

COMPTÉ RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Vendredi 15 mai 2009

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

SOMMAIRE

DÉPÔT D'UN RAPPORT	1
HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)	1
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	1
Article 6	1

SÉANCE du vendredi 15 mai 2009

101^e séance de la session ordinaire 2008-2009

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE TASCA,
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRES :
MME MICHELLE DEMESSINE, M. JEAN-PIERRE GODEFROY.

La séance est ouverte à 9 h 45.

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

Dépôt d'un rapport

Mme la présidente. – M. le Premier ministre a transmis au Sénat le rapport sur l'état semestriel des sommes restant dues par l'État aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale, arrêté au 31 décembre 2008. Il sera transmis à la commission des affaires sociales ainsi qu'à la commission des finances et sera disponible au bureau de la distribution.

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

Mme la présidente. – 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)

Article 6

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-7. - Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

« Le président du directoire est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° ci-après et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il est entendu par le conseil de

surveillance à sa demande ou à celle du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

« Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

« Le président du directoire exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

« Le président du directoire est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

« Après avis du directoire, le président du directoire :

« 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

« 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;

« 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

« 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

« 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

« 5° bis Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

« 6° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

« 7° Supprimé par la commission.....

« 8° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

« 9° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

« 10° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

« 11° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 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 ;

« 12° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

« 13° À défaut d'un accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

« 14° Présente à l'agence régionale de santé et de l'autonomie le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3.

« Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret. »

I bis. - Après l'article L. 6143-7-1 du même code, il est inséré un article L. 6143-7-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-7-1-1. - Le directeur est nommé :

« 1° Pour les centres hospitaliers régionaux et universitaires, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche, parmi les personnels hospitalo-universitaires régis par le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, ou les fonctionnaires mentionnés aux articles 2 et 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, ayant validé des modalités de cursus communs aux deux corps fixées par voie réglementaire ;

« 2° Pour les établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, après avis du président du conseil de surveillance.

« Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la commission administrative paritaire compétente, sauf en

cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1. »

II. - Après l'article L. 6143-7-1 du même code, sont insérés trois articles L. 6143-7-2 à L. 6143-7-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 6143-7-2. - Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Les modalités d'exercice de sa fonction sont précisées par décret. Il élabore, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il coordonne avec le directeur la politique médicale de l'établissement.

« Art. L. 6143-7-3. - Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

« Art. L. 6143-7-4. - Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

« Il comporte sept membres et neuf dans les centres hospitaliers universitaires :

« - le directeur, président du directoire ;

« - le président de la commission médicale d'établissement, vice-président. Dans les centres hospitaliers universitaires, il est premier vice-président, chargé des affaires médicales ; sont en outre vice-présidents un vice-président doyen, directeur de l'unité de formation et de recherche ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, et un vice-président chargé de la recherche nommé par le président du directoire sur proposition conjointe du directeur d'un établissement public à caractère scientifique et technologique désigné par arrêté et du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche, après avis du vice-président doyen ;

« - le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« - des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement et information du conseil de surveillance.

« La durée du mandat des membres du directoire est déterminée par décret. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire. »

III. - La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du même code est supprimée.

IV. - L'article L. 6143-3-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-3-2. - Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son

directoire ou de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

« Il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée.

« À peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus. »

V. - Les articles L. 6143-3, L. 6143-3-1 et L. 6143-4 du même code sont ainsi rédigés :

« Art. L. 6143-3. - Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

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

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

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

« Art. L. 6143-3-1. - Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie place l'établissement public de santé sous administration provisoire, soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou de toutes autres personnalités qualifiées, désignés par le ministre chargé de la santé, lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

« Le directeur général de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine.

« Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du président du directoire, ou les attributions de ce conseil ou du président du directoire, sont assurées par les

administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommé désigné, exerce les attributions du président du directoire. Le directeur de l'établissement est alors placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins. Le directeur général de l'agence peut en outre décider la suspension du directoire. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil de surveillance et le directoire régulièrement informés des mesures qu'ils prennent.

« Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur général de l'agence. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L. 6131-1 et suivants. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. À défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit. »

« Art. L. 6143-4. - Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1 et les actes du président du directoire mentionnés à l'article L. 6143-7 sont exécutoires sous réserve des conditions suivantes :

« 1° Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5° et 6° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas. Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie ;

« 2° Les décisions du président du directoire mentionnées aux 1° à 9° et 11° à 14° de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5° du même article.

« Le contrat mentionné au 1° de l'article L. 6143-7 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

« L'état des prévisions de recettes et de dépenses, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

« Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles, est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours

formés contre l'opposition du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie faite à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications en application de l'alinéa précédent. Il est également compétent pour connaître des décisions du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie prises en application des articles L. 6145-1, L. 6145-2, L. 6145-3, L. 6145-4 et L. 6145-5.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie défère au tribunal administratif les délibérations et les décisions portant sur ces matières, à l'exception de celles relevant du 5° de l'article L. 6143-7, qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les motifs d'illégalité invoqués. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. »

M. Guy Fischer. – Malgré certaines évolutions que l'on doit aux travaux de la commission, le directeur de l'établissement de santé sera bien le patron, sans contre-pouvoir. L'article 6 est à la fois celui qui organise le mode de direction et celui qui instaure un mécanisme de mise sous tutelle des hôpitaux en déséquilibre financier. Le directeur de l'hôpital est parfaitement libre, il n'a pas à partager l'élaboration du projet médical d'établissement...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. – Bien sûr que si !

M. Guy Fischer. – ...Il est libre tant qu'il respecte les règles comptables. L'organisation de l'établissement est subordonnée à la satisfaction de critères économiques, et avant tout la rentabilité. Si telle n'était pas votre souci, vous auriez séparé les dispositions relatives à la mise sous tutelle et celles concernant l'organisation. Vous avez voulu adresser un signal clair aux dirigeants : il y a une seule limite à leur pouvoir, la règle budgétaire.

En 2008, le déficit des hôpitaux publics a diminué...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Et leurs budgets ont augmenté.

M. Guy Fischer. – Et le nombre de postes...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il a augmenté aussi.

M. Guy Fischer. – Les directeurs des établissements de santé doivent avant tout chercher à réduire les dépenses de santé. Leur seul contre-pouvoir est le directeur général de l'agence régionale de santé, c'est-à-dire le Gouvernement. Toutes les mesures nécessaires au retour à l'équilibre doivent être prises le plus rapidement possible : cette orientation place le comptable au-dessus du médical, les suppressions de postes vont se multiplier, les externalisations de prestations s'accéléreront. Les services non rentables et les soins non rémunérateurs seront supprimés. Finalement, ce que vous demandez

aux directeurs des hôpitaux, c'est d'appliquer des choix que vous refusez d'assumer par crainte des manifestations ; et de réaliser à votre place l'amointrissement du service public dont vous rêvez.

M. Jean-Pierre Sueur. – Il existe trois centres hospitaliers régionaux (CHR) qui ne sont pas universitaires : à Orléans, à Metz et à La Réunion. Les médecins d'Orléans se sont émus de ne trouver nulle mention de cette catégorie dans le projet de loi. Mme Printz, élue de la Moselle et moi-même avons déposé deux amendements : l'un a été adopté par la commission, il tend à prévoir des modalités de nomination du directeur identiques à celles applicables dans les CHU ; l'autre, que nous vous présenterons tout à l'heure, vise à prévoir une composition du directoire identique à celle prévue pour les CHU. Soit dit en passant, ces trois CHR ont une activité et un rayonnement supérieurs à ceux de nombreux centres hospitaliers universitaires, peut-être devrait-on en faire des CHU. Ce serait la logique !

Je souscris aux propos de M. Fischer sur l'article, mais je voulais aussi attirer votre attention sur le sort des CHR dans le projet de loi. (*Applaudissements à gauche*)

Mme Annie David. – Alors que les établissements publics de santé sont actuellement gérés par une véritable communauté hospitalière, cet article accroît les pouvoirs des directeurs, au détriment des autres professionnels et des élus. Le débat d'hier sur les trois collèges du conseil de surveillance nous a éclairés. L'adoption unanime de l'amendement déposé sur ce point nous réjouit.

Seul maître à bord puisqu'il présidera le directoire, le directeur de l'hôpital arrêtera donc le projet médical d'établissement. Parallèlement, vous autorisez le recrutement de directeurs non fonctionnaires. N'ayant pas suivi la formation dispensée par l'École nationale de santé publique (ENSP), ils ne devront savoir manier que la calculatrice !

Placé sous la coupe de son directeur, le directoire ne disposera d'aucun pouvoir réel, puisqu'il ne pourra s'opposer ni aux projets de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ni au projet médical d'établissement, ni même au budget. Quels avis pourront formuler des membres nommés et révoqués par le directeur ? L'organe de direction ne connaîtra ni débat ni opposition.

Certes, l'absence de patron peut conduire à des situations de blocage dans certains cas complexes, mais la solution réside dans la transparence et la collégialité, non dans la concentration des pouvoirs.

J'ai une pensée pour ces hommes et ces femmes dévoués, qui mettent leurs compétences au service des patients. Ils savent que l'on peut appliquer aux hôpitaux des règles identiques à celles de la gestion privée.

Démédicaliser la gestion hospitalière étant contraire à la satisfaction des besoins de la population, nous ne voterons par l'article !

M. Jacky Le Menn. – Nous sommes au cœur de la partie hospitalière.

Hier, nous avons constaté que le Gouvernement avait détricoté la position consensuelle *a minima* élaborée par notre commission à propos des conseils de surveillance. Le Gouvernement a défendu sa position avec gourmandise, avec une saillie contre les « Ondam de gauche », dont nous ferons l'anamnèse, sans doute ailleurs, n'ayant pas eu le temps de nous livrer hier soir à cet exercice.

Le compte rendu analytique rapporte que vous m'avez accusé hier d'attaquer les directeurs d'hôpital. C'est faux ! J'ai critiqué le système. J'ai longtemps siégé au jury d'admission à l'ENSP, afin de repérer les diplômés les plus brillants de Sciences-Po à même de diriger les hôpitaux avec nous. Je souhaitais qu'ils n'aient pas l'épine dorsale trop souple, car ils seraient à l'avenir pris entre la politique nationale et les collectivités territoriales.

Ce projet de loi a été inspiré par des économistes libéraux de la santé. Je vous invite à consulter les travaux de Mintzberg sur les institutions et les organisations : vous verriez alors qu'à l'instar des universités, les hôpitaux sont des bureaucraties professionnelles, caractérisées par le fait que la réalité du « produit » est appréciée par les professionnels, contrairement à ce qui se passe dans les systèmes de marché. Il faut donc associer tout le monde à leur gestion grâce à une régulation souple et à des jeux coopératifs, loin de votre schéma bonapartiste obligeant de petits chefs à relayer les ordres du chef suprême.

Mes jeunes collègues directeurs d'hôpital ne supporteront pas longtemps ce *modus operandi* ! (*Applaudissements à gauche.*)

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – Je souhaite à tous une bonne journée de travail.

M. Guy Fischer. – Ne tentez pas de nous amadouer !

M. Alain Milon, rapporteur. – Ce projet de loi institue un directoire au pouvoir consultatif et transfère au directeur les attributions dévolues aujourd'hui au conseil d'administration, mais que le conseil de surveillance n'exercera plus.

Je souhaite rappeler maintenant les conclusions auxquelles votre commission est parvenue, dans le prolongement des travaux conduits en son temps par la commission de réflexion sous la présidence de M. Larcher, qui avait recherché un meilleur équilibre des pouvoirs entre le directeur, le directoire et le conseil de surveillance.

Ainsi, les directeurs d'établissement seraient nommés par le directeur général du centre national de gestion, parmi une liste de trois candidats élaborée par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du conseil général de surveillance. Le directeur pourra être entendu par le conseil de surveillance. D'autre part, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le directeur prendraient des décisions conjointes pour améliorer la prise en charge des patients. Le président de la CME sera consulté sur les équipements et il élaborera le projet médical de l'établissement. Ce document, soumis au directoire pour approbation, comporterait notamment un projet de soins infirmiers, de rééducations et médico-techniques. La commission souhaite que les sages-femmes soient représentées au sein du personnel médical. La nomination et la révocation des membres du directoire seraient décidées par le directeur, après consultation du président de la CME.

Enfin, les directoires des CHU auraient deux vice-présidents.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – A mon tour, je forme des vœux pour votre travail.

L'article 6 aborde la gouvernance de l'hôpital, la nomination des directeurs et l'administration provisoire des établissements publics de santé.

Je souhaite que nous renoncions aux approches manichéennes opposant de façon absurde les « méchants directeurs » aux « gentils médecins ». (*Sur les bancs socialistes, on estime que le sujet n'a jamais été abordé en ces termes*)

M. François Autain. – Vous déformez nos propos !

M. Guy Fischer. – Caricature !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Fonctionnaires de haute qualité, les directeurs d'hôpital ont été très choqués. Ils ont beaucoup souffert du procès intenté ! (*On se demande à gauche de quel procès il est question*)

Ne devant pas faire de bénéfices, l'hôpital n'est pas une entreprise.

M. Guy Fischer. – Nicolas s'en chargera !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il a pour but d'appliquer un projet médical.

Bien sûr, il faut gérer les finances hospitalières, fournies par la solidarité nationale. En effet, les dépenses des établissements de santé sont à 95 % financées par l'assurance maladie, dont 45 % des ressources proviennent de cotisations assises sur les salaires, un impôt remarquable créé par la gauche (*sur les bancs socialistes, on se félicite de cet hommage.*) et acquitté même par nos concitoyens de condition modeste apportant 37 % des revenus. Le reste provient de taxes sur les tabacs et alcools. Il est normal que les directeurs rendent compte à l'euro près

de ce qu'ils font avec l'argent confié par nos concitoyens.

Alors qu'il n'était pas encore président du Sénat, M. Larcher a conduit des travaux dont la conclusion consensuelle avait été précédée par l'audition de centaines d'acteurs de la vie hospitalière représentant l'ensemble des catégories concernées : les obstacles à la prise de décision gênent l'évolution des hôpitaux, alors que nos concitoyens souhaitent des structures dynamiques et réactives. Dans cet esprit, l'article 6 permettra aux établissements de mieux satisfaire les besoins de nos concitoyens. Le directeur sera plus autonome, pour mieux piloter les hôpitaux publics.

Le vice-président de droit de ce directoire est le président de la commission médicale d'établissement, et les médecins y seront majoritaires. Sa composition a été conçue comme resserrée pour garantir l'efficacité du pilotage des établissements

Dans les CHU, le président de la CME sera le premier vice-président ; il sera accompagné par un vice-président doyen, directeur de l'unité de formation et de recherche, ainsi qu'un vice-président chargé de la recherche.

M. Nicolas About, président de la commission. – Si, avec tout cela, ça ne marche pas...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Globalement, ce texte tel que la commission l'a modifié porte une ambition de gouvernance unie, et tout est réuni autour de ces nouveaux outils de pilotage pour susciter une gestion médicalisée du fonctionnement de l'hôpital.

Je voudrais également insister sur le souci qui nous a animés de prendre en compte les particularités d'organisation des centres hospitaliers universitaires. Je me contenterai de proposer quelques ajustements qui ne remettent pas en cause l'esprit de votre texte. Les mesures présentées concernent la nomination des membres du directoire, la prise de décision au sein du directoire, les prérogatives du directeur en matière de coopération, les relations entre le directeur et le conseil de surveillance, l'élaboration du projet médical.

Pour être pleinement responsable devant l'État représenté par le directeur général de l'ARS, le directeur doit être en capacité d'exercer son autorité et d'assumer ses décisions. Il doit donc conserver un droit de regard sur le projet médical. Le président de CME est une haute autorité médicale ; il assure la continuité et la cohérence du projet médical. Il n'a pas à se trouver en position d'autorité par rapport à ses pairs. Son autorité morale sera d'autant plus grande qu'il sera libre. Les décisions d'autorité seront assumées par le directeur.

Les directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux et universitaires seront désormais nommés par décret pris en conseil des ministres, sur le rapport des ministres concernés, dans le personnel hospitalo-universitaire ou parmi les fonctionnaires ou

contractuels ayant validé un cursus commun : ils doivent évidemment avoir une formation pointue en matière de santé publique. Les directeurs des autres hôpitaux seront nommés par le directeur général du centre national de gestion, sur proposition d'une liste de trois noms par le directeur général de l'agence régionale de santé, qui aura recueilli l'avis du président du conseil de surveillance.

Votre commission a proposé d'unifier le mode de désignation des directeurs d'établissements, qu'ils soient membres ou non d'une communauté hospitalière de territoire. Ces mesures sont une étape importante dans la modernisation des établissements de santé. Je vous présenterai donc des amendements pour aller plus loin sur certains de ces points.

Les dispositions relatives à la mise sous administration provisoire des établissements publics de santé, adoptées par le Parlement dans l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, avaient été disjointes par le Conseil constitutionnel au motif qu'elles n'avaient qu'un effet trop indirect sur les dépenses des régimes d'assurance maladie. Afin de rétablir rapidement l'équilibre dans tous les établissements publics de santé, nous voulons que le directeur de l'ARS puisse demander l'adoption d'un plan de redressement par l'établissement et conclure sur cette base un avenant au contrat d'objectifs et de moyens ; en cas d'échec, il pourra nommer des administrateurs provisoires pour assurer les fonctions du conseil de surveillance ou du président du directoire, voire des deux simultanément. Cette procédure exceptionnelle doit permettre de sortir d'une situation de crise et d'assainir la situation de l'établissement pour permettre à un nouveau directeur de prendre ses fonctions dans un cadre stabilisé.

Notre projet d'hôpital est un projet médical, porté par la communauté médicale. La plupart du temps, le directeur et le président forment une équipe unie ; c'est cela que nous voulons conforter.

Mme la présidente. – Amendement n°416, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Je tiens tout d'abord à vous remercier, madame la ministre, pour cette longue explication de texte. Il est exceptionnel que le Gouvernement le fasse, alors que cela permet d'apporter des précisions et de donner des gages.

Cet article aura concentré sur lui toutes les oppositions de la communauté hospitalière. J'en veux pour preuve le succès, renouvelé hier, des manifestations de praticiens et de personnels. (*On ironise à droite*)

M. Gilbert Barbier. – Un succès très modéré !

M. Guy Fischer. – J'y étais ! J'ai pu en juger de mes propres yeux. (*Sourires*)

Les quelques concessions faites aux médecins de CHU sur ce qu'il est convenu d'appeler la « gouvernance » de l'hôpital n'ont rien changé sur le fond. Chacun a bien compris qu'avec ces amendements de dernière minute, vous ne renoncez pas à mettre en place ce que le Mouvement de défense de l'hôpital public (MDHP) qualifie de « pouvoir vertical politisé détenu par les directeurs d'agences régionales de santé dont la seule finalité est l'équilibre budgétaire ».

La façon dont vous prétendez réformer la direction et la gestion des hôpitaux ne permettra pas d'atteindre l'objectif affiché d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cette concentration de pouvoirs entre les mains du seul directeur d'un établissement hospitalier procède d'une vision étroitement budgétaire, comptable, *managériale* de l'hôpital public. Sur le fond, on évaluera les résultats en fin d'année sur la seule base de la réduction du déficit.

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous voulons le meilleur service au meilleur prix.

M. Guy Fischer. – Nos hôpitaux ont certes besoin de moyens, mais surtout du travail en commun d'équipes qui partagent et qui adhèrent à un même projet. D'un côté vous concentrez les pouvoirs aux mains d'un seul, de l'autre vous écarterez la communauté hospitalière qui n'aura en aucune façon la possibilité de peser sur le cours des choses, ni même d'être réellement associée aux décisions. Je parie que les nominations des directeurs des agences régionales de santé se feront au plus haut niveau et que l'on choisira les hommes les plus aptes à mettre en œuvre sans état d'âme votre politique.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable.

M. Jean-Pierre Fourcade. – Je remercie Mme la ministre d'avoir bien présenté cet article essentiel qui réorganise la répartition des pouvoirs à l'hôpital. La plupart d'entre nous avons passé quelques années dans des conseils d'administration d'hôpitaux ; pour ma part, j'ai une expérience de quelque 30 ans !

Je vois trois raisons de refuser cet amendement de suppression. La première, sur laquelle je n'ai pas entendu qu'on ait insisté, c'est qu'on va enfin pouvoir prendre les décisions localement. Les blocages sont tels qu'il est actuellement très difficile d'arriver à des décisions locales, et l'on doit remonter au niveau départemental quand ce n'est pas jusqu'au ministère.

M. Jean Desessard. – Qu'est-ce qui bloque ?

M. Jean-Pierre Fourcade. – La deuxième raison, c'est que l'on donne ainsi au président de la CME un rôle précis. Si certains de ceux qui ont défilé hier s'y opposent, c'est en vertu de ce goût bien français pour les guéguerres sur les sujets les plus mineurs. Le mécanisme de cohésion obligatoire qui est instauré

permettra de régler localement un bon nombre de problèmes.

Enfin, l'organisation en conseil de surveillance et directoire permet de faire le départ entre d'une part, la stratégie, le contrôle de l'activité, la prospective et le long terme et d'autre part, la gestion quotidienne de l'ensemble hospitalier. Les élus, les personnalités qualifiées et le personnel y seront sensibles.

L'article 6 est essentiel. Le groupe UMP votera unanimement contre l'amendement de suppression. (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

M. Bernard Cazeau. – Cet article est le nœud de la contestation des médecins, qu'ils soient grands patrons ou praticiens de base. Pour la première fois, après vingt ans à la tête du conseil général de la Dordogne, j'ai reçu une pétition de tous les médecins de l'hôpital de Périgueux, qui ne partagent pas tous mes opinions.

Il y a de bonnes choses dans cette réforme, mais il faut éviter la démesure. Dans la plupart des cas, médecins et directeur d'hôpital travaillent main dans la main ; en cas de désaccord, les médecins, pris par leur métier, ont tendance à renoncer à se battre. C'est sur ce renoncement que vous comptez, en renforçant le pouvoir du directeur !

Il faut revoir ce dossier, dans la concertation. Le président de la commission et le rapporteur ont fait un excellent travail (*M. Jean-Pierre Fourcade approuve*), dans la concertation, mais n'ont malheureusement pas toujours été suivis. Nous voterons la suppression de l'article 6. (*Mme Gisèle Printz applaudit*)

M. Jean Desessard. – Bravo, merci à tous, vous êtes fantastiques, travail, ambiance, réactivité... c'était hier soir. Je vous félicite, madame la ministre : vous êtes dynamique, vous avez du souffle, vous tenez ! (*Sourires*) Vous montrez que l'on peut diriger en sachant composer : espérons que les directeurs d'hôpital suivront votre exemple ! (*Sourires*)

Il y a des équipes unies, dites-vous. Le conseil de surveillance est resserré, son président sera reconnu par ses pairs et aura donc plus de pouvoir. Le président du directoire, *idem* !... Si tout le monde voit ses pouvoirs renforcés, où en est-on ? Où est l'instance de négociation ? Il n'y en a pas, puisque c'est le directeur qui tranchera !

Que sont les missions de service public ? Les conditions de travail dans le public sont difficiles : si les personnels ne se sentent pas reconnus, investis d'une mission de service public, ils se démotivent. A vouloir supprimer les blocages, les syndicats, la solidarité de corps dans le service public, le Gouvernement a conduit les fonctionnaires à se désinvestir de leur travail : désormais, se sentant de moins en moins soutenus par leur direction, les personnels de la SNCF ou de la RATP n'interviennent plus en cas d'agression dans une gare, et comptent sur la police. C'est ce que

l'on gagne à demander aux fonctionnaires des efforts sans la moindre reconnaissance en contrepartie !

M. François Autain. – Je voterai l'amendement de suppression. (*M. le président de la commission fait mine d'être soulagé*) Le Gouvernement n'a pas encore évalué les conséquences de la récente réforme des pôles de gestion -qui a parfois entraîné plus de désordres qu'elle n'a apporté de solutions- qu'il poursuit sa fuite en avant en se lançant dans une nouvelle réforme ! Il faut prendre le temps de la réflexion, évaluer les réformes en cours, mener une concertation plus large et ambitieuse avec les professionnels que celle engagée pour le rapport Larcher. L'organisation d'états généraux, comme vous l'avez fait pour l'organisation des soins, aurait sans doute permis de dégager des projets plus adaptés à la réalité hospitalière.

M. Gilbert Barbier. – Cet article 6 est fondamental : je vois mal comment la réforme pourrait aboutir sans qu'il soit examiné. Le directoire, tel qu'il ressort des amendements de la commission, donne un véritable rôle au président de la commission médicale de l'établissement. La majorité médicale au sein du directoire resserré sera la cellule opérationnelle. La présence d'un représentant des personnels infirmiers complète cette participation à la gestion directe, quotidienne, de l'hôpital, qui fait aujourd'hui défaut. Il faut en débattre !

A la demande du Gouvernement et du groupe CRC, l'amendement n°416 est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	340
Majorité absolue des suffrages exprimés	171
Pour l'adoption.....	139
Contre	201

Le Sénat n'a pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°326, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Remplacer la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique par deux phrases ainsi rédigées :

Le directeur préside le directoire. Il met en œuvre avec lui la politique générale de l'établissement.

M. Yves Daudigny. – Si « La tendance au renforcement progressif des compétences du directeur de l'hôpital est ancienne, elle connaît cependant, avec le projet de loi, une nette accélération, le directeur-président du directoire étant investi de pratiquement tous les pouvoirs d'administration et de décision », « à ces compétences déjà étendues, le projet de loi ajoute

l'essentiel de celles qui étaient détenues par le conseil d'administration et quelques-unes qui étaient restées l'apanage dans la communauté médicale ». « Il n'est donc pas étonnant que le dispositif proposé ait été interprété comme un recul par rapport à la recherche d'une « nouvelle gouvernance » c'est-à-dire pour reprendre l'expression du rapport Larcher « d'un meilleur équilibre entre pouvoirs administratifs et médicaux à l'hôpital ». J'ai cité le rapport de M. Milon...

L'article 6 répond à une exigence du Président de la République qui « veut un patron à l'hôpital ». Le conseil exécutif devient ainsi un directoire, très affaibli tant dans sa composition que dans ses attributions.

Notre amendement vise un rééquilibrage, pour sauvegarder une collégialité essentielle associant le gestionnaire et le médical. Nous conforterons ainsi les efforts engagés ces dernières années par les hospitaliers pour affirmer le rôle du conseil exécutif. (*Applaudissements à gauche*)

Mme la présidente. – Amendement n°417, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, remplacer le mot :

conduit

par les mots :

met en œuvre

Mme Annie David. – Cet article constitue le cœur de la politique de restriction et d'étatisation de la santé que vous entendez imposer. La suppression du conseil d'administration, les superpouvoirs confiés au directeur vont à l'encontre des principes fondamentaux de la démocratie sanitaire. La santé n'est pas un bien comme les autres : il est inacceptable de transformer ainsi l'hôpital en une simple entreprise.

Le directeur doit construire et mettre en œuvre la politique générale de l'établissement avec les représentants des personnels, les élus, les représentants des associations, seule façon de garantir une bonne gestion valorisant les efforts de la communauté médicale pour améliorer la qualité des soins. Cette approche croisée, au sein du conseil d'administration, est indispensable pour faire entendre les besoins.

Au lieu de cela, vous instaurez un conseil de surveillance aux pouvoirs limités, au sein duquel toutes les catégories de personnels ne pourront plus faire entendre leur voix, pas plus que les usagers, et où les élus verront leur rôle diminué, alors même qu'ils contribuent à inventer des solutions innovantes, au plus près des besoins du terrain. C'est inacceptable. Les risques de cette hypercentralisation sont trop importants pour laisser faire. Le conseil de surveillance

ne saurait être une chambre d'enregistrement placée sous la direction d'un seul.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je me réjouis de l'attention avec laquelle M. Daudigny a lu mon rapport, mais il n'est pas honnête d'extraire ainsi une phrase de son contexte.

M. Guy Fischer. – C'est pourtant bien ce que vous avez écrit.

M. Alain Milon, rapporteur. – Mon avis reste défavorable à son amendement n°326 : le principe de collégialité est difficilement applicable à la direction d'un hôpital public. Même avis sur le n°417.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable à ces deux amendements, pour les mêmes raisons.

M. Marc Laménie. – Vous regrettez la toute puissance du directeur, mais dans une telle structure, il faut bien qu'il y ait un responsable. Le travail sur ce texte a été très constructif. Le terme « conduit » a été bien pesé. Tout repose, quoi qu'il en soit, sur le facteur humain.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Bien sûr !

M. Marc Laménie. – Mme la ministre nous a là-dessus rassurés. Les directeurs sont des personnes responsables, qui travaillent en étroite collaboration avec les personnels de santé. Le groupe UMP ne votera pas ces amendements.

L'amendement n°326 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°417.

Mme la présidente. – Amendement n°546, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter la seconde phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, par les mots :

et fournit à ce dernier tous les documents qu'il jugera nécessaire à l'accomplissement de ces missions

M. Guy Fischer. – Nous espérons, par cet amendement, renforcer le conseil de surveillance. Non point que nous estimions ce projet amendable : il est inacceptable et, parfaitement contraire à notre conception de la démocratie sociale et sanitaire, il ne permettra pas à l'hôpital de satisfaire les besoins de la population. Mais nous n'avons pas voulu rester muets sur le conseil de surveillance, auquel est réservé un sort indigne qui signe un recul sans précédent puisque les personnels médicaux et paramédicaux, administratifs et ouvriers ne participeront plus aux décisions.

Nous entendons permettre au conseil de mener à bien la charge qui est la sienne : contrôler l'action du directeur. Or, il ne sera pas en mesure de le faire s'il ne peut disposer des documents nécessaires.

Comment se prononcer sur un budget prévisionnel si le directeur ne communique pas certains documents, comme les injonctions du directeur général de l'ARS ?

Le conseil de surveillance est tenu de fournir au directeur tous les documents nécessaires à l'organisation des travaux de cette instance : respectez au moins le parallélisme des formes !

M. Alain Milon, rapporteur. – Le texte de la commission vous donne satisfaction. Retrait ou rejet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'amendement est en effet satisfait. Défavorable.

MM. Autain et Fischer. – Quel niveau ? Quel alinéa ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Monsieur Fischer, le directeur doit naturellement rendre des comptes au conseil de surveillance et contribuer à la transparence du fonctionnement des hôpitaux. Le conseil, dispose le texte, délibère sur la stratégie de l'établissement et se prononce sur des éléments fondamentaux tels que le projet d'établissement, le compte financier, le rapport annuel d'activité ou encore le statut des fondations hospitalières. Les textes réglementaires, j'y veillerai, détailleront les conditions dans lesquelles le directeur doit transmettre des informations complémentaires au conseil de surveillance. (« Ah ! » à gauche) J'ai également déposé un amendement précisant que le directeur prépare les travaux du conseil de surveillance et y assiste dans le but de garantir la production des informations nécessaires au bon fonctionnement du conseil de surveillance. D'où mon avis défavorable.

M. Guy Fischer. – Selon le président de la commission, l'amendement est satisfait. Mais le texte retenu par la commission dispose que « A toute époque de l'année, le conseil de surveillance (...) peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission ». C'est différent ! Notre amendement prévoit une transmission automatique...

M. Nicolas About, président de la commission. – Le conseil de surveillance peut juger lui-même des documents dont il a besoin...

M. Guy Fischer. – Soyons sérieux ! Peut-on raisonnablement participer à un conseil de surveillance sans disposer des documents nécessaires ?

M. Jean Desessard. – Eh oui !

M. Nicolas About, président de la commission. – De toute façon, le président Fischer a tout compris... Le texte de la commission dispose que « le conseil de surveillance peut... », l'amendement n°546 que « le directeur de l'établissement fournit... ». La rédaction de la commission est préférable, car l'amendement mentionne les « missions » du conseil de surveillance sans les préciser...

M. Guy Fischer. – Par principe, et puisque j'ai tout compris (*rires*), je maintiens mon amendement !

L'amendement n°546 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°418, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Il communique au président du conseil de surveillance, dans un délai fixé par décret, tous les éléments nécessaires à la préparation des travaux du conseil de surveillance.

Mme Annie David. – Puisque l'amendement semble satisfait (*on le confirme sur le banc de la commission et celui du Gouvernement*), je m'incline.

L'amendement n°418 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°51, présenté par M. Pozzo di Borgo.

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique :

« Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis conforme de la commission médicale de l'établissement transmis par son président au directeur, président du directoire, ce dernier propose au directeur général du Centre national de gestion, la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.

M. Yves Pozzo di Borgo. – Bien que les explications de Mme la ministre et de M. Fourcade sur le bien-fondé de l'article 6 m'aient convaincu, je m'interroge sur son application. Le monde médical est un monde complexe que je connais, non en tant que membre de la commission des affaires sociales, mais pour avoir siégé durant cinq ans au conseil d'administration de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris en tant que conseiller de Paris. L'AP-HP, avec 37 hôpitaux, 23 000 lits, 70 000 agents, 20 000 médecins, représente presque 50 % de la recherche française. Madame la ministre, première question, dont je vous prie d'excuser l'innocence, l'article 6 s'appliquera-t-il à la structure de direction de l'AP-HP et à chacun des établissements qui la composent ? Ensuite, comment cela fonctionnera-t-il à l'AP-HP ? Je rejoins les préoccupations de M. Bernard Debré, conseiller de Paris et chef de service lorsque j'étais administrateur de l'AP-HP. Je ne fais pas de mes amendements une affaire théologique : j'aborde le sujet avec beaucoup d'humilité car ce monde est difficile. Pour moi, il y a presque deux univers : celui des hôpitaux de province -quoique Marseille et Lyon comptent de grands hôpitaux- et cet univers extraordinaire de l'AP-HP que j'ai découvert en tant

que simple élu. L'AP-HP est une structure unique en France...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...Au monde !

M. Yves Pozzo di Borgo. – Bref, avec ces amendements, je tente de vous faire partager mes interrogations et mon expérience à l'AP-HP.

Mme la présidente. – Amendement n°52, présenté par M. Pozzo di Borgo.

Dans la quatrième phrase du troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après le mot :

lorsqu'il existe

insérer les mots :

et du chef de service,

M. Yves Pozzo di Borgo. – Texte même.

L'amendement n°100 rectifié bis n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°613 rectifié bis.

Mme la présidente. – Amendement n°420, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la quatrième phrase du troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après les mots :

et après avis

insérer le mot :

conjoint

M. Guy Fischer. – Cet amendement, loin d'être seulement rédactionnel, prévoit une coopération du chef de pôle avec la CME pour établir la proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation des personnels. Comment un médecin nommé dans un service contre l'avis de la CME pourra travailler avec ses collègues ?

Mme la présidente. – Amendement n°421, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la quatrième phrase du troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après le mot :

pharmaceutiques

insérer le mot :

, maïeutiques

M. François Autain. – Les sages-femmes, contrairement aux autres professions médicales et à la profession de pharmacien, ne disposent pas d'un statut de praticien hospitalier respectueux de leurs caractéristiques et de leur autonomie professionnelles. En effet, elles sont assimilées aux professions paramédicales, codifiées dans le titre IV du code de la

fonction publique, et placées dans un lien de subordination incompatible avec leur déontologie. Conséquence, le caractère physiologique des naissances, dont elles ont la responsabilité, est souvent mis en doute et conduit à une surmédicalisation de la naissance préjudiciable aux femmes et aux nouveau-nés, et coûteuse pour la collectivité. D'où cet amendement qui aligne leur recrutement sur celui des praticiens hospitaliers.

Mme la présidente. – Amendement n°422, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la dernière phrase du troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, supprimer les mots :

du président

M. Guy Fischer. – Le directeur de l'établissement, prévoit ce texte, dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. « Je ne veux pas d'un patron à l'hôpital », avez-vous déclaré, madame la ministre, en réponse aux orateurs intervenus dans la discussion générale le 13 mai dernier. (« Ah ! » à gauche) Déclaration étonnante, car contraire à l'esprit de ce texte et au dogme présidentiel.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je dirai même plus : la doxa présidentielle ! (*Sourires*)

M. Guy Fischer. – Pour mémoire, M. Sarkozy déclarait dans son discours de Bordeaux en octobre dernier : « Alors je vais dire quelque chose qui n'est pas politiquement correct, mais moi je souhaite que le directeur soit le patron reconnu, le seul ». Depuis, la commission a travaillé et la majorité sénatoriale s'est réunie à Maignon enfin d'entériner les décisions prises par le Président pour satisfaire les personnels hospitaliers.

L'article a été modifié pour prévoir la consultation d'instances comme la CME, ou plutôt son président. Mais le président de la CME est lui-même nommé par le directeur, et sa rémunération comporte une part variable déterminée par ce dernier. C'est donc un système de domination que vous mettez en place. Nous n'exprimons aucune défiance personnelle à l'égard du président de la CME, mais nous dénonçons cette organisation pernicieuse qui risque d'avoir de lourdes conséquences.

Si nous avons voulu renforcer la CME, c'est parce que nous pensons que la collégialité garantit la richesse des débats et l'indépendance des décisions. Vous, au contraire, vous méfiez de la démocratie hospitalière et des contre-pouvoirs.

Rappelons-nous l'affaire Pérol : un ancien collaborateur du Président de la République a été nommé à la tête des Caisses d'épargne et des Banques populaires.

M. Alain Fouché. – La gauche en avait fait autant !

M. Guy Fischer. – Je vois que ce souvenir vous irrite : j'ai bien fait d'en parler ! M. Guéant a affirmé que la commission de déontologie avait donné son accord, il n'en était rien. Chat échaudé craint l'eau froide ! Les projets de nomination ne doivent pas être soumis à l'avis du seul président de la CME, mais de la CME tout entière.

Mme la présidente. – Sous-amendement n°1285 à l'amendement n°52 rectifié de M. Pozzo di Borgo, présenté par le Gouvernement.

Dans le dernier alinéa de l'amendement n°52 rect., remplacer les mots :

chef de service

par les mots :

responsable de la structure interne

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il peut ne pas exister de chef de pôle, quand il a été décidé de laisser subsister un service isolé plutôt que de l'insérer dans un pôle fourre-tout. Nous avons d'ailleurs redonné aux hôpitaux la possibilité de créer des services, qu'ils avaient perdue depuis des années.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission n'est pas favorable à l'amendement n°51, qui requiert l'avis, de surcroît conforme, de la CME tout entière.

Avis favorable à l'amendement n°52 sous-amendé.

Quant à l'amendement n°420, ses auteurs l'ont présenté comme purement rédactionnel. Mais cet habillage ne nous a pas trompés !

Mme Annie David. – M. Fischer s'en est expliqué !

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, ainsi qu'à l'amendement n°421 : la commission s'est montrée favorable à l'inclusion des sages-femmes dans plusieurs structures hospitalières, mais elle ne croit pas opportun de les faire nommer par le CNG.

Nous avons reconnu la constance, voire l'obstination du groupe CRC-SPG dans l'amendement n°422 ; vous apprécierez que la commission, faisant preuve des mêmes qualités, rejette l'amendement. (*Sourires*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Retrait de l'amendement n°51. L'AP-HP est sans doute l'une des plus grandes structures hospitalières du monde, un fleuron de notre médecine. Mais je ne sais si elle se montre si performante grâce à ses structures ou malgré elles...

M. Guy Fischer. – Ce n'est pas gentil !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous préférons laisser à l'AP-HP la liberté de s'organiser comme elle le souhaite.

Avis favorable à l'amendement n°52, sous réserve de l'adoption du sous-amendement du Gouvernement.

Il ne nous avait pas non plus échappé que l'amendement n°420, loin d'être rédactionnel, touchait au fond des choses. Avis défavorable.

L'amendement n°421, qui tend à faire nommer les sages-femmes par le CNG sur proposition du président du directoire, n'est pas illégitime mais il suppose le transfert de 10 000 dossiers sans prévoir aucun financement pour couvrir les coûts supplémentaires. En outre, la loi de janvier 1986 ne confie au CNG que la gestion des carrières du personnel de directions et des praticiens. Si le projet de loi étend son champ de compétence aux directeurs de soins, c'est parce qu'ils entrent dans la première catégorie. En y incluant les sages-femmes, nous nous exposons aux demandes reconventionnelles d'autres professions.

L'amendement n°422 est loin d'être anodin, lui aussi. Avis défavorable.

M. Bernard Cazeau. – Nous voterons l'amendement n°51, qui va tout à fait dans le sens que nous souhaitons, ainsi que l'amendement n°52 sous-amendé et les amendements de M. Fischer.

M. Yves Pozzo di Borgo. – Étant donné les explications de Mme la ministre, je retire l'amendement n°51.

L'amendement n°51 est retiré.

Le sous-amendement n°1285 est adopté, de même que l'amendement n°52 ainsi sous-amendé.

L'amendement n°420 n'est pas adopté.

M. François Autain. – Je n'ai pas été convaincu par les explications de Mme la ministre touchant l'amendement n°421. Il ne me paraît pas normal que le CNG ne soit pas en charge de la gestion de la carrière des sages-femmes. Certes, cela n'était pas prévu dans le texte d'origine ; mais peut-on l'envisager à l'avenir ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous verrons.

M. François Autain. – Cela me paraît d'autant plus nécessaire que le projet de loi confie aux sages-femmes des responsabilités accrues : elles doivent donc être traitées comme le personnel de direction et les praticiens.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je n'ai pas d'opposition philosophique à votre demande, mais on ne peut pas remanier les missions du CNG au détour d'un amendement. En outre, les sages-femmes se voient confier des missions de plus en plus importantes et seront bientôt considérées comme des praticiens à part entière, ce qui permettra d'atteindre le but que vous visez. Mais on ne peut pas transférer d'un jour à l'autre 10 000 dossiers au CNG sans évaluation préalable.

Ne voyez pas d'échappatoire dans ce que je dis. Derrière cet amendement sympathique, il faut prendre en compte les aspects opérationnels.

M. François Autain. – Compte tenu de ces explications, je retire l'amendement, en espérant qu'il sera prochainement satisfait.

L'amendement n°421 est retiré.

L'amendement n°422 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°683 rectifié, présenté par M. Antoinette et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le président du directoire ne peut ni choisir, ni révoquer les membres représentant le personnel médical ou paramédical non administratif.

M. Jean Desessard. – C'est toujours un plaisir de présenter un amendement de notre collègue Antoinette, sénateur de Guyane, ce qui me donne l'occasion de vous rappeler que je vous ai posé une question...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous aurez votre réponse !

M. Jean Desessard. – Tant mieux ! Je me réjouis d'être éclairé sur le devenir du centre de prévention de santé de Twenké, situé à deux heures d'avion de Maripasoula, puis à quelques heures de pirogue. (Sourires)

J'espère que cet amendement aura le même succès. Il vise à éviter la démotivation des praticiens et les tensions entre direction et personnel médical pouvant résulter de la nomination par les directeurs d'établissement des membres du directoire représentant cette catégorie de personnel.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à cet amendement, radicalement contraire aux positions de la commission.

L'amendement n°683 rectifié, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°328, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le cinquième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique par deux phrases ainsi rédigées :

Il exerce cette attribution avec le concours d'un comptable public de proximité. Les trésoreries qui comptent la gestion de l'hôpital dans leurs missions sont constituées en réseau départemental.

M. Claude Jeannerot. – Cet amendement conforte la place du comptable public dans la gestion de l'hôpital. L'objectif est double : sécuriser le rôle du

directeur et maintenir un lieu de paiement proche des usagers.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à cet amendement qui n'apporte rien de nouveau.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable. La responsabilité des choix budgétaires et financiers incombe au président du directoire, après consultation de celui-ci, et l'objet de la loi n'est pas d'obliger le président à recourir systématiquement au comptable public, sur lequel il n'exerce aucune autorité et qui ne fait pas partie de l'établissement en vertu du principe de stricte séparation de l'ordonnateur et du comptable. Je rappelle que le comptable public dépend du ministère du budget. Enfin le fonctionnement des trésoreries est d'ordre réglementaire...

L'amendement n°328 n'est pas adopté.

La séance, suspendue à 11 h 35, reprend à 11 h 40.

Mme La présidente. – Amendement n°423, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le sixième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique :

« Après approbation du directoire, son président :

Mme Annie David. – Le Gouvernement -et M. Fourcade vient de le faire également- nous parle souvent des lenteurs, voire des blocages de l'administration hospitalière pour justifier des mesures autoritaires et faire du président du directoire, le nouveau PDG de l'hôpital, décisionnaire unique soumis à certains impératifs financiers. S'il y a des blocages, ils sont souvent dus aux suppressions de lits et de postes... Il est donc illégitime que le président ne soit pas lié par l'avis du directoire sur des questions aussi importantes que le projet médical d'établissement, la qualité et la sécurité des soins, la politique d'intéressement, le programme d'investissement et, même, l'organisation du travail et des temps de repos si un accord n'a pu être trouvé avec les organisations syndicales. A moins de faire de ce directoire une simple chambre d'enregistrement, on ne peut imaginer qu'il donne simplement un avis. De plus, il est dangereux, sur ces questions primordiales, de s'en remettre à la décision d'une seule personne. Et s'il ne parvient pas à obtenir l'assentiment d'un directoire de sept à neuf personnes dont la majorité a été nommée par lui, il y a lieu de s'inquiéter...

Le Gouvernement propose même d'aller au-delà en transformant l'avis du directoire en simple consultation collégiale des membres. Cette conception ultra-hiérarchique du fonctionnement de l'hôpital public est contraire à la nécessaire démocratisation et à la modernisation des services publics.

Intérêt financier et intérêt médical ne font pas bon ménage : il faut des contre-pouvoirs au pouvoir du président du directoire.

Mme la présidente. – Amendement n°134, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

Au début du sixième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, remplacer les mots :

Après avis du directoire

par les mots :

Après avis conforme de la majorité des membres du directoire

M. Jean Desessard. – Le directoire doit être un lieu de délibération et de décision collective. Certes, il est séduisant de confier des pouvoirs étendus à un directeur véritable chef d'entreprise capable de redresser la situation : mais cela est dangereux pour la démocratie sanitaire et la bonne entente de tous au sein des établissements. Il faut garantir que les mesures de réorganisation seront acceptées et que leur mise en œuvre se déroulera sans difficulté.

Mme la présidente. – Amendement n°1183 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Dans le sixième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, remplacer le mot :

avis

par les mots :

consultation collégiale

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je veux insister sur le caractère collégial de la consultation. On a beaucoup parlé du directeur, trop peut-être, laissant penser qu'il dirige seul...

M. Guy Fischer. – C'est honnête de le reconnaître.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...alors qu'il s'agit de travail en équipe. Or une équipe ne se décrète pas, elle se construit, dans la durée. Le fonctionnement de l'hôpital est profondément collégial, c'est bien une équipe qui porte le projet médical.

Le directoire n'est pas une instance où domineraient calculs de quorum et signatures de procès-verbaux ; l'approche technocratique fait entendre une petite musique de division qui me dérange. Pour moi, le directoire est un lieu d'échanges, de discussion, de recherche de consensus. On s'est inquiété des modalités de la consultation : il n'est bien sûr pas question de consulter un à un chaque membre du directoire. Je vous propose une nouvelle formulation pour lever toute ambiguïté.

Mme la présidente. – Amendement n°419, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le sixième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après les mots :

Après avis

insérer les mots :

du conseil de surveillance et

M. Guy Fischer. – Il faut étendre le rôle des conseils de surveillance au-delà de la seule mission de contrôle. Madame la ministre, nos conceptions de la démocratie sanitaire sont à l'opposé... Nous voulons associer tous les acteurs, toutes les compétences qui font la richesse des établissements ; pour vous, la démocratie ne s'étend pas au-delà du directeur et du président de CME.

Madame la ministre, il est temps de nous apporter la preuve que vous n'entendez pas écarter de la décision ceux qui ont des connaissances et une grande capacité de réflexion et de mobilisation. Le directeur de l'hôpital ne saurait avoir seul la lourde charge de négocier et de signer le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, en ayant face à lui en permanence le patron de l'ARS, autrement dit le ministre.

L'amendement n°99 rectifié n'est pas soutenu.

Mme la présidente. – Amendement n°53, présenté par M. Pozzo di Borgo.

Compléter le sixième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique par les mots :

, en accord avec le président de la commission médicale d'établissement

M. Yves Pozzo di Borgo. – Le président de la CME, autorité médicale au sein de l'établissement, doit participer aux décisions du directeur. L'article 6 organise le transfert d'un certain nombre de compétences des instances actuelles vers le directoire, au nom de l'efficacité et de la réactivité. Toutefois la CME doit demeurer l'instance consultative représentant la communauté médicale. En effet, l'hôpital public ne peut être piloté sans la « pensée médicale » -en particulier à l'AP-HP, où elle est énorme. Si le président de la CME est responsable du projet médical de l'établissement et garant de sa mise en œuvre, il doit être associé à l'élaboration des délégations de gestion et de l'organisation interne.

Je sais que la commission a tranché et je connais la réponse de Mme la ministre. Mais peut-être pourrait-on, à l'article 8, réfléchir au moins à des dispositions spécifiques pour cette énorme structure qu'est l'AP-HP ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous ne voulons ni durcir le texte, ni accepter des formulations destinées à donner l'illusion d'un compromis. Nous sommes donc défavorables à tous les amendements afin de conserver au texte sa cohérence.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même à mon amendement ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Oui, car nous n'osons imaginer que le Gouvernement ne place pas la collégialité au cœur du fonctionnement du directoire. Pourquoi mentionner des consultations collégiales sur certaines questions ? Et les autres ? La concertation est permanente, sur les sujets les plus variés. Le directeur nommant les membres du directoire, on peut espérer qu'il saura travailler avec eux. Ou alors, le texte n'a pas de logique et il faut revoir toute la conception du directoire !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les décisions du directeur sont bien sûr prises en toute concertation avec le président de la CME et les équipes médicales. Le directeur y a tout intérêt (*on renchérit à droite*) d'autant qu'il est jugé par son administration de tutelle sur sa capacité à gérer les choses et à faire appliquer les décisions.

Je ne comprends pas que vous puissiez dire que le texte en ferait litière. La rédaction initiale laissait une grande liberté aux procédures de concertation et d'aucuns en ont déduit que je voulais mettre fin à ce qui se passe aujourd'hui dans les hôpitaux !

Sur les bancs de l'opposition, on a donné hier un excellent exemple : celui d'une opposition vive entre deux chefs de service gênant la restructuration d'un hôpital. Il faut que quelqu'un tranche. Qui peut le faire, sinon le directeur ?

Grands succès de la réforme de 2005, les conseils exécutifs fonctionnent très bien, sans que la prise de décision n'ait été formalisée. Nous reprenons intégralement ce dispositif, en ajoutant les précisions utiles suggérées par votre commission.

Loin d'être animés par une volonté conflictuelle, nous voulons améliorer la compréhension mutuelle, sans oublier que toute collectivité humaine connaît des conflits.

L'amendement 1183 rectifié n'est donc pas de circonstance.

Je suis défavorable à l'amendement n°134, car son dispositif serait source d'affrontements.

Avis défavorable aussi à l'amendement n°419, qui obligerait en pratique le conseil de surveillance à siéger en continu pour se prononcer sur toutes les questions soumises au directoire. Il en va de même pour l'amendement n°53 soumettant toutes les décisions du directeur à l'accord du président de la CME.

M. Jean-Pierre Fourcade. – Ce débat cristallise l'opposition de certains membres du corps médical hospitalier.

Dans le projet initial, il était écrit : « après consultation des autres membres du directoire ». La commission propose « après avis du directoire », vous préférez « après consultation collégiale ».

Or, les parlementaires doivent prendre en compte les inquiétudes éprouvées par de nombreux médecins hospitaliers, sages-femmes et cadres infirmiers. Pourquoi ne pas écrire : « après délibération collégiale » ? Cela signifierait clairement que le directeur ne prend pas ses décisions seul. (*On approuve à gauche*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Habituellement, je suis d'accord avec M. Fourcade, mais pas là !

Le mot « délibération » comporte un certain formalisme. Imaginez la lourdeur du processus sanctionné par un vote ! Grand acquis de 2005, le fonctionnement actuel de la gouvernance est satisfaisant. Ne l'alourdissons pas.

Mme Annie David. – Pour une fois, je partage l'opinion de M. Fourcade. (*Sourires*) La simple consultation collégiale n'aboutit pas nécessairement à la formulation d'un avis. Je propose donc de conserver la mention de l'avis, tout en ajoutant la délibération, qui n'a rien de technocratique, puisque le directeur doit en tout état de cause réunir le directoire. (« Très bien ! » et marques d'approbation à gauche)

M. Nicolas About, président de la commission. – M. Jourdain a découvert qu'il faisait de la prose ; nous découvrons aujourd'hui qu'un organisme collégial fait de la concertation collégiale ! (*Rires à gauche*) L'inconvénient de cette rédaction est qu'elle signifierait *a contrario* que dans tous les autres textes mentionnant juste un avis, celui-ci ne devrait plus être précédé d'une consultation collégiale.

La commission propose que le directoire délibère sur le projet médical et qu'il prépare le projet d'établissement. Ne sous-estimez pas ses compétences ! Nous faisons confiance aux personnalités qui siégeront dans le directoire : elles feront régner la concertation collégiale.

Mme Marie-Thérèse Hermange. – L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (APHP) ne pourrait-elle servir de modèle en matière de restructuration ? J'ai en mémoire la difficile réunification de deux services d'une même spécialité, car la CME ne voulait pas prendre la décision : le conseil d'administration l'a imposée, mais après une large consultation collégiale.

M. Bernard Cazeau. – Madame la ministre vous êtes sans doute adepte de la pêche à la ligne pendant vos heures de loisirs, s'il vous en reste, puisque vous avez l'habitude d'appâter. (*Sourires*) En pêcheur émérite, M. Fourcade vous a proposé sa propre ligne,

qu'il juge mieux appâtée. Mais M. About l'a bien montré, vous ne voulez pas que le directeur ne prenne pas les décisions seul, en dernier ressort, sans prendre d'avis sous quelque forme que ce soit. Nous ne pouvons nous laisser appâter par vos astuces sémantiques, qui vous permettent de reprendre d'une main ce que vous donnez de l'autre.

Il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée, a écrit Alfred de Musset : la voulant ouverte, nous regrettons que vous la fermiez. (*Rires à gauche*)

M. Jean Desessard. – Je me rallierais volontiers aux propos de nos collègues CRC-SPG.

Mme la ministre nous indique qu'il revient au patron de régler le problème des chefs de service.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Entre autres !

M. Jean Desessard. – Si le directoire ne peut pas être consulté sur les grandes orientations, à quoi sert-il ? Il doit y avoir délibération or, dans la formule proposée par le Gouvernement, il y a bien un avis mais sans procès-verbal.

Je suis donc tenté de déposer un sous-amendement reprenant l'heureuse formule de M. Fourcade, à laquelle on aurait pu penser plus tôt. Parler de « délibération collégiale », c'est bien dire ce que nous souhaitons.

M. Nicolas About, président de la commission. – C'est conforme à ce que nous voulons tous.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vous ai entendu ; je retire mon amendement. (*Approbation sur la plupart des bancs*)

L'amendement n°1183 rectifié est retiré.

M. Jacky Le Menn. – J'avais demandé la parole pour appuyer fortement le président About ; je remercie Mme la ministre pour son geste d'apaisement. Il y a effectivement une culture à créer, des décisions importantes à prendre. La commission a dit avec sagesse qu'il devrait y avoir délibération et avis. Faisons en effet confiance aux personnes responsables siégeant dans ces instances et ne cherchons pas midi à quatorze heures.

M. Yves Pozzo di Borgo. – Après l'intervention si éclairante du président About, je retire mon amendement.

L'amendement n°53 est retiré.

M. Gilbert Barbier. – J'ai moi aussi grandement apprécié la vivacité d'esprit du président About. Le Gouvernement a été sage de retirer cet amendement. Comment faire une « consultation collégiale » s'il n'y a pas de collègue ? Va-t-on modifier les 155 pages de ce projet de loi pour rétablir une cohérence ? La commission a longuement discuté là-dessus...

M. Yves Daudigny. – J'approuve moi aussi le président de la commission. Fort de ma récente

expérience parlementaire, j'avais cru comprendre que la loi n'avait pas à répondre aux humeurs de tels ou tels mais à être claire, lisible, simple et efficace.

M. Alain Fouché. – Je préfère moi aussi « avis » qui apporte plus de souplesse et d'efficacité que « délibération ».

*L'amendement n°423 n'est pas adopté,
non plus que les n°s 134 et 419.*

L'amendement n°599 rectifié bis n'est pas soutenu.

Mme la présidente. – Amendement n°329, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le huitième alinéa (2°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après les mots :

d'établissement,

insérer les mots :

et après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

M. Claude Jeannerot. – Il faut préciser le rôle de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans le déroulement de ce processus.

M. Nicolas About, président de la commission. – Défavorable : l'amendement est satisfait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – De fait : il y aura un représentant des soins infirmiers à la CME, qui siègera donc au directoire.

M. Jean Desessard. – Et pas de procès-verbal ?

L'amendement n°329 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°600 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet et Charasse, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

A la fin du huitième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, supprimer les mots :

notamment pour les urgences

M. Gilbert Barbier. – Le texte a une portée globale. La qualité de l'accueil vaut pour tous les cas, et pas seulement aux urgences.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je remercie M. Barbier de nous aider ainsi à faire une belle loi. Cela n'empêchera pas le ministère de préciser les choses par circulaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Favorable.

L'amendement n°600 rectifié est adopté à l'unanimité.

Mme la présidente. – Amendement n°547, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le neuvième alinéa (3°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après le mot :

Arrête

insérer les mots :

après consultation du conseil de surveillance.

Mme Annie David. – Toujours dans notre souci de renforcement du domaine de compétence du conseil de surveillance, nous entendons que celui-ci puisse participer à l'élaboration de la politique sociale de l'hôpital. La rédaction actuelle prévoit que le président du directoire, c'est-à-dire le directeur, arrête la politique d'intéressement, à laquelle nous sommes farouchement opposés.

M. Nicolas About, président de la commission. – Défavorable.

Mme Annie David. – Pourquoi ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement est évidemment contradictoire avec notre volonté de clarifier les rôles respectifs. Il aurait pour effet que le conseil devrait à la fois décider et contrôler et serait ainsi juge et partie. La consultation que vous réclamez est toujours possible mais l'inscrire dans la loi reviendrait à confondre les rôles.

Mme Annie David. – Il s'agit en l'occurrence du bilan social et en particulier de la politique d'intéressement ! Le personnel n'est pas représenté au directoire alors qu'il l'est dans le deuxième collège du conseil de surveillance.

Je regrette donc que le conseil de surveillance ne soit pas consulté avant toute décision sur la politique d'intéressement.

M. Nicolas About, président de la commission. – Mme David oublie qu'il y a des CTE et des CTP au sein des établissements. (*Mme la ministre approuve*) Le conseil de surveillance n'est pas fondé à donner un avis préalable ; ce n'est pas dans ses attributions ! Libre à lui d'en faire un bilan par la suite s'il le souhaite.

Mme Annie David. – Nous n'avons pas la même conception de la démocratie interne...

L'amendement n°547 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°330, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le mot :

social

supprimer la fin du neuvième alinéa (3°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique.

M. Jean Desessard. – A l'heure où nombre d'hôpitaux sont en déficit, il est injustifiable de mettre en place une politique d'intéressement dans les établissements de santé. L'hôpital public n'est pas une entreprise dont le but serait le profit et la rentabilité ! Le médecin donne à chacun les soins dont il a besoin, sans compter son temps, ni le coût que cela représente. La notion d'intéressement, et donc de rentabilité, est incompatible avec la déontologie médicale. Ce qui motive le personnel médical, c'est la mission de service public, l'impression d'être utile ! Ce qu'ils demandent, c'est cette reconnaissance, pas toujours plus d'argent !

Mme la présidente. – Amendement identique n°425, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG

M. François Autain. – Je souscris à l'argumentation de M. Desessard. Le Président de la République avait annoncé cette mesure dans son discours de Bletterans, en septembre 2008 : « Je n'ai pas peur des mots. Une politique d'intéressement du personnel médical ou paramédical me semble très adaptée à la définition d'un projet où la responsabilité, la qualité et la sécurité sont trois mots majeurs de l'état d'esprit de notre politique. » (*M. Jean Desessard s'exclame*)

Une telle mesure contrevient pourtant à l'éthique médicale. En prêtant le serment d'Hippocrate, nous jurons de ne pas nous laisser influencer par « la soif du gain ».

M. Gilbert Barbier. – « L'appât du gain », dans certaines versions...

M. François Autain. – Il y a un conflit éthique ! Le conseil national de l'ordre s'est ainsi prononcé contre le décret du 21 avril dernier instaurant les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), contre lesquels s'élèvent plusieurs syndicats de médecins. Il juge inacceptable la souscription d'un contrat d'intéressement lié aux décisions médicales ou aux conseils ; la relation de confiance entre médecin et patient en serait affectée, et des associations de patients demandent pourquoi il faut payer les médecins pour qu'ils respectent les bonnes pratiques ! La ministre n'a en outre pas tenu compte des réserves du Conseil, comme elle s'y était pourtant engagée.

La mise en œuvre d'une politique d'intéressement désorganiserait les services, remettrait en cause l'indépendance et la pluralité des pratiques, et minerait la cohésion au sein des équipes. C'est une disposition particulièrement nocive ! (*M. Jean Desessard applaudit*)

M. Nicolas About, président de la commission. – La bonne gestion des fonds publics mérite

récompense. Lutter contre le gaspillage, c'est réorienter les moyens vers les soins.

M. Gilbert Barbier. – L'intéressement concerne tous les personnels, pas uniquement les médecins !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'intéressement ne peut bien entendu être que collectif : un acte de soin dans un hôpital n'est jamais un acte individuel. Qu'une équipe puisse être récompensée quand elle surmonte avec succès des difficultés particulières ou un supplément de travail, cela me paraît aller de soi ! (*Mme Annie David s'exclame*)

Les Capi ne sont en rien contraires à la déontologie médicale, monsieur Autain !

M. François Autain. – C'est l'Ordre qui le dit !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Que des médecins de premier recours qui s'engagent dans une démarche de maîtrise médicalisée, de prévention, puissent recevoir une rémunération qui ne relève pas du paiement à l'acte, c'est une démarche moderne, que je vous ai souvent entendu défendre, monsieur Autain !

Je le répète, l'intéressement ne saurait être que collectif.

M. Nicolas About, président de la commission. – Bien sûr.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Collectif ? Il reste ciblé par service, ce qui posera d'évidents problèmes ! (*M. Jean Desessard approuve*) Par nature, certains services font des bénéfiques, d'autres jamais ! Cette mesure va créer des conflits d'intérêts, mais aussi des conflits entre services et déstabiliser les personnels, qui auront tout intérêt à se faire affecter dans les services bénéficiaires. Les dysfonctionnements se multiplieront ! (*M. Jean Desessard applaudit*)

M. Jacky Le Menn. – Dans de très nombreux établissements, la situation sera ingérable. La distribution des primes de service est déjà source de difficultés, croyez-en ma longue expérience. Vous allez mettre en concurrence des services dont les problématiques sont très différentes, et toutes légitimes. Chacun souhaite que la communauté hospitalière fasse la meilleure médecine au meilleur coût, et dégage des retombées collectives, sous la forme d'équipements, de développement de pôles d'activité, de recherche complémentaire...

Mais comment voulez-vous que l'on assure l'harmonie si vous ouvrez, alors même que l'avenir réserve bien des difficultés, un chantier permanent de contestation entre services, entre personnels ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – On nage dans la confusion ! Il n'existe pas de centres de profit à l'hôpital !

M. Jacky Le Menn. – Vous en créez !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il n'y a pas de T2A par service. Il s'agit de récompenser les équipes pour les motiver. Pas parce qu'elles auraient une charge de travail supplémentaire ; la charge peut être liée à la pression qui pèse sur elles. Encore une fois, il n'y a pas de centres de profit à l'hôpital !

MM. Godefroy et Le Menn – Vous allez les créer !

M. Gilbert Barbier. – Ce sont moins les médecins hospitaliers que les personnels soignants qui seront concernés par l'intéressement, dont j'ai pour ma part compris qu'il était destiné à récompenser la manière de servir du personnel. Mais je vois bien quel est le raisonnement de nos collègues socialistes : il s'agit de défendre la promotion à l'ancienneté, mère de toutes les routines. *(Exclamations à gauche)*

Ce qui nous est proposé n'a rien à voir avec le profit par service. Comment voulez-vous calculer une rentabilité par service ? Au contraire, une prime pourra très bien être accordée à un service déficitaire qui a su se réorganiser. *(On s'amuse à gauche)*

M. Guy Fischer. – Rien à voir en effet avec la rentabilité...

Mme Nathalie Goulet. – Pour moi, l'intéressement n'est pas lié aux questions financières. Il s'agit plutôt de récompenser des comportements innovants. Dans mon département, la fusion entre une clinique privée et l'hôpital public a mobilisé l'ensemble des personnels, qui ont pris des initiatives nouvelles et originales : on ne peut que s'en réjouir.

Ce qui nous est proposé n'a aucun lien avec la rentabilité financière. Ce serait, dans le cas contraire, inacceptable.

M. Jean Desessard. – Vous nous dites d'abord que cela permettra de récompenser la surcharge de travail, à quoi l'on vous répond que les personnels de l'hôpital ont davantage besoin d'un repos compensatoire ou de vacances que d'une prime et que mieux vaudrait utiliser ces ressources pour des recrutements, dont l'hôpital a bien besoin. Vous nous parlez ensuite de récompenser une démarche qualité : là, on tombe carrément dans le subjectif.

Récompenser, dites-vous ? Croyez-vous que vous êtes crédibles quand on voit que, dans les entreprises, les responsables d'une mauvaise gestion prennent congé en empochant des millions, quand ceux qui ont travaillé toute leur vie reçoivent 6 000 euros pour 40 ans de bons et loyaux services ? Car telle est votre logique : donner tout à ceux qui ont beaucoup et presque rien à ceux qui n'ont rien. A maintes reprises, on vous a demandé de délibérer sur les salaires maximum, vous n'avez jamais voulu le faire. Alors cessez donc de parler de récompense ! *(Applaudissements à gauche)*

M. Jean-Pierre Fourcade. – Le texte précise bien que la direction arrête le bilan social et prévoit les

modalités de l'intéressement. L'intéressement est donc lié au bilan social ; il n'a rien à voir avec la rentabilité des services, ni, monsieur Desessard, avec les bonus des entreprises privées. Tout le monde connaît la difficulté et la lourdeur des tâches de l'hôpital : pourquoi refuser une telle disposition ? J'ai toujours cru à l'intéressement et j'estime qu'il est bon de l'inscrire dans ce texte.

M. François Autain. – Mme la ministre m'a reproché mes contradictions, compte tenu de mon souhait ancien de voir appliquer de nouveaux modes de rémunération. Oui, je considère que le paiement à l'acte est dépassé, mais cela ne veut pas dire qu'il faut soumettre les prescriptions des médecins à des critères de rentabilité.

M. Nicolas About, président de la commission. – Ce n'est pas le cas !

M. François Autain. – Croyez-vous qu'il soit bon de mettre un médecin dans la situation de prendre une décision médicale qui pourra avoir des conséquences sur son salaire ? Je comprends mal que Mme la ministre soit opposée aux recommandations du conseil national de l'ordre.

Il est clair que le stimulant matériel que vous instituez n'est pas lié aux seules bonnes pratiques, il est aussi à des considérations financières. On ne peut sans danger intéresser ceux qui travaillent à l'hôpital aux bénéfiques. Les conséquences en seront inévitablement négatives sur les décisions de soins.

Les amendements identiques n°s 330 et n°425 ne sont pas adoptés.

La séance est suspendue à midi cinquante-cinq.

PRÉSIDENCE DE MME CATHERINE TASCA,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 15 heures.

Mme la présidente. – Amendement n°424, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le dixième alinéa (4°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique :

« 4° Soumet pour délibération au conseil de surveillance le programme d'investissement ;

Mme Annie David. – Nous souhaitons renforcer les pouvoirs du conseil de surveillance, qui devrait être consulté sur le programme d'investissement de l'établissement. L'acquisition ou la cession de biens immobiliers, la diminution ou le renforcement en personnel ou en matériel lourd affectent les conditions de travail des personnels. Nous suivons notre conception offensive de la démocratie, qui s'applique

également à la santé, mais vous ne la partagez visiblement pas.

Mme la présidente. – Amendement n°331, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le dixième alinéa (4°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après les mots :

d'investissement

insérer les mots :

après un débat préalable au sein du conseil de surveillance et

Mme Gisèle Printz. – Cet article organise le transfert du pouvoir des médecins au directeur d'établissement. Quel peut donc être, dans ce cadre, le rôle du conseil de surveillance ?

Le directoire bénéficie de prérogatives essentielles concernant le projet médical d'établissement, le bilan social et la politique d'intéressement, les prévisions de recettes et de dépenses, le programme d'investissement, l'organisation interne, etc. Le directeur est seul détenteur du pouvoir de décision. A moins de faire du conseil de surveillance une simple chambre d'enregistrement, un débat est indispensable : il serait dangereux de s'en remettre à la décision d'une seule personne sans avis du personnel hospitalier.

Nous avons adopté en commission un amendement de Gilbert Barbier prévoyant la consultation de la CME pour les achats d'équipements médicaux, mais cela demeure insuffisant. Contrairement à vous, nous ne pensons pas que l'investissement se résume à une question de gestion. Les médecins doivent pouvoir s'exprimer publiquement sur des sujets qui conditionnent l'avenir de l'hôpital

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°424 est totalement incompatible avec ce que nous avons voté à l'article 5 : avis défavorable.

M. Guy Fischer. – Provocation !

M. Alain Milon, rapporteur. – Même avis sur l'amendement n°331.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°424 : pour être efficace collectivement, chacun doit respecter son rôle. Le conseil de surveillance détermine les orientations stratégiques, le directoire prend les décisions opérationnelles.

Même avis sur l'amendement n°331 : il n'y a pas transfert de pouvoir mais clarification des compétences des différentes instances.

Mme Annie David. – Nous sommes en total désaccord avec le futur fonctionnement de l'hôpital. Nous sommes favorables à une organisation plus

démocratique et au renforcement des pouvoirs du conseil de surveillance, qui rassemble tous les représentants des services hospitaliers. Nous soutenons ces deux amendements.

L'amendement n°424 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°331.

Mme la présidente. – Amendement n°426, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le treizième alinéa (6°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après les mots :

de l'établissement

insérer les mots :

sur la base du projet médical d'établissement

M. François Autain. – Nous souhaitons que l'organisation interne soit arrêtée sur la base du projet médical d'établissement. Cela semble aller de soi, mais il est préférable de le préciser car la mission de soins demeure essentielle pour l'hôpital.

Mme la présidente. – Amendement identique n°56, présenté par M. Pozzo di Borgo.

Compléter le treizième alinéa (6°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique par les mots :

conformément au projet médical et au projet de l'établissement

M. Yves Pozzo di Borgo. – Cette précision paraît superflue, mais je reprends la démarche de Bernard Debré à l'Assemblée nationale. Cela permettrait de panser les plaies de la communauté médicale.

Je retire les amendements n°55 et 57 car le débat sur ce sujet a déjà eu lieu. Je le ferai avec joie si j'obtiens quelque satisfaction sur cet amendement ! (*Sourires*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°426 : cette précision n'apporte rien : il va de soi que l'organisation interne de l'hôpital est liée au projet médical d'établissement. Même avis sur l'amendement n°56 : la commission a déjà donné compétence au directoire pour approuver le projet médical élaboré par la CME.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vous invite à retirer ces amendements, qui sont en recul par rapport au projet de loi : l'article 8 prévoit que l'établissement est organisé « conformément » au projet médical -et non seulement sur la base de celui-ci. Vous pouvez donc les retirer dans l'enthousiasme ! Une fois de plus, vous n'avez pas lu la loi...

M. François Autain. – Cela nous aurait échappé ! Nous avons déposé ces amendements par précaution,

alors que nous n'avions pas encore connaissance du texte adopté par la commission.

L'amendement n°426 est retiré.

L'amendement n°56 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°332, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le treizième alinéa (6°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après le mot :

signe

insérer les mots :

conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement

M. Yves Daudigny. – Nous sommes sur une voie parallèle à celle du Gouvernement. Espérons qu'elles se rencontrent, même si c'est mathématiquement difficile ! Cet amendement a pour objet de renforcer le pouvoir de la CME afin de rétablir l'équilibre à l'intérieur de l'hôpital.

Mme la présidente. – Amendement identique n°427, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

M. Guy Fischer. – M. Pozzo di Borgo, qui avait déposé le même amendement, l'a retiré, ce qui ne m'étonne pas de la part de son groupe.

M. Nicolas About, président de la commission. – Il est satisfait par l'article 8 !

M. Guy Fischer. – Laissez-moi d'abord dire quelques mots !

Nous voulons contrebalancer la toute puissance du directeur dont vous attendez une gestion managériale. Nous ne cesserons d'y insister tout le temps de ce débat. Les contrats relatifs aux pôles d'activité concernent directement le personnel, il est normal que la commission médicale d'établissement débattre des orientations et soit associée à la décision « conjointe », en la personne de son président.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces trois amendements ont la même rédaction mais M. Pozzo di Borgo est excusable, qui n'avait pas assisté, lui, aux réunions de la commission. D'une part, ces amendements seront satisfaits par l'article 8 ; d'autre part la commission ne souhaite pas d'une décision « conjointe » qui serait source de blocage. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable

Les amendements identiques n°332 et 427 ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°1182, présenté par le Gouvernement.

Après le treizième alinéa (6°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Propose au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous rétablissons le pouvoir du président du directoire en matière de politique de coopération. Nous l'avons dit dès la discussion générale, les coopérations sont un moyen d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'efficacité de l'établissement. Il serait paradoxal de responsabiliser son directeur, de lui demander des comptes, tout en le privant de la maîtrise opérationnelle des coopérations qu'il peut proposer.

M. Guy Fischer. – Caricature !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il faut trouver un équilibre entre les compétences du directeur et le pouvoir d'orientation et de contrôle du conseil de surveillance. Tel est l'objet de cet amendement qui complète celui que vous avez adopté hier sur les projets de CHT incluant un CHU.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a beaucoup travaillé hier soir sur cet amendement et vous êtes allée, madame, au-devant de ses conclusions en évoquant les coopérations que le directeur « peut » proposer : nous serions favorables à l'amendement ainsi rectifié.

M. Nicolas About, président de la commission. – La différence est très claire ; le présent est impératif : le directeur serait tenu de proposer des coopérations ; avec cette rédaction, il ne présentera que celles qui seront souhaitables.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je rectifie l'amendement en ce sens.

M. Gérard Longuet. – Le directeur sera-t-il seul à pouvoir proposer ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Le directeur général de l'ARS pourra aussi formuler des propositions.

L'amendement n°1182 rectifié est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°133, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

Après le quinzième alinéa (8°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Fait l'inventaire des matériaux mobiliers et des consommables médicaux et d'hygiène susceptibles de diffuser des perturbateurs endocriniens dans l'air

intérieur, dans les fluides, et sur la peau, en particulier dans les maternités ;

M. Jean Desessard. – Pourquoi rajouter ce petit alinéa ? Parce qu'on trouve, dans les établissements de santé, des matériaux, des meubles ou des objets dont on ignorait l'éventuelle toxicité. Les agences de santé ont ainsi mis en évidence les risques liés aux assouplisseurs de matières plastiques ou aux parfums associés à des nettoyeurs -je vous renvoie à l'excellent rapport de notre collègue sénatrice, Marie-Christine Blandin et aux dangers d'un air intérieur contaminé. Les normes évoluent progressivement, et il importe, sinon de retirer ces matériaux, comme le souhaitent déjà les directeurs membres du Comité de développement durable en santé (CDDS), du moins d'en faire l'inventaire. Il convient de sensibiliser les responsables car les maternités continuent de remettre aux jeunes mamans un kit contenant des laits de toilette aux éthers de glycol.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'idée, intéressante, s'applique déjà. Avis défavorable à cet amendement d'ordre réglementaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pourquoi pas les substances cancérigènes ou les perturbateurs pulmonaires ? Tout cela relève de la compétence du directeur de l'établissement, la commission médicale d'établissement pouvant proposer des indicateurs de suivi. Je souscris à votre souci mais l'amendement, trop limité, alourdirait le dispositif.

M. Jean Desessard. – Je sais m'adapter. Si cela est d'ordre réglementaire, je suis prêt à l'accepter, mais que la ministre prenne un décret. Qu'on ne me dise pas que certains directeurs s'en préoccupent déjà : certains roulent à plus de 130 km/h sur autoroute, et c'est pour ces automobilistes qui ne respectent pas la limite que la loi prévoit des sanctions, pas pour ceux qui respectent la loi ! Il en va de même ici.

J'aurais préféré que le rapporteur me suggère de retirer mon amendement, mais il est toujours dans le rapport de forces. Je l'assume et je souhaite que la ministre impulse une politique active.

M. Nicolas About, président de la commission. – S'agissant de fluides, la circulaire est plus appropriée que le décret. (*Sourires*)

M. Jean Desessard. – Vous avez raison, il faut appeler un chat un chat.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il faut choisir la voie la plus appropriée. Pour traiter la question des perturbateurs endocriniens, nous avons réuni un colloque. Surtout après la grave question du chlordécone aux Antilles, soyez assuré de ma particulière vigilance.

M. Jean Desessard. – Je me réjouis dès lors de retirer mon amendement. (*Sourires*)

L'amendement n°133 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°428, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le dix-septième alinéa (10°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, après le mot :

soumet

insérer les mots :

pour approbation

Mme Annie David. – Il résulte des travaux de la commission que le conseil de surveillance aura voix délibérative sur le projet d'établissement. (*M. le rapporteur le confirme*) L'amendement est donc satisfait, et je le retire.

M. Nicolas About, président de la commission. – Merci.

L'amendement n°428 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°132, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller.

Compléter le dix-septième alinéa (10°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique par les mots :

ainsi que la politique environnementale de l'établissement

M. Jean Desessard. – Je l'ai dit hier soir en présentant l'amendement n°136 : la protection de l'environnement doit être un des grands axes de la politique hospitalière : *Primum non nocere, deinde curare*, c'est-à-dire « avant tout, ne pas nuire, ensuite soigner ». Le respect de l'environnement est une condition essentielle du progrès sanitaire. Il faut donc confier aux directeurs d'hôpitaux le soin de définir une politique environnementale d'établissement. Ne me dites pas que certains le font déjà : nous légiférons pour les autres.

M. Alain Milon, rapporteur. – Tout d'abord, je prie M. Desessard de m'excuser de ne pas avoir sollicité le retrait de son amendement précédent. Je ne souhaite pas entrer dans un rapport de forces avec lui... (*Rires*) Avis défavorable, par cohérence avec les positions précédentes de la commission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable, même si l'on ne peut que tomber d'accord avec M. Desessard sur le fond. Des règles s'imposent déjà aux hôpitaux, découlant du Grenelle de l'environnement et de textes antérieurs. Pour ma part, j'ai décidé de fixer comme critère de recevabilité des dossiers d'investissement le respect des normes de haute qualité environnementale (HQE) : je pense notamment à la gestion des déchets et des fluides, à l'isolation, à l'amélioration de la qualité de l'air. Certains établissements, comme le centre hospitalier

régional de Metz-Thionville, ont déjà mis en place des programmes très ambitieux.

Vous pouvez donc être rassuré : un ensemble de dispositions législatives et réglementaires s'imposent déjà aux hôpitaux, et certains d'entre eux, ainsi que le ministère de la santé, sont très engagés sur ce sujet.

M. Jean Desessard. – Il est étrange de dire que mon amendement est bon sur le fond mais qu'on ne votera pas pour lui... Mme la ministre dit avoir conditionné la recevabilité des plans d'investissement au respect des normes HQE. Peut-elle nous dire en quelle occasion, par quel décret ou quelle circulaire ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il s'agit de règles que je me suis fixées à moi-même. Dans le cadre du Plan hôpital 2012, 10 milliards d'euros serviront à financer diverses opérations. Mes critères de choix sont les suivants : je favoriserai les opérations de coopération hospitalière destinées à améliorer l'offre de soins, celles qui portent sur la sécurité, celles qui visent à mettre en place des systèmes d'information hospitaliers -auxquelles 1,5 milliard d'euros seront affectés, car il n'y a pas de coopération sans information-, celles enfin qui respectent les normes HQE.

M. Jean Desessard. – Dans ces conditions, je retire l'amendement.

L'amendement n°132 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°333, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le vingtième alinéa (13°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, par les mots :

, dans le respect de la durée légale du travail

M. Jean Desessard. – Ce sujet a déjà été abordé tout à l'heure. Nous proposons qu'en l'absence d'accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales, la direction de l'établissement soit tenue de respecter la durée légale du travail, fixée à 35 heures pour le personnel de jour et à 32 heures pour le personnel de nuit. Cela incitera à la direction à négocier un véritable accord.

Les 35 heures à l'hôpital sont-elles une chimère ? (*Plusieurs sénateurs de l'UMP se disent de cet avis*) Dans les faits, très rares sont les travailleurs hospitaliers qui ne font pas d'heures supplémentaires et ne reportent pas indéfiniment leurs jours de repos pour effectuer des gardes et pallier le manque de moyens humains dont souffre l'hôpital public. En janvier dernier, le nombre de journées de repos accumulées sur les comptes épargne temps s'élevait à 4 millions de journées et le nombre d'heures supplémentaires non payées à plus de 23 millions d'heures. La dette de la collectivité envers les professionnels hospitaliers s'élève donc à plusieurs

milliards d'euros ! Qui a dit qu'il fallait travailler plus pour gagner plus ?

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Oui, qui ?

M. Jean Desessard. – En tout cas, cette règle ne vaut pas à l'hôpital.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette précision est inutile : la direction des établissements hospitaliers est évidemment tenue de respecter la loi. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je remercie M. Desessard de m'avoir donné l'occasion d'aborder la question du temps de travail dans la fonction publique hospitalière. La durée légale du travail dans les hôpitaux est de 35 heures par semaine. La durée annuelle maximale de travail effectif est de 1 607 heures, sans compter les heures supplémentaires. Celle des agents travaillant la nuit est de 1 582 heures, hors jours de congé supplémentaires. La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures : les urgentistes qui travaillent deux fois 24 heures d'affilée bénéficient ensuite de cinq jours de repos. Les agents disposent au minimum d'un temps de repos de 12 heures consécutives par jour et de 36 heures consécutives par semaine.

Le chef d'établissement décide de l'aménagement et de la répartition des horaires de travail, après avoir recueilli l'avis du comité technique d'établissement. Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise chaque mois les horaires des agents. Il est porté à leur connaissance au moins quinze jours avant son application et peut être consulté à tout moment. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures à l'avance et sauf contrainte impérative de fonctionnement, à une rectification du tableau de service qui doit être immédiatement notifiée aux agents concernés.

Quand je suis entrée en fonction, j'ai constaté un solde très important d'heures supplémentaires non payées ou accumulées sur des comptes épargne temps. J'ai voulu réparer cette extraordinaire injustice et invité les agents à formuler leurs revendications : ils pouvaient demander soit le paiement des heures impayées ou capitalisées, soit leur conversion sous forme de congés ou de départ à la retraite anticipé. J'ai également autorisé la transmission des créances aux ayants droit en cas de décès, ce qui constitue une avancée très importante. Au total, l'État a déboursé 260 millions d'euros pour convertir les crédits des comptes épargne temps et 53 millions pour payer des heures supplémentaires. Toutes les demandes des agents ont été satisfaites.

M. Gérard Longuet. – Très bien ! Voilà qui est précis !

M. Jean Desessard. – J’apprécie cette réponse, madame la ministre, j’apprécie que vous ayez pris conscience du problème, puis tenté d’y remédier. Maintenant, c’est une question de chiffres. Moi, j’arrive à un total de quelques milliards. Vous, vous pensez qu’avec 50 à 70 millions, le problème est résolu. Je suis loin d’être d’accord et je vous engage à vérifier vos chiffres. Mais, mon amendement est devenu superflu.

L’amendement n°333 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°429, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer l’avant-dernier alinéa (14°) du texte proposé par le I de cet article pour l’article L. 6143-7 du code de la santé publique.

M. François Autain. – Le Gouvernement, imputant le déficit des hôpitaux à leur mauvaise gestion, veut imposer aux directeurs la mise en œuvre d’un plan de redressement. Or, le déficit des établissements publics de santé provient d’une sous-dotation chronique. Chaque année, l’Ondam n’augmente que de 3 à 3,5 % tandis que les dépenses hospitalières s’accroissent de 4 %. Le manque à gagner imposerait de diminuer chaque année la masse salariale de 10 %. La seule solution, si le directeur veut maintenir la qualité des soins, c’est de maintenir son hôpital en déficit. Certes la ministre a affirmé hier que seuls 40 % d’entre eux sont déficitaires et que le déficit cumulé a tendance à diminuer. Selon la Fédération hospitalière de France, il serait en 2009 d’un milliard. Mais, comme on ne peut imputer ce déficit aux seules erreurs de gestion, nous demandons de supprimer tout ce qui a trait au plan de redressement. Avant tout, il faut augmenter les recettes, sous peine de ne plus avoir d’hôpital public dans dix ans. Et je n’ai pas parlé des médicaments facturables en sus des prestations d’hospitalisation ! Le directeur de l’hôpital est trop souvent un bouc émissaire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Quelles que soient les causes du déficit des hôpitaux, ils doivent recevoir les moyens d’en sortir. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le déficit hospitalier n’est pas une fatalité : 60 % d’entre eux sont excédentaires, indépendamment de leur taille, du CHU à l’hôpital local. Ils sont financés par la tarification à l’activité (T2A), méthode juste qui n’a pas réduit les financements, mais les a redistribués selon l’activité des établissements. Personne ne songerait maintenant à en revenir à la dotation globale. (*On le conteste sur les bancs CRC-SPG*) Cette T2A n’empêche pas d’autres financements forfaitaires, la dotation Migac par exemple ou le forfait ATU pour les services d’urgences. Sur les médicaments de la liste en sus, vous faites erreur : il n’y a aucun lien entre ces médicaments et le financement des hôpitaux.

M. François Autain. – Je parlais de l’Ondam, pas de la T2A !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les hôpitaux peuvent facturer à la Cnam les médicaments de la liste en sus sans limitation !

Il y a donc un déficit cumulé qui serait -je le mets encore au conditionnel mais la différence sera de l’épaisseur d’un trait-, inférieur à 600 millions, soit 0,9 % des recettes totales. En 2007, il était de 715 millions. L’amélioration a donc été de 115 millions en un an. Cela pour le budget principal des hôpitaux.

Ce déficit est concentré à 95 % sur les établissements qui pratiquent au moins une activité MCO. Le déficit de l’AP-HP et celui des Hospices de Lyon représente 20 % du total. C’est donc un phénomène caractéristique de certains hôpitaux seulement. Et si l’on tient compte des budgets annexes, le déficit n’est plus que de 400 millions !

Il y a des raisons historiques à cela : certains établissements disposaient d’une dotation globale plus confortable que nécessaire, certains bénéficiaient d’une plus grande proximité que d’autres avec les décideurs politiques (*protestations à gauche*) et, cela, sous tous les gouvernements. Cela n’est plus possible aujourd’hui.

Il y a eu également des investissements hasardeux, n’anticipant pas sur l’avenir -je n’aurai pas la cruauté de rappeler certaines opérations-, si bien que, maintenant, certains établissements traînent un lourd passif.

Il y a aussi de grandes disparités : pour une même activité, le ratio d’administratifs peut varier de un à deux. Comment justifier que deux hôpitaux comparables comme ceux d’Ajaccio et de Montauban emploient tous deux 1 500 personnes, l’un pour 300 lits, l’autre pour 800 lits ? C’est là la raison du déficit de l’établissement corse. Je n’accuse personne, je constate.

Il faut accompagner ces hôpitaux car le déficit n’est pas une fatalité ; les chiffres le montrent.

M. François Autain. – Je ne suis pas d’accord sur la liste en sus : elle a un rapport avec l’Ondam ! Quant à la T2A, ce n’est pas la panacée.

M. Gilbert Barbier. – Une thériaque !

M. François Autain. – Certains actes, de psychiatrie, par exemple, ne peuvent pas être financés par elle. Moi, je suis pour la pluralité des financements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La psychiatrie n’est pas en T2A !

M. François Autain. – Vous voulez lui étendre cette T2A ! En même temps, vous commencez à prendre vos distances vis-à-vis de cette tarification, puisque vous la repoussez aux calendes grecques, c’est-à-dire à 2018. Le débat n’est pas fini...

L'amendement n°429 n'est pas adopté.

Mme la présidente – Amendement n°1180 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans le 1° du texte proposé par le I *bis* de cet article pour l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

régionaux et

et les mots :

, parmi les personnels hospitalo-universitaires régis par le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, ou les fonctionnaires mentionnés aux articles 2 et 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, ayant validé des modalités de cursus communs aux deux corps fixées par voie réglementaire

II. - Après le 1° du texte proposé pour le même texte, insérer un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Pour les centres hospitaliers régionaux, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé ; »

III.- Dans le 2° du même texte, remplacer les références :

aux 1° et 7°

par la référence :

au 1°

et les mots :

une liste comportant au moins trois noms de candidats proposées par le

par les mots :

proposition du

IV. - Après le 2° du même texte, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre de sa prise de fonction, le directeur suit une formation consacrée aux enjeux managériaux, médicaux et médico-économiques attachés à sa fonction.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous abordons la nomination et la formation des directeurs.

Les conditions proposées par la commission pour nommer les directeurs généraux des CHU sont trop restrictives, car il faut privilégier la compétence et l'expérience professionnelle, non le statut ou le corps d'origine. En pratique, aucun fonctionnaire, qu'il soit d'État ou issu de la fonction publique territoriale, ne pourrait plus être nommé à cette fonction, ce qui nous priverait d'un vivier de talents. Je propose donc que les CHU puissent être aussi dirigés par des enseignants hospitalo-universitaires, par des non-fonctionnaires ou

par des fonctionnaires. En outre, la loi ne peut limiter les nominations sur des postes à la discrétion du Président de la République.

Les directeurs généraux de CHR seront nommés par décret pris sur rapport du ministre chargé de la santé ; alors qu'un rapport du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre de la santé serait requis pour les directeurs généraux CHU. Une formation de haut niveau adaptée permettra aux directeurs de maîtriser les enjeux managériaux, médicaux et médico-économiques attachés à leurs futures fonctions, ce qui sera de nature à favoriser le dialogue avec les médecins.

Je souhaite également modifier les modalités de nomination des directeurs d'établissement. S'il est légitime que le directeur de l'ARS propose un nom de candidat sur une liste de candidats préalablement établie par le centre national de gestion, il n'est pas souhaitable que le choix revienne au CNG. Il doit appartenir au directeur de l'ARS de faire une proposition après avis du conseil de surveillance, car l'échelon territorial est le plus à même d'apprécier l'adéquation des candidatures aux spécificités des établissements. Quelles que soient les capacités du ministre de la santé, considérables par hypothèse (*sourires*), il n'est pas le mieux placé pour nommer plus de 1 000 chefs d'établissement. Ce ne serait pas un gage d'efficacité. En revanche il doit pouvoir exercer un pouvoir de veto et s'opposer à une proposition à ses yeux inadéquante du directeur général de l'ARS, dans certaines situations. Laissons le directeur général de l'ARS -qui représente le ministre de la santé- proposer une nomination en concertation avec le président du conseil de surveillance.

Enfin, le directeur du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre resterait nommé par arrêté conjoint du ministre de la santé et du ministre de l'intérieur.

J'espère avoir satisfait les intervenants qui ont parlé des CHR.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous ne contestons pas les capacités ministérielles, connues, reconnues et incontestées.

Sur le fond, la commission préférerait que les directeurs généraux de CHU soient nommés par décret en conseil des ministres, pris sur proposition du ministre de la santé. Elle est également favorable aux paragraphes II, III et IV.

M. Bernard Cazeau. – Je souhaite un vote par division sur l'amendement, car nous approuvons les paragraphes I, II et IV.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je n'y vois aucun inconvénient.

Mme la présidente. – Il en sera fait ainsi.

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Cet amendement a le mérite de dispenser aux futurs

directeurs une formation leur permettant de prendre en compte la complexité de la gestion hospitalière, à la fois médicale et managériale, ce qui évitera la fracture entre gestion administrative et expertise médicale.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vous rends hommage pour cette précision, qui vous doit beaucoup.

M. Jean-Pierre Sueur. – J'ai évoqué ce matin les CHR d'Orléans, de Metz Thionville et de la Réunion, dont le rayonnement est régional, avec une activité supérieure à celle de nombreux CHU, et qui assurent des prestations de haute qualité. Le débat parlementaire n'est pas toujours un fleuve tranquille... Le texte initial ne mentionnait pas les CHR, ce dont se sont émus leurs médecins et l'ensemble de leur personnel. D'où l'amendement que j'ai déposé avec Mme Prinz et M. Todeschini. La commission l'a voté, ce dont nous avons été très heureux.

Puis nous avons découvert ici l'amendement du Gouvernement n°1180, qui était initialement dénué de toute référence aux CHR. Nous avons été rassurés ce matin par les propos ministériels sur les procédures de nomination par décret des directeurs généraux de CHR, mais l'amendement n°1180 rectifié ne les mentionnait toujours pas !

Enfin, l'amendement n°1180 rectifié *bis* est arrivé, il y a quelques minutes. Nous voilà rassurés. S'il est naturel que les directeurs généraux de CHU soient nommés sur rapport conjoint du ministre de la santé et du ministre de l'enseignement supérieur, la nomination de directeurs généraux de CHR doit intervenir après rapport du ministre de la santé.

Nous voterons donc très chaleureusement les paragraphes I et II de cet amendement dont nous vous remercions, madame la ministre, en pensant à ces établissements de très haute qualité qui nous sont proches.

M. Jean-Marc Todeschini. – Je serai bref, car M. Sueur a tout dit. A 15 heures, j'étais inquiet, mais l'amendement n°1180 rectifié *bis* me satisfait. Je rappelle que le CHR de Metz-Thionville -que vous connaissez pour avoir posé la première pierre du nouvel hôpital- comporte 2 000 lits et emploie 5 000 agents, dont plus de 600 médecins. Sa maternité est l'une des plus grandes de France.

M. Jean-Pierre Sueur. – Excellente intervention !

M. Jean-Pierre Fourcade. – Je formulerai de petites observations sur cet amendement, que je voterai. La première concerne l'établissement de Nanterre.

M. François Autain. – Dans les Hauts-de-Seine...

M. Jean-Pierre Fourcade. – C'est une enclave de la préfecture de police de Paris dans le département des Hauts-de-Seine, du moins jusqu'à la création éventuelle du Grand Paris...

M. Philippe Dallier. – Espérons-la !

M. Jean-Pierre Fourcade. – Je souhaite que son statut évolue vers un statut de droit commun.

D'autre part, l'objet de l'amendement évoque une formation des futurs directeurs aux enjeux médicaux, managériaux et médico-économiques, alors que le texte du dispositif commence par les enjeux managériaux.

L'exposé des motifs mentionne une « formation aux enjeux médicaux, managériaux, et médico-économiques dans le cadre de la prise de fonction des directeurs chef d'établissement » alors que l'amendement parle d'une « formation consacrée aux enjeux managériaux, médicaux et médico-économiques attachés à sa fonction ». Je souhaite que l'amendement soit rectifié pour reprendre la formule de l'exposé des motifs : puisque ce ne sont pas des médecins que vous allez nommer directeurs, il faudra bien leur donner une sensibilisation à la médecine !

Mme la présidente. – Sous-amendement n°1288 à l'amendement n°1180 rectifié du Gouvernement, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

I. - Rédiger comme suit le I de l'amendement n°1180 rect. *bis* :

Dans le 1° du texte proposé par le I bis de cet article pour l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

et du ministre chargé de l'université et de la recherche, parmi les personnels hospitalo-universitaires régis par le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, ou les fonctionnaires mentionnés aux articles 2 et 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, ayant validé des modalités de cursus communs aux deux corps fixées par voie réglementaire

II.- Supprimer le II du même amendement.

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous souhaitons que les directeurs des CHU-CHR soient nommés après rapport du ministre de la santé. Ce sera une « concertation collégiale » (*sourires*) avec le ministre de la recherche mais ce doit être sur votre rapport, quelque estime que je puisse avoir pour votre collègue de la recherche.

Mme la présidente. – Sous-amendement n°1289 à l'amendement n°1180 rectifié du Gouvernement, présenté par M. About.

Rédiger comme suit le second alinéa du IV de l'amendement n°1180 rect *bis* :

« Dans le cadre de sa prise de fonction, le directeur suit une formation adaptée à sa fonction et dont le contenu est fixé par décret. »

M. Nicolas About, président de la commission. – Je suis un peu surpris qu'apparaisse dans la loi une tournure comme « enjeux managériaux ». (*Exclamations approbatrices sur les bancs CRC-SPG*)

M. Bernard Cazeau. – Eh oui, c'est un aveu.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je préfère une formulation qui explicite cela.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Ainsi, la loi cachera ce que dira le décret !

M. Guy Fischer. – Il faut masquer tout cela !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le mot *managérial* n'a rien de choquant. Quand vous organisez des équipes, vous faites du *management*.

M. Nicolas About, président de la commission. – De la « gestion ». A quoi rime tout ce franglais ? Pourquoi pas *efficience* pendant qu'on y est ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ne voyez pas le diable où il n'est pas !

M. Guy Fischer. – Mais, justement, il y est !

M. Nicolas About, président de la commission. – Ce serait la première *occurrence* de ce franglicisme dans la loi.

M. Jacky Le Menn. – Avec cet amendement du Gouvernement, on nous propose une nouvelle fois de détricoter ce que la commission a fait en quelques nuits de travail...

Mieux vaudrait que le directeur soit nommé sur une liste de trois noms. Ce n'est pas par caprice que nous demandons cela, c'est qu'une nomination directe établirait un lien de subordination entre le chef de l'établissement et le directeur de l'ARS. Une certaine indépendance le renforcera au moment, par exemple, des négociations budgétaires. C'est une demande précise que fait aussi le syndicat majoritaire, qui vous soutient.

Cela ferait beaucoup de travail pour les centres de gestion ? Pas plus qu'actuellement, et puisque l'heure est aux cajoleries, je salue l'ampleur de la tâche accomplie. Il faut, dans le cadre même de votre réforme, quelques lueurs pour éviter de donner l'impression d'un chaînage, d'une subordination complète du chef de l'établissement. Je veux bien croire qu'il y a une certaine neutralité au niveau national ; ne créez pas la suspicion au niveau des chefs d'établissement !

M. Gilbert Barbier. – On veut nous faire aller contre ce qui a été voté en commission après un débat approfondi. Nous tenons à l'existence d'une liste de plusieurs noms. Si le directeur de l'ARS nomme le chef d'établissement, il peut le révoquer à tout moment. C'est le mettre dans une relation de dépendance alors qu'il devrait disposer d'une marge de manœuvre. Revenons à ce qui a été voté en commission !

M. Guy Fischer. – Preuve que nos craintes sont justifiées : le directeur adjoint qui vient d'être nommé à Lyon était un proche collaborateur du Président de la République. On voit bien que cela se passe ainsi pour la plupart des nominations. Oh, bien sûr, ce sont des gens compétents, archidiplômés !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Qui, aujourd'hui, nomme les directeurs d'hôpitaux ? Le ministre de la santé, représenté dans cette tâche à la direction de l'hôpital et de l'offre de soins. Je transfère cette compétence à mon représentant territorial, le directeur de l'ARS. Ce faisant, j'opère un mouvement de déconcentration pour rapprocher du terrain la décision de l'État. Mais la responsabilité reste celle du ministre de la santé qui décide de qui sera son bras armé. Vouloir une liste c'est aller contre cette déconcentration.

Suspendue à 16 h 30, la séance est reprise à 16 h 35.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Favorable au sous-amendement n°1289, qui répond aux préoccupations de Mme Hermange.

Je suis sensible à la démarche du rapporteur, mais je tiens néanmoins à ce que la nomination des directeurs de CHU se fasse sur proposition conjointe du ministre de la santé et du ministre de la recherche. La commission sur l'avenir des CHU a souhaité que la fonction recherche soit mieux identifiée au sein des CHU. Cette co-proposition des deux ministères est portée par la communauté hospitalière : défavorable au sous-amendement n°1288.

M. Yves Daudigny. – Mme la ministre a expliqué qu'elle délèguait la nomination du directeur au directeur de l'ARS : je comprends la logique, même si je ne l'approuve pas. Or le III de l'amendement n°1180 rectifié *bis* prévoit que le directeur est nommé par arrêté du directeur général du Centre national de gestion. N'y a-t-il pas contradiction ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Centre national de gestion n'intervient que pour lisser les carrières et éviter les à-coups des différentes affectations. C'est une protection pour les directeurs et les praticiens.

M. Alain Milon, rapporteur. – Pour nous, les centres hospitalo-universitaires étaient hospitaliers et universitaires. Je retire néanmoins le sous-amendement.

Le sous-amendement n°1288 est retiré.

Mme la présidente. – Je vais mettre aux voix l'amendement n°1180 rectifié *bis* par division.

Le I de l'amendement n°1180 rectifié bis est adopté, ainsi que le II.

M. François Autain. – Pourquoi être passé d'une liste de trois noms à un seul ? La tutelle du ministère

de la santé s'exerce sur le directeur du Centre national de gestion comme sur celui de l'ARS !

De toute façon, le directeur de l'hôpital sera nommé sur proposition du directeur général de l'ARS, lui-même nommé en conseil des ministres.

Notre préférence va à la version de la commission, plus démocratique puisqu'elle reconnaît au directeur plus d'indépendance à l'égard du directeur général de l'ARS. Mais nous comprenons bien que ce n'est pas là votre objectif...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vais m'expliquer à nouveau, car je n'ai pas dû être assez claire.

M. Guy Fischer. – Ce qui est clair, c'est que vous essayez de nous enfumer.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Monsieur Fischer, je suis violemment anti-tabac ! (*Sourires*) Il est normal que le dispositif soit un peu complexe à déchiffrer, puisqu'il s'agit de garantir la carrière de fonctionnaires de très haute qualité... Le Centre national de gestion, qui assure le brassage des carrières, propose au directeur de l'ARS une liste de trois noms au moins. Après avoir recueilli l'avis du conseil de surveillance, il choisit dans cette liste un nom, qu'il fait remonter au Centre.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je voudrais être sûr d'avoir bien compris. (*Exclamations à droite*) Le Centre enverra donc toute une liste au directeur général de l'agence...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – On en fixera le détail par décret.

M. Nicolas About, président de la commission. – C'est inutile, puisque vous venez de détailler le processus.

Cependant, l'article 7 prévoit que des personnes n'ayant pas qualité de fonctionnaire pourront être nommées. Comment le Centre national de gestion pourra-t-il les inscrire sur sa liste ? Je suis peut-être un peu limité, mais j'avoue que je m'y perds.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Centre a la charge de constituer un vivier. Il devra prendre en compte les candidatures des non-fonctionnaires.

M. Nicolas About, président de la commission. – Qui décidera des noms à porter sur la liste ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Centre national de gestion.

M. Nicolas About, président de la commission. – Le Centre chargé de gérer la carrière des fonctionnaires. On peut douter qu'il mette beaucoup de non-fonctionnaires sur sa liste... Mais les choses sont claires : j'ai ma réponse...

M. Alain Vasselle. – Excusez-moi, tout cela est d'autant moins clair pour moi que cet échange m'a

troublé. J'avais cru comprendre, en lisant l'amendement, que le directeur du Centre de gestion nommerait le directeur d'établissement sur proposition du directeur général de l'ARS. Le président de la commission, en rebondissant sur l'explication donnée par la ministre, fait référence à une liste dont j'avais cru comprendre que nous n'en voulions pas... Mais si tel est le cas, qui établit la liste ? Mme la ministre nous dit que cela se fera par décret. Mais le texte ne prévoit pas de décret. S'agira-t-il donc d'un arrêté du ministre ? Il me semblerait préférable de lever la séance pour bien comprendre ce que l'on veut écrire ici.

M. Yves Daudigny. – Je partage cet avis. Les explications du ministre ont été claires mais le texte du III de l'amendement ne correspond pas à ses explications.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Centre national de gestion est un établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé. Il doit donc avoir une politique conforme aux orientations du ministre. Si nous souhaitons ouvrir les candidatures, il aura à rendre des comptes sur la politique d'ouverture qu'il aura menée. Les craintes qu'ont exprimées certains de le voir pousser les candidatures des fonctionnaires ne sont donc pas recevables.

Dans le cadre de ses missions, le Centre est habilité à accompagner les fonctionnaires qui souhaitent passer dans le privé, devenir directeurs de clinique, par exemple. Le mouvement doit naturellement exister dans les deux sens.

Monsieur Vasselle, le Centre apporte un vivier au directeur général de l'agence. C'est alors un dialogue qui s'engage. La liste peut faire des allers-retours. Il s'agit d'un travail de gestion qui n'a pas à être précisé par la loi. Une fois qu'il a choisi le candidat, après avis du conseil de surveillance, le directeur général renvoie la gestion de sa carrière au Centre. La question de l'outil qui lui permet d'étayer sa décision n'a pas à être détaillée dans la loi. Ai-je été assez claire ?

M. Jacky Le Menn. – C'est clair depuis le début. On a très bien compris. C'est pourquoi on ne votera pas cette division.

A la demande du groupe UMP et du Gouvernement, le III de l'amendement n°1180 rectifié bis est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants.....	340
Nombre de suffrages exprimés.....	339
Majorité absolue des suffrages exprimés	170
Pour l'adoption	156
Contre	183

Le Sénat n'a pas adopté.

Le sous-amendement n°1289 est adopté et devient le IV de l'amendement n°1180 rectifié bis.

L'amendement n°1180 rectifié bis, modifié, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°404, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

I. - À la fin du troisième alinéa (2°) du texte proposé par le I *bis* de cet article pour l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

du président

par le mot :

conforme

II. - Au début du dernier alinéa du même texte, remplacer les mots :

du président

par le mot :

conforme

Mme Annie David. – Nous souhaitons rendre la nomination du directeur des établissements publics de santé plus démocratique et garantir que sa révocation ne pourra être du seul fait du directeur de l'ARS.

Madame la ministre, vous avez déclaré au journal *Le Monde* que le renforcement du pouvoir du directeur ne se fait pas au détriment des médecins. Si tel est le cas, la communauté médicale doit pouvoir intervenir dans la nomination et la révocation du directeur : ces décisions doivent être prises après avis conforme du conseil de surveillance. Pour éviter que le directeur de l'ARS ne nomme directement le responsable de l'hôpital, la commission des affaires sociales a adopté un amendement prévoyant qu'il propose trois noms au Centre national de gestion. C'est insuffisant.

Mme la présidente. – Amendement n°319, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans l'avant-dernier alinéa (2°) du texte proposé par le I *bis* de cet article pour l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

du président

par le mot :

conforme

M. Jean Desessard. – Cet amendement propose que la nomination du directeur d'établissement suive l'avis du conseil de surveillance, et non seulement de son président. Le directeur de l'agence régionale de santé ne peut imposer son choix à ceux qui vivent l'hôpital au quotidien. L'avis du conseil de surveillance, dont nous souhaitons renforcer le pouvoir pour rendre plus démocratique le fonctionnement de l'hôpital, est également indispensable pour mettre fin aux fonctions du directeur, en cas de crise dans l'établissement.

Mme la présidente. – Amendement n°684 rectifié, présenté par M. Antoinette et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. - A la fin du troisième alinéa (2°) du texte proposé par le I *bis* de cet article pour l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

du président

II. - Dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 6143-7-1-1 de ce même code, supprimer le mot :

du président

M. Jean Desessard. – Cet amendement complète le précédent. Contrairement à ce qui est annoncé dans la présentation du projet de loi, les directeurs sont nommés après avis du président du conseil de surveillance et non du conseil lui-même. Il est important que les membres de cette instance puissent s'exprimer.

Mme la présidente. – Amendement n°405, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

À la fin du troisième alinéa (2°) du texte proposé par le I *bis* de cet article pour l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

du président

M. Guy Fischer. – Notre amendement a le même objectif. Dans un souci de transparence et d'indépendance, l'avis de l'ensemble des membres du conseil de surveillance est indispensable pour la nomination du directeur de l'établissement.

Mme la présidente. – Amendement n°406, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Remplacer le dernier alinéa du texte proposé par le I *bis* de cet article pour l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil de surveillance, peut, s'il estime qu'il en va dans l'intérêt du service, demander à l'autorité investie du pouvoir de nomination, de placer le directeur de l'établissement à la recherche d'une nouvelle affectation s'il relève de la fonction publique, et de retirer son emploi à un directeur qui ne relèverait pas de ce statut.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application de cette disposition. »

M. François Autain. – Le conseil de surveillance, indirectement issu d'une élection professionnelle, participe d'une réelle démocratie sociale. Il doit donc pouvoir demander à être dirigé par un autre directeur. Les pouvoirs respectifs du conseil de surveillance et de l'ARS seraient ainsi rééquilibrés. En outre, si le directeur de l'hôpital est considéré par votre Gouvernement comme un PDG, alors l'organe de contrôle doit pouvoir, comme dans les entreprises privées, décider de changer de directeur. Dans le droit

de la fonction publique, le directeur est alors placé à la recherche d'une nouvelle affectation.

Mme la présidente. – Amendement n°320, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le dernier alinéa du texte proposé par le I *bis* de cet article pour l'article L. 6143-7-1-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

du président

M. Jean Desessard. – Il est défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°548, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le dernier alinéa du texte proposé par le I *bis* de cet article pour l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1

Mme Annie David. – Lors de l'examen par le Sénat du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous nous étions opposés à ce que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (aujourd'hui agence régionale de santé) puisse placer le directeur d'un hôpital à la recherche d'une nouvelle affectation sans que la commission paritaire compétente ne soit saisie. Cette mesure injuste sanctionne personnellement des dirigeants d'établissement pour un déficit résultant souvent d'un sous-financement chronique aggravé par la tarification à l'activité.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Et pour ceux dont les crédits ont augmenté ?

Mme Annie David. – En outre, elle interviendrait sans que la commission administrative paritaire compétente soit consultée. Celle-ci doit être saisie en cas de faute d'un dirigeant justifiant une mutation. Si elle ne l'est pas, est-ce parce que le dirigeant n'est pas fautif ou parce qu'il s'agit d'une sanction politique ?

Si la sanction est administrative, due à une erreur ou une mauvaise gestion, il faut respecter les règles administratives en vigueur. Si elle est politique et prise au motif de non-respect des exigences de retour forcé à l'équilibre, cela explique votre position puisque la commission n'est alors pas compétente.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°404 : la commission est hostile au principe de nomination du directeur de l'établissement après avis conforme du conseil de surveillance.

Avis défavorable, pour la même raison à l'amendement n°319. La commission souhaitant s'en tenir à un avis du conseil de surveillance, elle est défavorable aux amendements n°684 et 405. Même avis, au nom du parallélisme des formes, sur l'amendement n°406. A chacun son rôle et ses

responsabilités : avis défavorable à l'amendement n°320. Enfin, l'exception que propose l'amendement n°548 n'est pas justifiée.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – M'étant déjà très longuement expliquée dans la discussion générale, je me bornerai à donner un avis défavorable à l'ensemble de ces amendements, mais, si leurs auteurs le souhaitent, je fournirai de plus amples explications.

M. Jean Desessard. – J'apprécie votre attitude et je vous en remercie.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – voilà qui est galant !

L'amendement n°404 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°319, 684 rectifié, 405, 406, 320 et 548.

Mme la présidente. – Amendement n°131, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller.

Au début de la troisième phrase du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique, après les mots :

Il élabore,

insérer les mots :

avec la commission médicale d'établissement

M. Jean Desessard. – Le projet médical serait ainsi élaboré au sein de la commission médicale d'établissement, instance représentative de la communauté médicale dont le rôle s'est affirmé depuis 2005. Nous poursuivons cette logique de gouvernance plurielle.

Mme la présidente. – Amendement n°1181, présenté par le Gouvernement.

Dans la troisième phrase du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique, après le mot :

élabore,

insérer les mots :

avec le directeur,

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'ambition du projet est de responsabiliser le président du directoire -personne ne lui conteste d'ailleurs cette fonction. Il doit exercer ses compétences en étroite collaboration avec les membres du directoire et le président de la commission médicale d'établissement. Cette complémentarité, cette gouvernance unique, aura des effets positifs sur la qualité et la sûreté des soins ainsi que sur la performance de l'établissement. Le projet médical n'est pas, en dépit de son nom qui prête peut-être à confusion, thérapeutique, il traite de l'organisation interne de l'hôpital. Comment le président du directoire pourrait-il ne pas être associé à son élaboration ? Cet amendement précise donc que

le président de la commission médicale d'établissement élabore le projet médical avec le directeur.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°131 n'est pas compatible avec le schéma mûrement réfléchi par la commission, non plus que l'amendement n°1181.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°131.

M. Jacky Le Menn. – Nous avons longuement débattu en commission et j'y ai encore réfléchi depuis. Il me semble nécessaire que le président de la CME et le directeur élaborent conjointement le projet médical d'établissement. La distance symboliquement mise dans le processus de nomination n'empêche pas qu'ils soient associés pour cet acte fort. Je voterai donc l'amendement du Gouvernement.

M. Jean Desessard. – L'amendement de la ministre n'implique pas qu'elle soit défavorable au mien. Je pensais que le rapporteur m'aurait rassuré et invité à retirer mon amendement en me disant que c'était déjà compris.

M. Nicolas About, président de la commission. – C'est évident.

M. Jean Desessard. – J'ai voulu prendre mes précautions et j'ai eu raison ! Son président doit travailler au sein de la commission médicale d'établissement et avec le directeur. Je maintiens donc mon amendement, qui n'est pas incompatible avec celui du Gouvernement.

L'amendement n°131 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1181.

M. Nicolas About, président de la commission. – La commission entend si peu éliminer le directeur qu'elle a souscrit à toutes les demandes du Gouvernement de renforcer ses pouvoirs. Il est inenvisageable que le président de la CME prépare le projet médical d'établissement sans sa commission. Il ne resterait pas président... Va-t-il se priver d'une coopération avec le directeur qui nomme les membres du directoire auxquels il sera soumis ? Imagine-t-on qu'un président de CME fabrique son projet contre la volonté du directeur et qu'il le présente à l'équipe que ce dernier aura nommée ? En revanche, il est intéressant de dire qui est en charge de préparer le dossier. On va vous présenter une disposition prévoyant la nomination du vice-président du directoire des CHU par quatre ou cinq personnes. Je souhaite bien du plaisir pour y parvenir... Il y a une personne en charge du dossier, mais elle ne pourra pas présenter un projet qui ne satisfasse pas le directeur.

Nous sommes donc animés par un souci de cohérence, et non par la volonté d'écarter un directeur que le Gouvernement a voulu puissant.

M. Guy Fischer. – Trop puissant !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Mon intention n'est nullement de revenir sur le vote. Mais je constate qu'en voulant être trop précis, on risque d'être contre-productif. Nous souhaitons tous favoriser la concertation à l'hôpital. Certains ont cru que, parce que le texte n'entrait pas dans les détails, le Gouvernement voulait mettre à l'écart l'équipe médicale. Il n'en est rien ! A trop préciser les choses, on obscurcit le texte.

M. Nicolas About, président de la commission. – Il me paraît pourtant clair.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – On pourrait même penser que le président de la CME élabore seul le projet médical, avant de le soumettre au directeur.

M. Nicolas About, président de la commission. – Nous n'avons pas dit qu'il l'élaborait seul.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le texte dit bien qu'il l'« élabore » ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Oui, mais pas seul : il peut s'entourer de qui il veut.

M. Yves Pozzo di Borgo. – Mon amendement est satisfait par celui de la commission : je le retire.

L'amendement n°58 est retiré.

L'amendement n°255 n'est pas défendu.

Mme Annie David. – Notre amendement est satisfait par celui de la commission : je le retire.

L'amendement n°431 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°1262, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique, après le mot :

directoire

insérer les mots :

des centres hospitaliers

II. - Compléter ce même alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Dans les centres hospitaliers universitaires, si le vice-président chargé de la recherche n'appartient pas à une profession médicale, le directoire comprend au moins quatre membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le projet de loi prévoit que le directoire est composé en majorité de médecins. Mais il doit être possible de déroger à cette règle dans les CHU, au cas où le vice-président chargé de la recherche ne serait pas un médecin, ce qui n'est pas exclu. Afin de ne pas déséquilibrer la composition du directoire, l'amendement précise que dans ce cas, le directoire du CHU comprend au moins quatre membres

appartenant au personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Cela reflète notre conception partagée d'un directoire où les médecins doivent être largement représentés.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le I de cet amendement nous paraît inutile. Quant au II, il tend à instaurer une exception à la règle. Le texte de la commission garantit que le directoire sera composé en majorité de médecins ; si l'amendement du Gouvernement est adopté, cela risque de n'être plus le cas lorsque le vice-président chargé de la recherche ne sera pas un médecin. Sagesse.

M. François Autain. – Je souhaite poser une question à Mme la ministre : quelle est la différence entre un établissement de santé public et un centre hospitalier ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Tous les centres hospitaliers sont des établissements de santé publics, mais tous les établissements de santé publics ne sont pas des centres hospitaliers.

M. François Autain. – Je me contenterai de cette réponse. (*Rires*)

M. Jean Desessard. – J'aime bien les réponses de la ministre ! (*Sourires*)

M. Yves Daudigny. – Le texte de la commission garantit une meilleure représentation du personnel médical et assimilé, quel que soit le type d'établissement : ils seront cinq sur neuf dans les CHU, quatre sur sept ailleurs. Si le vice-président chargé de la recherche n'appartient pas à une profession médicale, il doit être possible de parvenir à une telle majorité par ailleurs.

M. Gérard Dériot. – Il me semble que le texte du Gouvernement est plus facile à appliquer : il assure de toute façon que les membres du personnel médical seront en majorité.

M. Yves Daudigny. – Non : il ne leur garantit que quatre sièges sur neuf.

M. Gérard Dériot. – Vous avez raison. Je retire ce que j'ai dit.

L'amendement n°1262 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°432 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Cette représentation est assurée, chaque fois que cela est possible, pour moitié au moins par des chefs de pôle.

M. Guy Fischer. – La création des pôles par la loi de 2005 a permis une réorganisation bienvenue des établissements publics de santé, même s'il existe des pôles dont le domaine de compétence est trop large ou trop peu défini. Les chefs de pôle -qui, pour les

pôles médicaux, sont des médecins- continueront à exercer une fonction importante de direction et de mobilisation tout en étant des acteurs de proximité. Pour que les pôles puissent jouer pleinement leur rôle et faire sentir leurs effets, le directoire doit être composé en majorité de chefs de pôle. Afin de tenir compte des objections que Mme la ministre a avancées à l'Assemblée nationale, nous avons précisé que cette règle ne vaudra que lorsqu'il sera possible de l'appliquer, c'est-à-dire lorsque la taille des établissements sera suffisante.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis : cet amendement est contraire à l'esprit du projet de loi. En outre, le projet de loi dispose que certains établissements de santé, trop petits, pourront être dispensés de créer des pôles : je crois que cela va dans le sens que vous souhaitez. La règle que vous proposez leur serait inapplicable.

L'amendement n°432 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°13 rectifié n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°153.

Mme la présidente. – Amendement n°334, présenté par Mme Printz et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique, par les mots :

et les centres hospitaliers régionaux

Mme Gisèle Printz. – Je souhaite attirer votre attention sur le sort des trois centres hospitaliers régionaux (CHR) non universitaires, ceux d'Orléans, de la Réunion et de Metz-Thionville. Leur forte activité les place au-dessus de certains CHU. Le CHR de Metz-Thionville est au dixième rang national pour l'activité d'hospitalisation ; il compte 2 000 lits, plus de 5 000 employés dont 600 médecins, 80 000 entrées et 100 000 passages aux urgences, 240 000 consultations et actes externes, 510 000 journées d'hospitalisation. Sa maternité est l'un des plus grandes de France avec 5 500 naissances.

Dans de nombreuses spécialités, les CHR servent de référence et de recours au niveau régional, et participent aux activités de recherche et d'innovation.

En oubliant de mentionner les CHR, l'article 6 nous fait craindre leur déclassement dans la catégorie des centres hospitaliers, ce qui serait incompatible avec leur taille, leur budget et leur rôle. Il est nécessaire que leur directoire comporte un nombre de médecins suffisant. Nous proposons donc de porter le nombre de ses membres à neuf, comme pour les CHU.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, par cohérence avec nos positions antérieures. Un

amendement du Gouvernement a déjà assuré une reconnaissance légale aux CHR.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai accepté que le directeur général des CHR soit nommé en conseil des ministres sur proposition du ministre de la santé. Mais pour ce qui est de la composition du directoire, leur cas diffère de celui des CHU dont le président sera entouré de deux vice-présidents, l'un doyen de la faculté de médecine, l'autre chargé de la recherche.

Donc, si par considération pour le rôle des CHR, j'ai accepté le principe de la nomination en conseil des ministres, je m'arrête là et ne vais pas aller jusqu'à fixer la composition du directoire. Un CHR est différent d'un CHU.

M. Jean-Pierre Sueur. – Ces CHR sont proches des CHU, même s'ils n'ont pas de vocation universitaire. Nous ne proposons pas de fixer la composition de leur directoire, mais seulement d'augmenter le nombre de leurs membres.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – On ne va pas se mettre à moduler le nombre des membres des directoires en fonction de l'importance des établissements ! Ce serait ouvrir la boîte de Pandore car certains CHR sont plus grands que des CHU. Le directoire de ces derniers comprend davantage de membres en raison des fonctions qu'ils exercent - outre les soins, l'enseignement universitaire et la recherche - et qui justifient qu'il comprenne un vice-président doyen et un vice-président chargé de la recherche. Quel doyen nommerait-on dans les CHR, et quel vice-président, chargé de quelle recherche ? L'argument quantitatif n'est pas valable pour les CHR.

Après une première épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°334, mis aux voix par assis et levé, n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1263 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Après les mots :

proposition conjointe du

rédiger comme suit la fin de la dernière phrase du quatrième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique :

président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche et du vice-président doyen.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Comment nommer les vice-présidents des directoires de CHU ? Pour le doyen, c'est facile. Mais cela a été un déchirement pour certains doyens d'être vice-

président doyen et c'est pourquoi ils ont fait la demande légitime d'avoir un droit de regard sur le choix du vice-président chargé de la recherche. Cet amendement propose donc que le vice-président doyen ne se contente pas de donner son avis mais participe pleinement à sa nomination. Espérons, monsieur le président About, que cela ne sera pas source de trop de conflits...

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

L'amendement n°1263 rectifié est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1256 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le sixième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique :

« - des membres nommés et, le cas échéant révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ses membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix ;

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il s'agit d'un amendement important, la nomination des membres médicaux du directoire, sur présentation par le président de la CME, conjointement avec le doyen dans les CHU, d'une liste de propositions au directeur. Il rétablit le pouvoir de nomination du directeur en cas de désaccord persistant. Ce sujet a été au cœur de nos débats, ce qui est normal, le directoire étant au cœur de la gouvernance de l'hôpital.

Le texte de la commission prévoit, à côté des membres de droit, des membres nommés après avis du président de la CME. Lors de nos discussions fournies de la semaine dernière, nous avons eu les mêmes objectifs : garantir le caractère opérationnel du directoire, c'est-à-dire éviter les situations de blocage et de désunion, tout en accordant au corps médical et à ses représentants la place qui leur revient. L'objectif est double : assurer une gouvernance unie au sein d'un directoire où le président a la lourde tâche de faire une synthèse opérationnelle, et médicaliser le processus de décision à l'hôpital.

Je propose donc que les membres médicaux du directoire soient nommés sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME (PCME), conjointement avec le doyen dans les CHU. Nous atteignons ainsi notre premier objectif : reconnaître la pleine légitimité du PCME dans la

désignation des responsables médicaux. A l'article 8, je vous proposerai d'étendre ce principe à la désignation des chefs de pôle. J'ai, sur tous ces sujets, consulté les présidents de conférence et ils sont pleinement d'accord.

Le second objectif est d'éviter des blocages : en cas de désaccord persistant sur deux listes successives, constaté suivant des modalités ultérieurement définies par décret, le directeur pourra nommer les membres de son choix ; cela, aussi, recueille l'accord des présidents de conférence.

La liste permettra d'encadrer la procédure de nomination des membres du directoire en ne proposant que des personnes dont le profil et l'expérience peuvent enrichir ses travaux. Un décret précisera le délai de présentation de la ou des listes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Hier soir, la commission avait donné un avis défavorable. Cependant, on observe dans votre proposition un parallélisme avec notre accord sur la nomination des chefs de pôle, pour lequel vous aviez accepté le principe d'une nomination sur listes....

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ces propositions ont reçu l'accord des présidents de conférence de CME des CHU et des autres centres hospitaliers.

M. Alain Milon, rapporteur. – Donc, sagesse.

Mme la présidente. – Amendement n°194 rectifié, présenté par MM. Gilles et Leclerc, Mme Goy-Chavent, M. Vasselle, Mme Debré, Mlle Joissains et Mme Brugière.

Remplacer le sixième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique pour trois alinéas ainsi rédigés :

« - des membres nommés, comprenant :

« - des membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement et après information du conseil de surveillance ;

M. Alain Vasselle. – Les membres du personnel médical du directoire doivent être nommés, voire révoqués, par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement. La rédaction proposée par le Gouvernement satisfait très largement cet amendement. Le mien apporte une précision supplémentaire sur les membres non médecins nommés. Mais je pense qu'ils se verront appliquer les mêmes dispositions que les représentants des professions médicales.

Merci, monsieur le rapporteur pour votre avis de sagesse. Cela nous permettra de suivre le Gouvernement. (*Exclamations ironiques sur les bancs socialistes*) J'écouterai l'avis du Gouvernement, avant de retirer, probablement, cet amendement.

Mme la présidente. – Amendement n°83 rectifié *bis*, présenté par MM. Fouché, Jacques Blanc, Bordier, Buffet, Cambon et Chatillon, Mme Descamps, MM. Philippe Dominati, Garrec, Houel, Houpert, Juilhard, Lecerf, Lefèvre, Paul, Bécot, Paul Blanc, Carle et Longuet, Mme Henneron et M. Revet.

Rédiger comme suit l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique :

« - des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance pour les membres du personnel administratif, les membres du personnel médical étant nommés sur proposition du président de la commission médicale d'établissement. »

M. Alain Fouché. – Cet amendement change la donne.

Le directoire est une instance au sein de laquelle délibère une équipe de direction assistant le directeur. Sa composition resserrée valorise sa fonction exécutive.

Le projet de loi marquait un recul sur la dynamique de la nouvelle gouvernance enclenchée en 2005, mais la composition désormais plus étoffée du directoire lui confère une vision plus transversale de la réalité hospitalière : nous sommes dans la cogestion.

Notre amendement tend à pousser cette logique jusqu'au bout, en disposant que les médecins membres du directoire seraient nommés sur proposition du président de la CME.

Mme la présidente. – Amendement n°610 rectifié, présenté par MM. Barbier et Chevènement, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Rédiger comme suit le sixième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique :

« - des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après avis conforme de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique et information du conseil de surveillance.

M. Gilbert Barbier. – Je le retire au profit de l'amendement n°1256, tout en souhaitant être assuré qu'il s'agit bien de désigner dans les CHU quatre médecins qui complètent le directoire.

M. Nicolas About, président de la commission. – Quatre professionnels !

L'amendement n°610 rectifié est retiré.

L'amendement n°210 n'est pas soutenu.

Mme la présidente. – Amendement n°337, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique, remplacer les mots :

après avis du

par les mots :

en accord avec le

M Yves Daudigny. – Nous sommes sur les chemins parallèles que j'ai évoqués à propos des composantes du pouvoir au sein de l'hôpital.

Mme la présidente. – Amendement n°130, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller.

Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique, après les mots :

après avis

insérer le mot :

conforme

M. Jean Desessard. – La nomination des membres du directoire doit être acceptée par le président de la CME.

Mme la présidente. – Amendement identique n°430, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Mme Annie David. – Il faut assurer l'indépendance des membres du directoire.

M. Yves Pozzo di Borgo. – Le débat a déjà été tranché : je retire mon amendement.

L'amendement n°60 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°129, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller.

Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique, remplacer le mot :

information

par les mots :

après avis

M. Jean Desessard. – Le conseil de surveillance doit se prononcer sur les nominations et la révocation des membres du directoire.

Mme la présidente. – Amendement identique n°338, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

M. Yves Daudigny. – Il a déjà été défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission repousse l'amendement n°83 rectifié *bis*, incompatible avec la rédaction qu'elle propose.

Il en va de même pour l'amendement n°337, car les décisions conjointes ne sont pas souhaitables.

L'exigence d'un avis conforme conduisant à des blocages, la commission est défavorable aux amendements identiques n°s 130 et 430.

Enfin, elle repousse les amendements identiques n°s 129 et 338, car il n'appartient pas au conseil de surveillance de se prononcer sur la composition du directoire.

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

M. Jean-Pierre Fourcade. – L'amendement n°1256 résultant d'une très large concertation, il est normal de le voter. Je souhaite néanmoins que, dans l'antépénultième ligne, les mots « dans les conditions » soient remplacés par les mots « dans des conditions », formule plus conforme à la tradition des CMP.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. –
D'accord.

M. Nicolas About, président de la commission. – Pour la petite histoire, cet amendement reprend ce que le rapporteur souhaitait initialement. Des consultations ultérieures ont conduit la commission à proposer une autre rédaction... Nous ne ferons pas la fine bouche au moment où le Gouvernement se rallie à notre point de vue, tout en regrettant de ne pas avoir été plus convaincants. A l'avenir, nous resterons sur nos positions. (*Sourires*)

M. François Autain. – Certes, le président de la commission et le rapporteur se trouvent dans une position embarrassante, mais ils n'auraient pas dû accepter que l'avis de la CME disparaisse. Je ne pourrai pas voter l'amendement n°1256.

M. Jean Desessard. – Le président de la commission des affaires sociales vient de faire une intervention spacieuse. Hier, après avoir affirmé que la commission avait adopté une centaine d'amendements de l'opposition -ce qu'il faudrait vérifier- il a changé d'avis pour accepter un amendement du Gouvernement.

M. Nicolas About, président de la commission. –
Moi ? Quand ?

M. Jean Desessard. – Hier soir !

M. Nicolas About, président de la commission. –
Mais non !

M. Jean Desessard. – Mais si ! On peut reprendre le compte rendu analytique.

Aujourd'hui, il accepte un amendement Gouvernemental conforme à ce que le rapporteur souhaitait au départ, en estimant qu'il n'y avait donc pas d'obstacle à son adoption. Cela fait passer à la trappe tout le travail préalable de la commission.

Quand on a accepté un compromis, il n'est pas correct de revenir à sa position initiale !

M. Alain Vasselle. – Je remercie M. Fourcade pour sa proposition, mais je souhaite savoir ce que le Gouvernement entend réserver aux personnels administratifs.

Mon amendement était motivé par le désir de vous entendre sur ce point.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pour le personnel non médical, on en reste au système prévu par le texte. Ce qui a interpellé la communauté médicale, c'est la nomination des praticiens hospitaliers à l'intérieur du directoire. Pour les autres, on reste à l'ancienne procédure.

M. Bernard Cazeau. – Les choses sont déjà bien assez compliquées comme cela, n'en rajoutons pas !

Vous nous dites que les personnes concernées sont d'accord. Nous vous faisons confiance et nous voterons l'amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cela concernera une personne dans les CHR et deux dans les CHU.

M. Gilbert Barbier. – Et zéro dans certains cas...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Est-il extravagant que le directeur puisse nommer un directeur adjoint ? Cela doit pouvoir s'envisager, quand même !

A la demande du Gouvernement, l'amendement n°1256 est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	341
Majorité absolue des suffrages exprimés	171
Pour l'adoption.....	312
Contre	29

L'amendement n°1256 est adopté.

Les autres amendements n'ont plus d'objet.

Mme la présidente. – Amendement n°434, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le texte proposé par le V de cet article pour les articles L. 6143-3 et L. 6143-3-1 du code de la santé publique.

M. François Autain. – On ne peut pas aborder le problème du déficit de l'hôpital comme on pourrait le faire pour une entreprise quelconque. Contrairement à une entreprise, l'hôpital ne peut abandonner un secteur d'activités au prétexte qu'il n'est pas rentable, il ne peut pas améliorer ses performances en changeant de politique commerciale, en développant de nouveaux segments de marché, en fidélisant ses

clients ; il ne peut pas procéder à des rachats ou investir dans un domaine d'activités plus porteur. L'hôpital n'évolue tout simplement pas dans un système de marché. Pour une entreprise, le déficit est la situation dans laquelle elle se trouve lorsqu'elle ne fait pas de bénéfices. Pour l'hôpital, c'est le solde négatif entre le montant que l'État lui donne à dépenser et ce qu'il va être amené à dépenser effectivement.

L'hôpital ne peut pas, ne doit pas, se fixer une limite de dépenses pour maintenir son budget à l'équilibre, s'il veut accomplir sa mission et soigner tous les malades qui se présentent à sa porte, y compris les cas graves pour lesquels les coûts sont élevés. Le déficit hospitalier ne relève pas d'un déséquilibre de ses comptes, d'un déficit d'encaissements par rapport à ses décaissements, comme pour un commerce, mais d'un choix politique. Autrement dit, l'existence d'un déficit ne permet pas de conclure que les dépenses de l'hôpital sont trop élevées mais seulement que l'État les considère comme telles.

M. Alain Milon, rapporteur. – M. Autain ne peut pas croire que les choses sont aussi simples que cela ! Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis défavorable. Mais j'insiste sur le fait que l'administration provisoire doit être considérée comme une aide que l'on apporte à un établissement en grande difficulté. On envoie des équipes spécialisées dans les relations humaines, qui sont généralement très affectées par ces situations déficitaires, on envoie des logisticiens, on apporte une aide financière. N'ayez pas cette vision punitive de l'administration provisoire ! Nous voulons ne pas laisser s'enfoncer encore des gens qui ont déjà la tête sous l'eau. Quand il y a de gros déficits, nul besoin d'être un spécialiste pour voir que cela ne va pas : on voit du linge sale traîner dans les couloirs, du matériel hors d'état.

La mise sous administration provisoire, c'est une mesure de sauvegarde : comment pouvez-vous la refuser ?

M. François Autain. – Certes, il faut aider les hôpitaux qui sont en grande difficulté, mais ces mesures relèvent moins de la démarche compassionnelle que de la sanction ! (*M. Guy Fischer approuve*) Cela implique licenciements, fermetures de services, modification des missions... Le Gouvernement demande aux directeurs de fixer eux-mêmes les missions de leur établissement sans leur donner les moyens nécessaires pour les exercer : au directeur de gérer la pénurie...

L'amendement n°434 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°435, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG

Dans le premier alinéa du texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6143-4 du code de la santé publique, après les mots :

à l'article L. 6143-1

insérer les mots :

sont rendues publiques

M. François Autain. – Nous proposons que les délibérations relatives au projet d'établissement, aux comptes financiers et à la création de fondations hospitalières soient publiques. Passer par la commission d'accès aux documents administratifs prend du temps et peut ne pas aboutir, car la commission ne peut contraindre un établissement à revenir sur un refus. Nous renforçons la transparence.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces documents sont déjà consultables. Votre amendement entraînerait des difficultés juridiques, voire du contentieux. Avis défavorable.

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

L'amendement n°435 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°433, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG

Remplacer les troisième à cinquième alinéas du texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6143-4 du code de la santé publique, par un alinéa ainsi rédigé :

2° Les décisions du président du directoire mentionnées aux 2 à 9 et 11 à 14 de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées au 1° qui sont exécutoires dès signature par l'ensemble des parties.

M. Guy Fischer. – L'article L. 6143-4 du code de la santé publique accorde un droit de veto au directeur de l'ARS sur les décisions du conseil de surveillance portant sur les conventions constitutives de CHU, les conventions entre l'établissement public de santé et un membre du directoire ou du conseil, ou encore sur les statuts des fondations hospitalières. Une nouvelle fois, on donne le pouvoir à une autorité nommée sur des critères plus politiques qu'administratifs !

Mme la présidente. – Amendement n°1192 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Après le troisième alinéa (2°) du texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6143-4 du code de la santé publique, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

«3° Les décisions du président du directoire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relatives au programme d'investissement et au plan global de financement pluriannuel mentionnées au 4° et 5° de l'article L. 6143-7 sont réputées approuvées si le directeur général de l'agence régionale de santé et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du

budget n'ont pas fait connaître leur opposition dans des délais déterminés par voie réglementaire, du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement.

« Lorsque l'état prévisionnel des recettes et des dépenses de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'agence régionale de santé l'approuve dans les conditions fixées au septième alinéa, après avis conforme des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Compte tenu de la place qu'accorde ce projet de loi à la dynamique régionale, l'Assemblée nationale s'est prononcée pour la suppression du conseil de tutelle de l'AP-HP. Étant donné la place particulière de l'AP-HP dans l'offre de soins, cet amendement donne au directeur général de l'ARS et aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget un droit d'opposition sur le programme d'investissement, le budget prévisionnel et le plan global de financement pluriannuel.

Défavorable à l'amendement n°433.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable à l'amendement n°433.

La commission n'a étudié que la première partie de l'amendement du Gouvernement, à laquelle elle a donné un avis favorable, et s'en remet à la sagesse sur le deuxième paragraphe.

M. Jean-Pierre Fourcade. – Le texte du Gouvernement me semble meilleur que celui de l'Assemblée nationale, qui a fait bien des remous.

En revanche, il est dangereux d'imposer l'approbation d'un budget prévisionnel en déséquilibre : l'AP-HP doit être exemplaire ! Je propose donc de sous-amender le deuxième paragraphe pour prévoir que « lorsque l'état prévisionnel des recettes et des dépenses de l'AP-HP est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut l'approuver », et non « l'approuve ».

Mme la présidente. – Sous-amendement n°1292 à l'amendement n°1192 rectifié du Gouvernement, présenté par M. Fourcade.

Dans le dernier alinéa de l'amendement n° 1192 rect., remplacer les mots :

l'approuve

par les mots :

peut l'approuver

M. Alain Vasselle. – Je serai plus radical que M. Fourcade. Pourquoi serions-nous moins exigeants et rigoureux pour l'AP-HP que pour les hôpitaux de province ? En tant que rapporteur du Sénat pour l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, je ne

peux me satisfaire d'une telle rédaction. Je propose pour ma part de supprimer purement et simplement le dernier alinéa.

Mme la présidente. – Sous-amendement n°1291 à l'amendement n°1192 rectifié du Gouvernement, présenté par M. Vasselle.

Supprimer le dernier alinéa de l'amendement n°1192 rect.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je connais la rigueur de M. Vasselle, mais la proposition de M. Fourcade me paraît plus réaliste : il s'agit de transformer une obligation en simple faculté.

M. Yves Pozzo di Borgo. – L'adoption de l'amendement du Gouvernement ne risque-t-elle pas de faire tomber l'amendement que j'ai déposé, avec mes collègues parisiens, pour supprimer l'article 8 bis ? Je regrette que la discussion soit si rapide, et vienne ainsi en fin de séance : ce n'est pas très correct, d'autant que la commission n'a pas examiné l'amendement ! L'AP-HP mérite un débat plus approfondi.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – L'article 8 bis, qui casse l'AP-HP, a été voté à l'Assemblée nationale en catimini (*Mme la ministre proteste*). L'amendement du Gouvernement vise à amortir le dispositif, ou à tendre le bâton... En tout état de cause, il n'est pas opportun d'en discuter avant l'article 8 bis. S'il est mis au vote, nous voterons contre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je veux rectifier quelques contre-vérités. L'amendement de l'Assemblée nationale a été voté à 19 h 15...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Sans débat !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...et contre l'avis du Gouvernement ! Le président de l'AP-HP avait brièvement quitté l'hémicycle au moment du vote...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – C'est son problème.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous avez raison.

Mais permettez-moi de rétablir la pureté de cristal des faits. L'amendement adopté à l'Assemblée nationale n'a pas été déposé *in extremis* en séance. Il était parfaitement inscrit à l'ordre du jour. Chacun a pu prendre ses responsabilités en connaissance de cause.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Reste qu'il n'y a pas eu de débat sur l'AP-HP.

M. Yves Pozzo di Borgo. – Nous avons déposé un amendement à l'article 8 bis. L'AP-HP est une affaire importante. Je ne conteste pas ce qui s'est passé à l'Assemblée nationale, mais je souhaiterais que nous ayons un débat de fond.

Si cet amendement doit faire tomber le nôtre à l'article 8 bis, ce débat n'aura pas lieu. J'aimerais avoir une réponse sur ce point.

M. François Autain. – Nous avons tous compris que le président de l'AP-HP n'avait pas donné le sentiment de vouloir s'exprimer. Sans doute n'a-t-il pas d'avis sur la réforme de cette institution... Mais le Gouvernement en a-t-il un ? Si la question ne doit être abordée que par voie d'amendements successifs, où va-t-on ? Avez-vous engagé une réflexion, des consultations ? (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat approuve*) J'ai comme l'impression, hélas, que l'improvisation est aussi grande de votre côté.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je n'ai tout de même pas à me justifier d'un amendement parlementaire voté contre l'avis du Gouvernement.

M. Autain et Mme Borvo Cohen-Seat – Ce n'est pas le problème !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Reste qu'il n'est peut-être pas étonnant que la démarche de M. Méhaignerie ait recueilli une majorité, puisqu'elle est conforme à une vision défendue par la gauche depuis fort longtemps. Et vous vous souviendrez sans nul doute qu'une manifestation conduite sous les fenêtres de François Mitterrand vous avait alors conduits à reculer... Sur cette affaire, évitons donc les invectives.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je puis rassurer M. Pozzo di Borgo, l'adoption de l'amendement du Gouvernement tel que sous-amendé par la proposition de M. Fourcade ne fera pas tomber son amendement n°671.

M. Yves Pozzo di Borgo. – Je vous remercie de cette réponse mais ne serait-il pas dès lors préférable de renvoyer l'amendement du Gouvernement à l'article 8 bis, pour la cohérence du débat ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Cela bloquerait hélas l'adoption de l'article 6. Mais je puis vous assurer que votre amendement sera débattu. Peut-être serons nous amenés, à terme, à créer une mission d'information sur l'AP-HP qui conduira à un texte spécifique.

M. François Autain. – Il ne sera que temps.

M. Alain Vasselle. – J'aimerais recueillir l'avis de la commission et du Gouvernement sur mon sous-amendement. Le président About a clairement répondu à M. Pozzo di Borgo, mais lorsque nous en viendrons à examiner son amendement, il faudra le rejeter, puisque nous aurons adopté l'amendement du Gouvernement. Ceci pour dire qu'il n'est pas logique que la rédaction de ce texte permette de venir contrarier *ex post* des dispositions précédemment votées. La discussion est vraiment difficile à suivre.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission ne peut donner son avis sur un amendement qu'elle n'a

pas examiné. A titre personnel, je me rangerais plutôt sous le Vasselle que sous le Fourcade...

M. Guy Fischer. – Vous vous rangez donc sous le plus dur...

M. Alain Milon, rapporteur. – ...en soulignant que M. Pozzo di Borgo n'a pas complètement tort sur le sujet de l'AP-HP.

M. Alain Vasselle. – Je suis dans une position très inconfortable. En toute cohérence, mon sous-amendement a toutes les raisons d'être. Mais j'ai cru comprendre que, pour des raisons qui m'échappent, le Gouvernement ne souhaite pas son adoption, qui lui poserait des difficultés majeures. Comme mes convictions me poussent à le soutenir plutôt qu'à le mettre en difficulté, je me rallie à M. Fourcade, mais sans conviction.

C'est lancer un très mauvais signal à l'opinion publique que de lui laisser penser que nous pourrions adopter des budgets prévisionnels en déséquilibre à l'AP-HP, quand on exige la plus grande vertu ailleurs. Sur un sujet d'une telle importance, il faut un minimum de cohérence !

Le sous-amendement n°1291 est retiré.

M. Nicolas About, président de la commission. – Rien n'empêche, dans le cadre de l'article 8 bis, la mise en place d'un conseil de tutelle, auquel seuls quelques points précis, sous la responsabilité de l'ARS, échapperaient.

M. Bernard Cazeau. – Tout le monde connaît l'importance du déficit de l'AP-HP. L'amendement du Gouvernement n'a de sens que si l'on en maintient la seconde partie. Et si vous me permettez une exégèse sur un point obscur, je vous conterai que j'ai souvenir d'un président de conseil général qui donnait le conseil, à qui préférerait ne pas prendre part à un vote, de « faire couler l'eau ». Je me demande si le président de l'AP-HP ne l'a pas connu...

Le sous-amendement n°1292 est adopté.

L'amendement n°1192, ainsi sous-amendé, est adopté.

L'article 6, modifié, est adopté.

Prochaine séance, lundi 18 mai 2009 à 15 heures.

La séance est levée à 19 heures.

Le Directeur du service du compte rendu analytique :

René-André Fabre

ORDRE DU JOUR

du lundi 18 mai 2009

Séance publique

À 15 HEURES 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 :

- Mme Joëlle Garriaud-Maylam une proposition de loi tendant à autoriser la propagande électorale pour les élections à l'étranger ;

- Mme Jacqueline Panis une proposition de loi visant à créer un délit sanctionnant la vente à la sauvette ;

- M. Richard Yung un rapport d'information fait au nom de la commission des affaires européennes sur l'Europe sociale, état des lieux et perspectives.