés.....	340
Majorité absolue des suffrages exprimés	171
Pour l'adoption	
Contre	201

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n°256 rectifié n'est pas soutenu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je le reprends.

Mme la présidente. – Amendement n°256 rectifié bis, présenté par le Gouvernement.

I. - Rédiger comme suit le second alinéa du VI bis de cet article :

« Sans préjudice des engagements internationaux de la France en matière de coopération sanitaire, et notamment de ses engagements en faveur du développement solidaire, les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné au 1° de l'article L. 4131-1, aux 1° et 2° de l'article L. 4141-3 ou au 1° de l'article L. 4151-5 sont dispensés de la condition de nationalité visée au 2° » ;

II. - Après le VII de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - 1° Au premier alinéa de l'article L. 4131-2 du même code, les mots : « , français ou ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et » sont supprimés ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 4141-4 du même code, les mots : « français ou ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à

l'accord sur l'Espace économique européen,» sont supprimés ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 4151-6 du même code, les mots : « français ou ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen » sont supprimés ;

III. - Avant le VIII de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - L'article L. 4221-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des engagements internationaux de la France en matière de coopération sanitaire, et notamment de ses engagements en faveur du développement solidaire, les pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4221-2 sont dispensés de la condition de nationalité visée au 2° » ;

IV. - Après le VIII de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 4381-3 du même code, il est ajouté un article L. 4381-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 4381-4 - Sans préjudice des engagements internationaux de la France en matière de coopération sanitaire, et notamment de ses engagements en faveur du développement solidaire, l'autorité compétente peut également, après avis d'une commission, autoriser individuellement les ressortissants d'un État non membre de la Communauté européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen à exercer les professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13.

« Ils doivent être titulaires d'un titre de formation obtenu dans un État, membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et leur expérience professionnelle doit être attestée par tout moyen.

« Le nombre maximum de demandeurs susceptibles d'être autorisés à exercer est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Les autorisations sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles, déontologiques et disciplinaires applicables en France. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il s'agit, d'une part, de supprimer la condition de nationalité pour les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes ayant effectué la totalité de leur cursus et obtenu leur diplôme en France, ce qui est

une mesure de justice ; d'autre part, de prévoir une procédure d'autorisation d'exercice des professions paramédicales pour les ressortissants non communautaires qui ont obtenu un diplôme communautaire. La démographie restera régulée, le nombre d'autorisations restant fixé par arrêté du ministre de la santé. Les étudiants français ne subiront aucun préjudice.

Ces dispositions, qui ne s'appliqueront pas aux personnes relevant d'accords de coopération signés par la France, permettent de résoudre des situations difficiles et de lutter contre les discriminations, sans risque pour la qualité et la sécurité des soins. Elles s'inscrivent dans la droite ligne des préconisations de la Halde et des travaux de la Haute assemblée, notamment du volet « santé » de la proposition de loi adoptée ici à l'unanimité à l'initiative de Mme Khiari, à qui je veux rendre hommage.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Le groupe socialiste votera évidemment cet amendement qui reprend plusieurs dispositions de la proposition de loi de Mme Khiari, adoptée par le Sénat à l'unanimité. (*M. Paul Blanc s'exclame*) Nous soutenons l'initiative de Mme Procaccia, d'autant qu'elle a étendu le dispositif aux titulaires du diplôme de pharmacie et aux professions paramédicales.

Aujourd'hui, un résident étranger qui effectue l'intégralité de ses études médicales en France n'a pas les mêmes droits qu'un résident français ou communautaire ayant obtenu son diplôme, par exemple en Italie. Pour pouvoir exercer, il doit obtenir une autorisation ministérielle, procédure lourde et humiliante pour lui. Pourquoi la valeur d'un diplôme varierait-elle en fonction de la nationalité de son détenteur ? Autant il est compréhensible que l'État vérifie le contenu d'un diplôme obtenu à l'étranger et garantisse le niveau de qualification des personnes amenées à exercer des professions de santé en France, autant il n'est pas admissible qu'au nom d'une réglementation datant des années 1930, on n'accorde pas les mêmes droits à diplôme équivalent. Ce raisonnement a conduit la Halde, dans sa délibération du 30 mars 2009, à recommander au Gouvernement de « supprimer les conditions de nationalité pour l'accès aux trois fonctions publiques, aux emplois des établissements et entreprises publics et aux emplois du secteur privé, à l'exception de ceux relevant de la souveraineté nationale et de l'exercice de prérogatives de puissance publique ». Je me réjouis donc que le Gouvernement ait repris cet amendement et je souhaite que l'Assemblée nationale soit rapidement saisie du texte de Mme Khiari.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement présente quelques différences avec le texte de la commission ; il ne fait pas mention, par exemple, de la nécessité d'avoir effectué la totalité du cursus en France...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je souhaite le dispositif le plus large possible...

M. Nicolas About, président de la commission. – Le texte de la commission vous donne satisfaction. Nous ne retrouvons pas dans celui de l'amendement les mentions dont vous avez fait état, madame la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je demande une courte suspension de séance.

La séance, suspendue à 23 h 40, reprend à 23 h 45.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je rectifie mon amendement pour en supprimer le paragraphe I.

Mme la présidente. – Il s'agira de l'amendement n°256 rectifié *ter*.

M. Nicolas About, président de la commission. – Pour ce qui est des dispositions restantes, le texte de la commission dit en cinq lignes, à l'article 15 *bis*, ce que l'amendement dit en une page. Par respect pour notre travail (*applaudissements à droite*), je souhaite que l'amendement soit retiré. La rédaction pourra, s'il le faut, être complétée en CMP.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je tiens beaucoup à ces dispositions.

M. Nicolas About, président de la commission. – Moi aussi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – M'assurez-vous qu'elles pourront être reprises en CMP ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Ces articles restent en discussion dans le cadre de la navette du fait des amendements. En cette période de fièvre porcine, cochon qui s'en dédit ! (*Sourires*)

M. Jean-Pierre Godefroy. – Dans la rédaction adoptée par la commission, les professions paramédicales sont-elles bien concernées ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est complexe : les dispositions se réfèrent aux codes de l'éducation, de la santé publique...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je m'en rapporte à votre sagesse. Je suis, comme votre assemblée, très attachée à ces dispositions anti-discriminatoires.

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous aussi, je vous promets que nous étudierons ce point.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Je n'ai pas la réponse à ma question. A défaut, nous reprendrons l'amendement. Je comprends que le président de la commission et le rapporteur défendent le texte de la commission, mais ils auraient dû faire de même sur d'autres sujets ! (*Protestations sur les bancs UMP*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Les professions paramédicales ne sont pas concernées par l'article 15 *bis*, non plus que par l'article 6 *bis*.

M. Nicolas About, président de la commission. – Si cela manque, nous le préciserons lors de la navette.

M. Jean-Pierre Godefroy. – On ne peut pas faire cela en CMP !

M. Nicolas About, président de la commission. – Si. La navette permet de modifier des amendements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai repris l'amendement d'Alain Gournac et de Catherine Procaccia. S'ils avaient été là pour le présenter, je les aurais soutenus. Cela m'ennuie de le retirer.

Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°256 rectifié bis, mis aux voix par assis et levé, n'est pas adopté.

M. M. Jean-Pierre Godefroy. – Il était adopté !

Mme la présidente. – Amendement n°643 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier, MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Dans le quatrième alinéa du VII de cet article, après les mots :

langue française

remplacer les mots :

, considérant que les

par les mots :

. Les

M. Gilbert Barbier. – Amendement de coordination.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis très favorable à cet amendement rédactionnel.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement exempté des épreuves de vérification des connaissances les médecins étrangers titulaires d'un diplôme inter-universitaire de spécialité (DIS). Cela n'est pas souhaitable car ce dispositif, qui s'adresse aux médecins étrangers titulaires d'un diplôme extra-européen, repose sur des accords de coopération bilatérale et a fait l'objet de concertation avec les acteurs concernés. Ces vérifications en sont la pierre angulaire. Monsieur Barbier, vous avez vous-même signalé le risque que peuvent faire courir des diplômes approximatifs.

M. Gilbert Barbier. – L'amendement ne change rien au dispositif. Il en clarifie simplement la rédaction.

M. Alain Vasselle. – Pourquoi légiférons-nous une fois encore sur les médecins étrangers non titulaires d'un diplôme français ou européen ? Il me semblait que nous avions toiletté le dispositif lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Pourquoi élargir encore leur possibilité d'exercer ? S'il y a pénurie, nous pouvons augmenter le *numerus*

clausus pour permettre à de jeunes internes de pratiquer. Quand allons-nous cesser de légiférer sur ce sujet ?

L'amendement n°643 rectifié est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1220, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

A la fin du second alinéa du a) du 1° du VII de cet article, remplacer les mots :

ces épreuves

par les mots :

l'épreuve de maîtrise de la langue française

M. Alain Milon, rapporteur. – Amendement de précision : les titulaires d'un DIS ayant exercé durant trois ans sont considérés comme maîtrisant la langue française. Je souhaite corriger cet amendement en remplaçant « l'épreuve de maîtrise de la langue française » par « l'exigence de la maîtrise de la langue française ».

L'amendement n°1220 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°205 rectifié *bis*, présenté par Mmes Debré, Desmarescaux, Bout, Henneron, Procaccia, Rozier, Hermange, M. Gournac, Mme Giudicelli, M. Lardeux, Mme Goy-Chavent, MM. Leclerc, Laménie, Gilles, Mme Bernadette Dupont et M. Vasselle.

Compléter le 1° du VII de cet article par un c) ainsi rédigé :

c) Après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigé : « Ces dispositions prennent en compte l'exercice de fonctions hospitalières au sein de centres hospitaliers français, pour le compte de ceux-ci ainsi que dans le cadre de missions de coopération médicale. »

Mme Françoise Henneron. – Pour être autorisés à exercer en France, les médecins titulaires d'un diplôme de médecin dans un pays extracommunautaire doivent satisfaire à des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française. Ils doivent, pour se porter candidats, avoir occupé des fonctions rémunérées dans un hôpital public français avant le 10 juin 2004 et avoir occupé des fonctions rémunérées pendant au moins deux mois entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006. Si la première condition fait sens, la seconde condition se révèle particulièrement restrictive et méconnaît la situation des médecins ayant exercé durant cette période dans un établissement de santé étranger en lien étroit avec un établissement français.

Nous proposons donc de prendre en compte les fonctions hospitalières exercées dans le cadre d'une coopération médicale entre la France et un centre hospitalier étranger.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je demande à ses auteurs de retirer cet amendement. Nous ne sommes pas opposés sur le fond à cette proposition, mais la prise en compte des missions de coopération médicale risque de démultiplier le nombre de candidats. Cela retarderait le moment où doit être atteint l'objectif principal de ces dispositions, qui est de régler la situation de praticiens exerçant en France depuis plusieurs années. En outre, il n'est pas possible de vérifier le contenu effectif des missions effectuées dans le cadre de la coopération internationale et dans les établissements étrangers. Les personnes concernées peuvent se présenter au concours ouvert aux médecins d'origine extracommunautaire. Cette disposition aurait des effets pervers.

Cet amendement pourrait avoir des effets pervers et c'est pourquoi je vous demande de le retirer.

M. Gilbert Barbier. – La coopération médicale ne se déroule pas forcément dans des établissements hospitaliers. Il peut s'agir de médecine ambulatoire, notamment lorsqu'il est question d'associations caritatives. Il serait donc extrêmement dangereux de donner cette qualification et c'est pourquoi je souhaite le rejet de cet amendement.

L'amendement n°205 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°1302, présenté par le Gouvernement.

I. - Rédiger comme suit le premier alinéa du 3° du VII de cet article :

Avant le dernier alinéa sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

II. - Après le VII de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans le second alinéa du I *bis* de l'article L. 4111-2 du même code, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il convient d'augmenter le nombre de présentations aux épreuves de vérification des connaissances pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien.

Je souhaite en effet que l'on évalue équitablement les services rendus par les praticiens exerçant dans nos établissements depuis des années et qui ont contribué à leur bon fonctionnement. La procédure transitoire de l'examen prévue par la loi du 22 décembre 2006 leur était destinée et je souhaite porter de deux à trois le nombre des candidatures possibles pour ces professionnels.

Enfin, il est souhaitable que l'extension du nombre de possibilités de présenter les épreuves de vérification des connaissances bénéficie également aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux pharmaciens.

*L'amendement n°1302,
accepté par la commission, est adopté.*

L'article 10, modifié, est adopté.

Article 11

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6145-6 du code de la santé publique est abrogé.

II. - L'article L. 1111-8 du même code est ainsi modifié :

1° A la dernière phrase du premier alinéa, après le mot : « données », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, papier ou informatique, » ;

2° A la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, papier ou informatique, » ;

3° A la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « hébergement », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, » ;

4° A la première phrase du troisième alinéa, après le mot « hébergeurs », sont insérés les mots : « des données, quel qu'en soit le support, ».

III. - La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 précitée est ainsi modifiée :

1° La première phrase du premier alinéa de l'article 18 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Des commissions administratives paritaires départementales sont instituées par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie au nom de l'État. Il en confie la gestion à l'autorité investie du pouvoir de nomination d'un établissement public de santé dont le siège se trouve dans le département. » ;

2° La première phrase du dernier alinéa de l'article 20 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Les commissions administratives paritaires nationales sont présidées par l'autorité administrative de l'État. Les commissions administratives paritaires départementales sont présidées par le président de l'assemblée délibérante de l'établissement public de santé dont le directeur assure la gestion conformément à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article 18. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet article permet de supprimer le contrôle de légalité dévolu par les DAS sur les marchés publics des hôpitaux publics. Cette mesure, qui simplifie et accélère la procédure d'achat, était réclamée par les acteurs du secteur qui se plaignaient des lenteurs et des perturbations engendrées dans les établissements publics.

Mme la présidente. – Amendement n°347, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le premier alinéa de l'article L. 6141-7 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour leurs passations de marchés, les centres hospitaliers universitaires, les communautés hospitalières de territoires, les groupements de coopération sanitaire de droit public et les groupements d'achats composés majoritairement d'établissements publics de santé, d'établissements publics sociaux et médico-sociaux et aux établissements participant au service public hospitalier sont soumis aux dispositions relatives aux pouvoirs adjudicateurs instituées par l'ordonnance n°2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics. »

M. Jacky Le Menn. – Nous proposons d'assouplir les règles de gestion des établissements publics de santé. L'un des objectifs de la commission Larcher était de simplifier le fonctionnement de l'hôpital public, afin de lui permettre d'être plus efficace et de bénéficier des mêmes souplesses de gestion que les établissements privés.

Les établissements publics de santé doivent respecter les directives européennes concernant la passation des marchés publics, afin de réduire les délais et de simplifier les modalités de passation des marchés publics.

Nous proposons donc que les établissements publics de santé les plus importants, ainsi que ceux qui se sont engagés dans une démarche de regroupement, puissent bénéficier de dispositions les plus souples dans le cadre de leur politique d'achat et qu'ils puissent être soumis aux dispositions relatives au pouvoir adjudicateur instauré par l'ordonnance du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement pose un problème de rédaction : les établissements participant au service public hospitalier sont-ils concernés par cette mesure ?

En outre, l'article 11 prévoit déjà un allègement du contrôle de légalité exercé sur les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les marchés publics des établissements publics de santé. De plus, les décrets adoptés fin 2008 dans le cadre du plan de relance ont allégé les procédures de passation de marché, notamment en relevant les seuils des procédures formalisées. L'ordonnance à laquelle vous faites allusion concerne divers organismes privés ou publics, comme la Banque de France et la Caisse des dépôts. Il n'est pas illégitime de donner plus de souplesse de gestion aux grands établissements tant que les contrôles sont correctement organisés : nous demandons donc l'avis du Gouvernement avant de nous prononcer.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Gouvernement partage le souci de M. Le Menn de simplifier les règles de la commande publique, tout en conservant un niveau de sécurité élevé. Fin 2008, nous avons supprimé la commission d'appel d'offre dans les hôpitaux, qui constituait une charge de travail extrêmement lourde et qui ralentissait les procédures d'achats.

D'autres mesures vont assouplir les dispositifs, notamment la possibilité de procéder à des achats sans publicité ni mise en concurrence jusqu'à 20 000 euros au lieu de 4 000 euros. Or, cette disposition n'existe pas dans l'ordonnance de 2005 puisque la mise en concurrence doit s'effectuer à partir du premier euro. De plus, le seuil des procédures formalisées des marchés de travaux a été porté à 5,270 millions et il est désormais le même dans l'ordonnance et dans le code des marchés publics. Enfin, l'article 11 supprime le contrôle de légalité sur les marchés.

Toutes ces nouvelles procédures se mettent en place et les acheteurs devraient bénéficier rapidement de tous ces assouplissements.

Enfin, le code des marchés publics prévoit des mesures protectrices pour les entreprises qui ne sont pas prévues dans l'ordonnance, comme l'obligation de procéder à l'allotissement du marché qui est très favorable aux PME, ou encore le versement d'avances et d'acomptes et l'obligation de respecter un délai global de paiement fixé à cinquante jours pour les établissements.

Pour toutes ces raisons, je souhaiterais que vous puissiez retirer votre amendement.

M. Jacky Le Menn. – Compte tenu des explications qui viennent de m'être données, je retire mon amendement.

L'amendement n°347 est retiré.

L'article 11 est adopté.

Article 12

(Texte modifié par la commission)

I. - Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Communautés hospitalières de territoire

« Art. L. 6132-1. - Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire.

« La convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires.

« Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-2. - La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée par leurs conseils de surveillance, après information des comités techniques d'établissement.

« Elle définit :

« - le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires, ainsi, le cas échéant, que les cessions ou échanges de biens meubles et immeubles liés à ces délégations ou transferts ;

« - les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissements, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;

« - les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;

« - en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus qui seront acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;

« - le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire.

« La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

« La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

« Art. L. 6132-3. - La convention de communauté hospitalière de territoire est soumise à l'avis du ou des représentants de l'État dans la ou les régions concernées et transmise, avant son entrée en application, à l'agence

ou aux agences régionales de santé et de l'autonomie compétentes.

« Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé et de l'autonomie compétentes apprécient la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité.

« Art. 6132-4. - Lorsque les activités de soins ou les équipements matériels lourds dont la convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le transfert ou la cession entre les établissements partenaires sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, l'autorisation est modifiée, en ce qui concerne le lieu, ou confirmée, en ce qui concerne le nouveau titulaire, par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.

« Art. L. 6132-5. - En application du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 :

« 1° Un établissement public de santé qui transfère, en application d'une convention de communauté hospitalière de territoire, une activité de soins à un autre établissement, peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 2° Il peut être procédé à un échange de biens meubles ou immeubles entre deux établissements publics de santé parties à une convention de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-2 du code général de la propriété des personnes publiques.

« La cession ou l'échange mentionnés aux 1° et 2°, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

« Art. L. 6132-6. - L'application d'une convention de communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice d'activités transférées entre des établissements publics de santé parties à cette convention.

« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était propriétaire des biens mis à disposition, la remise de ces biens a lieu à titre gratuit. L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition assume l'ensemble des obligations du propriétaire.

« L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition est substitué à l'établissement public propriétaire dans tous ses droits et obligations à l'égard de ses cocontractants, découlant notamment des contrats

conclus pour l'aménagement, l'entretien et la conservation des biens remis, ainsi qu'à l'égard de tiers.

« En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition en application des alinéas précédents, l'établissement public de santé antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés.

« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants.

« Art. L. 6132-7. - La convention de communauté hospitalière de territoire peut être résiliée :

« 1° Soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ;

« 2° Soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ;

« 3° Soit sur décision prise, après avis du représentant de l'État dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie en cas de non-application de la convention.

« Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer les activités correspondantes, ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.

« Art. L. 6132-8. - Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 6132-9, L. 6132-10, L. 6132-11, L. 6132-12, L. 6132-13, L. 6132-14 et L. 6132-15. - Supprimés par la commission

II. - 1° Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévu à l'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Les agences régionales de santé et de l'autonomie s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire bénéficient d'un financement majoré de 15 % ;

2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « politique sanitaire », sont insérés les mots :

« , notamment la création de communautés hospitalières de territoire » ;

3° L'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

a) Le 3° du II est complété par les mots : « ou membres de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code » ;

b) Après les mots : « et groupements », la fin du premier alinéa du III est ainsi rédigée : « , de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet article dédié aux communautés hospitalières de territoire est très important. De nombreuses interventions ont montré que ce concept recueillait un très large assentiment.

Les communautés hospitalières de territoire doivent permettre aux établissements publics de santé de regrouper leurs forces et de s'organiser. J'ai voulu que ces communautés ne regroupent que des établissements publics pour préserver le caractère public. Le but de ces CHT sera d'offrir une palette de soins adaptés et complémentaires à l'ensemble de la population du territoire.

Les établissements membres d'une CHT garderont une autonomie et des compétences propres, dans une logique de responsabilité. Ils pourront librement déléguer des compétences de gestion et d'investissements à la communauté hospitalière de territoire, pour gérer en commun des moyens. La comparaison avec l'intercommunalité que nous connaissons bien est tout à fait recevable.

J'en viens aux modalités pratiques d'organisation d'une CHT : des établissements publics de santé concluent une convention de CHT en définissant une stratégie et ils mettent en commun des compétences. Ensuite, la convention définit un socle commun de compétences avec le projet médical commun, la mise en cohérence des CPOM, les modalités de coopération et la mise en commun des ressources humaines.

Les CHT produiront des « comptes combinés » pour en démontrer l'efficacité. Enfin, les CHT pourront associer des établissements médico-sociaux publics avec le statut de membre associé dans le cadre de la cohérence de la prise en charge du patient.

Mme la présidente. – Amendement n°453, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, après les mots :

peuvent conclure

insérer les mots :

, si les besoins de santé de la population l'exigent,

M. Guy Fischer. – La création des communautés hospitalières de territoires est présentée comme facultative. Nous en doutons, car les directeurs des ARS pourront prendre, à l'encontre des établissements qui ne seraient pas volontaires, des sanctions ou, plutôt, des incitations financières. Si la participation à une communauté hospitalière de territoire est facultative, pour quelles raisons les établissements de santé publique participeraient-ils à une CHT ?

Or il semble que les causes conduisant à la création d'une CHT relèvent plutôt des seules raisons financières. La formulation retenue ne nous rassure pas.

M. François Autain. – Très bonne démonstration !

M. Alain Milon, rapporteur. – Votre crainte n'est pas très réaliste. La CHT servira plutôt à assurer un bon maillage territorial avec des soins de qualité.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'espère vous convaincre de retirer cet amendement. Il est évident que je partage votre préoccupation mais le texte prévoit que le directeur de l'ARS, qui valide la convention, pourra s'assurer qu'elle prend bien en compte les besoins de santé de la population. Il va même au-delà de votre amendement, qui est donc largement satisfait.

M. Guy Fischer. – C'est la deuxième fois ce soir que je vais accepter un retrait ; c'est peut-être déjà trop...

Nous serons très attentifs à la mise en place des CHT. Nous ne sommes pas très convaincus par les politiques des ARS...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Oh ! Pourquoi ?

L'amendement n°453 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°604 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet, Charasse, Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-1 du code de la santé publique par les mots :

, et les besoins de santé de la population

M. Gilbert Barbier. – Compte tenu de la réponse de Mme la ministre, je retire cet amendement.

L'amendement n°604 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°672, présenté par Mme Hermange.

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-1 du code de la santé publique par les mots :

, ainsi que les problèmes thérapeutiques spécifiques de certaines populations

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Je pensais plus particulièrement aux handicapés.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce sera pris en compte, bien sûr.

L'amendement n°672 est retiré.

L'amendement n°4 n'est pas défendu.

Prochaine séance aujourd'hui, mardi 19 mai 2009, à 14 h 30.

La séance est levée à minuit vingt.

Le Directeur du service du compte rendu analytique :

René-André Fabre

ORDRE DU JOUR

du mardi 19 mai 2009

Séance publique

A 14 HEURES 30 ET LE SOIR

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).

DÉPÔTS

La Présidence a reçu de :

- M. Michel Mercier et les membres du groupe de l'Union centriste une proposition de loi tendant à soumettre les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite conditionnant la constitution des droits à prestation à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise, dits « retraites chapeaux », aux prélèvements sociaux de droit commun ;

- M. Jean-Louis Masson une proposition de loi tendant à améliorer la transparence des opérations de redécoupage électoral ou de répartition des sièges de parlementaires ;

- M. Richard Yung une proposition de résolution européenne, présentée au nom de la commission des affaires européennes en application de l'article 73 bis du Règlement, sur la création d'un système unifié de règlement des litiges en matière de brevets.