

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du jeudi 14 mai 2009

(100^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



7771050 905401

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT

Secrétaires :

MM. Marc Massion, Bernard Saugey.

1. **Procès-verbal** (p. 4542)
2. **Réforme de l'hôpital**. – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (Texte de la commission) (p. 4542)

Article 1^{er} (*suite*) (p. 4542)

Amendement n° 1212 du Gouvernement. – Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – Adoption.

Amendement n° 387 de M. François Autain. – Retrait.

Amendements n° 669 de Mme Marie-Thérèse Hermange, 680 rectifié de M. Jean-Etienne Antoinette, 582 de M. Alain Gournac et 138 de M. Jean Desessard. – Mme Marie-Thérèse Hermange, MM. Jean Desessard, Alain Gournac, Mme Dominique Voynet, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Bernard Cazeau, Mme Nathalie Goulet, M. Guy Fischer. – Retrait des amendements n° 669 et 582 ; rejet des amendements n° 680 rectifié et 138.

Amendements n° 305 de M. Jacky Le Menn et 388 de M. François Autain. – M. Jacky Le Menn, Mme Mireille Schurch, M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. François Autain, Bernard Cazeau. – Rejet des amendements n° 305 et 388.

Amendements identiques n° 306 de M. Jacky Le Menn et 389 de M. François Autain. – M. Jacky Le Menn, Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 390 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Alain Gournac. – Rejet.

Amendement n° 391 de M. François Autain. – MM. Michel Billout, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Bernard Cazeau, Jean-Pierre Fourcade, Jean-Jacques Mirassou, François Autain. – Rejet.

Amendements identiques n° 157 de M. Paul Blanc et 346 de M. Jacky Le Menn ; amendement n° 897 rectifié *ter* de M. Gilbert Barbier. – MM. Paul Blanc, Jean-Pierre Godefroy, Mme la ministre, MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. – Retrait des trois amendements.

Amendements n° 164, 165 de M. Adrien Gouteyron et 307 de M. Jacky Le Menn. – M. Adrien Gouteyron, Mme la ministre. – Retrait des trois amendements.

Amendement n° 1213 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 392 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. André Lardeux, Bernard Cazeau. – Rejet par scrutin public.

MM. Jacky Le Menn, François Autain, Gérard Dériot.

Adoption, par scrutin public, de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 1^{er} (réservé jusqu'après l'article 13 *quater*)

Article 1^{er} *bis* A. – Adoption (p. 4562)

Article 1^{er} *bis* (p. 4562)

Amendement n° 166 de M. Adrien Gouteyron. – MM. Adrien Gouteyron, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

MM. Charles Revet, Gérard Dériot.

Adoption de l'article.

Article 1^{er} *ter*. – Adoption (p. 4564)

Article 2 (p. 4565)

Mmes Annie David, Isabelle Pasquet, la ministre.

Amendements identiques n° 105 rectifié de M. Bruno Gilles et 313 de M. Jacky Le Menn ; amendements n° 167 rectifié de M. Adrien Gouteyron, 312 de M. Jacky Le Menn et 595 rectifié *bis* de M. Yvon Collin. – MM. Bruno Gilles, Yves Daudigny, Adrien Gouteyron, Raymond Vall, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Jean-Jacques Mirassou, Jacky Le Menn, Jean-Pierre Michel, Gilbert Barbier, François Autain, le président de la commission. – Retrait des amendements n° 105 rectifié et 167 rectifié ; rejet des amendements n° 313, 312 et 595 rectifié *bis*.

Amendement n° 681 rectifié de M. Jean-Etienne Antoinette. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 199 rectifié *bis* de Mme Sylvie Desmarescaux, repris par la commission, et sous-amendement n° 1223 du Gouvernement. – M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendements n° 890 de Mme Marie-Thérèse Hermange, 555, 393 et 394 de M. François Autain. – Mme Marie-Thérèse Hermange, M. François Autain, Mmes Annie David, Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 890 ; rejet des amendements n° 555, 393 et 394.

Amendement n° 682 rectifié de M. Jean-Etienne Antoinette.
– MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. –
Rejet.

Amendement n° 1254 du Gouvernement. – Mme la
ministre, MM. le rapporteur, François Autain. –
Adoption.

Amendements n° 73 de M. André Lardeux, 5 rectifié de
M. Gérard Dériot, 891 de Mme Marie-Thérèse
Hermange, 1255 du Gouvernement et 542 de
M. François Autain ; amendements identiques n° 662
rectifié de M. Alain Houpert et 846 de M. Paul Blanc.
– MM. André Lardeux, Gérard Dériot, Mmes Marie-
Thérèse Hermange, la ministre, Annie David,
MM. Alain Houpert, le rapporteur. – Retrait des amende-
ments n° 891 et 73 ; rejet de l'amendement n° 542 ;
adoption des amendements n° 5 rectifié, 1255 et 662
rectifié.

Suspension et reprise de la séance (p. 4579)

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART

3. Questions d'actualité au Gouvernement (p. 4579)

RÉFORME DES AIDES FACULTATIVES LOCALES (p. 4579)

Mme Brigitte Bout, M. Martin Hirsch, haut-commissaire
aux solidarités actives contre la pauvreté, haut-commis-
saire à la jeunesse.

DÉCRET RECONNAISSANT LES DIPLÔMES VISÉS PAR LE VATICAN
(p. 4580)

M. Yvon Collin, Mme Rama Yade, secrétaire d'État chargée
des affaires étrangères et des droits de l'homme.

MISE EN PLACE DU RSA (p. 4582)

MM. Jean Arthuis, Martin Hirsch, haut-commissaire aux
solidarités actives contre la pauvreté, haut-commissaire à
la jeunesse.

CRISE ÉCONOMIQUE (p. 4583)

M. Jean-Pierre Michel, Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire
d'État chargée du commerce extérieur.

SITUATION DANS LES UNIVERSITÉS (p. 4584)

MM. Ivan Renar, François Fillon, Premier ministre.

LE GRAND PARIS (p. 4585)

MM. Michel Houel, Christian Blanc, secrétaire d'État
chargé du développement de la région capitale.

POLITIQUE DE DÉFENSE (p. 4586)

MM. Didier Boulaud, Hervé Morin, ministre de la défense.

L'ASSURANCE-CRÉDIT DANS LE CADRE DU PLAN DE RELANCE
(p. 4587)

Mmes Catherine Dumas, Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État
chargée du commerce extérieur.

L'ACTUALITÉ DES PRISONS (p. 4588)

Mmes Alima Boumediene-Thiery, Rachida Dati, garde des
sceaux, ministre de la justice.

COMMERCIALISATION DE LA BOISSON RED BULL (p. 4590)

Mmes Sylvie Desmarescaux, Roselyne Bachelot-Narquin,
ministre de la santé et des sports.

Suspension et reprise de la séance (p. 4591)

4. Réforme de l'hôpital. – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (Texte de la commission) (p. 4591)

Article 2 (*suite*) (p. 4591)

Amendement n° 656 de M. Gérard Dériot. – MM. Gérard
Dériot, Alain Milon, rapporteur de la commission des
affaires sociales ; Mme Roselyne Bachelot-Narquin,
ministre de la santé et des sports. – Adoption.

Amendement n° 188 rectifié de Mme Catherine Procaccia. –
MM. Alain Gournac, le rapporteur, Mme la ministre. –
Adoption.

Amendement n° 1174 du Gouvernement. – Mme la
ministre, MM. le rapporteur, François Autain. –
Adoption.

Mmes Brigitte Gonthier-Maurin, Nathalie Goulet, M. Yves
Daudigny.

Adoption de l'article modifié.

Article 3 (p. 4594)

Mme Annie David, M. Bernard Cazeau, Mmes Mireille
Schurch, la ministre.

Amendement n° 544 de M. François Autain. – Mmes
Brigitte Gonthier-Maurin, M. le rapporteur, Mme la
ministre. – Rejet.

Amendement n° 396 de M. François Autain. – Mme Annie
David, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. François
Autain. – Retrait.

Amendement n° 397 de M. François Autain. – Mme Isabelle
Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 543 de M. François Autain. – Mme Annie
David, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. François
Autain. – Retrait.

Amendement n° 317 de M. Jacky Le Menn. – M. Claude
Jeannerot. – Retrait.

Amendement n° 399 de M. François Autain. – Mme Brigitte
Gonthier-Maurin, M. le rapporteur, Mme la ministre,
M. François Autain. – Rejet.

Amendements n° 315 de M. Jacky Le Menn et 597 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Claude Jeannerot, Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 597 rectifié; rejet de l'amendement n° 315

Amendement n° 545 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n° 207 rectifié et 208 rectifié de Mme Catherine Morin-Desailly. – Mme Catherine Morin-Desailly, M. le rapporteur, Mmes la ministre, Colette Mélot, M. Jean-Pierre Godefroy, Mme Nathalie Goulet. – Retrait de l'amendement n° 208 rectifié; adoption de l'amendement n° 207 rectifié.

Adoption de l'article modifié.

Mme la ministre.

Articles additionnels après l'article 3 (réservés jusqu'après l'article 13 *quater*) (p. 4604)

Article 4 (p. 4604)

M. Guy Fischer, Mmes Annie David, Isabelle Pasquet, M. François Autain, Mme la ministre.

Amendement n° 403 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n° 575 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 617 rectifié de M. Raymond Vall. – MM. Raymond Vall, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 407 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. Jean Desessard, Jean-Pierre Fourcade, Mme Nathalie Goulet, M. Guy Fischer. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 5 (p. 4611)

Mme Isabelle Pasquet, MM. Guy Fischer, Jacky Le Menn, le rapporteur, Jean Desessard, Mme la ministre.

Amendement n° 408 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 410 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales; Mme la ministre.

Rappels au règlement (p. 4617)

MM. Guy Fischer, Jean-Pierre Godefroy, Jean-Pierre Chevènement, Mme la ministre.

Suspension et reprise de la séance (p. 4618)

Article 5 (*suite*) (p. 4618)

Amendements n° 409 de M. François Autain et 1224 du Gouvernement. – M. Guy Fischer, Mme la ministre, MM. le rapporteur, Jean Desessard. – Rejet de l'amendement n° 409, adoption, par scrutin public, de l'amendement n° 1224.

Amendement n° 1176 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Jean Desessard. – Adoption.

Amendement n° 321 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendements n° 323 de M. Jacky Le Menn et 411 de M. François Autain. – M. Jean-Pierre Godefroy, Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. Guy Fischer, François Autain, Jean Desessard. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 135 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre, M. Jean-Pierre Raffarin. – Rejet.

Amendement n° 322 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 136 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1274 du Gouvernement et sous-amendement n° 1277 de M. François Autain. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, François Autain, le président de la commission, Yves Daudigny, Jacky Le Menn, Guy Fischer. – Rejet du sous-amendement et de l'amendement.

Amendement n° 674 de Mme Marie-Thérèse Hermange. – Mme Marie-Thérèse Hermange, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 413 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 412 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre, M. Jean Desessard. – Rejet.

Amendements n° 1177 rectifié, 1276 du Gouvernement, 618 rectifié de M. Gilbert Barbier et 670 de Mme Marie-Thérèse Hermange. – Mmes la ministre, Annie David, MM. le rapporteur, Hugues Portelli, Jean-Pierre Godefroy, Gilbert Barbier, Mme Marie-Thérèse Hermange, MM. Jacky Le Menn, Jean-Pierre Chevènement, François Autain, le président de la commission, Jean Desessard – Retrait des amendements n° 618 rectifié et 670.

MM. Guy Fischer, le président.

Suspension et reprise de la séance (p. 4644)

M. le président.

M. Jean Desessard, Mme Nathalie Goulet, MM. Yves Daudigny, Bernard Cazeau, Gilbert Barbier, Hugues Portelli, Jean-Pierre Sueur, le président de la commission,

Mme la ministre. – Adoption, par scrutin public, de l'amendement n° 1177 rectifié; adoption de l'amendement n° 1276.

Amendements n°s 609 rectifié, 612 rectifié de M. Jean-Pierre Chevènement, 324 de M. Jean-Jacques Mirassou et 414 de M. François Autain. – MM. Jean-Pierre Chevènement, Jean-Pierre Godefroy, François Autain, M. le rapporteur, Mmes la ministre, Nathalie Goulet, MM. Gilbert Barbier, Bernard Cazeau, Mme Muguette Dini, MM. Laurent Béteille, Hugues Portelli. – Retrait des amendements n°s 609 rectifié et 324; adoption des amendements n°s 414 et 612 rectifié

Amendement n° 325 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur, Mme la ministre, M. Jean Desessard. – Rejet.

Amendements n°s 109 rectifié de M. André Lardeux. – Mme Catherine Procaccia, M. le rapporteur. – Retrait.

Amendement n° 415 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1175 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Renvoi de la suite de la discussion

5. **Dépôt de projets de loi** (p. 4644)

6. **Dépôt d'une proposition de loi** (p. 4645)

7. **Ordre du jour** (p. 4645)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT

vice-président

Secrétaires :
M. Marc Massion,
M. Bernard Saugey.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

RÉFORME DE L'HÔPITAL

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI
 DÉCLARÉ D'URGENCE

(Texte de la commission)

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (nos 290, 380 et 381.)

Dans la discussion des articles, nous avons commencé l'examen de l'article 1^{er}.

Pour la clarté du débat, j'en rappelle les termes :

CHAPITRE I^{ER}

MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Article 1^{er} (suite)

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6111-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6111-1. - Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

« Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

« Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé et de l'autonomie en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.

« Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »

II. - L'article L. 6111-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6111-2. - Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

« Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »

III. - L'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Missions de service public des établissements de santé ».

IV. - Les articles L. 6112-1, L. 6112-2 et L. 6112-3 du même code sont ainsi rédigés :

« Art. L. 6112-1. - Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

« 1° La permanence des soins ;

« 1° bis La prise en charge des soins palliatifs ;

« 2° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

« 2° bis La recherche ;

« 3° La formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

« 4° La formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

« 5° *Supprimé par la commission.*

« 6° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

« 7° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

« 8° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

« 9° Les actions de santé publique ;

« 10° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;

« 11° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

« 12° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

« 13° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

« *Art. L. 6112-2.* - Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 :

« - les centres de santé et les maisons de santé ;

« - l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;

« - le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil des ministres ;

« - les groupements de coopération sanitaire ;

« - les autres personnes titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ;

« - les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

« Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou un contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations.

« La signature ou la révision du contrat afin d'y intégrer les missions de service public peut être à l'initiative de l'un ou l'autre des signataires.

« Les missions de service public, qui à la date de publication de la présente loi, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné, font l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« *Art. L. 6112-3.* - L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garanti à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

« 1° L'égal accès à des soins de qualité ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé et de l'autonomie ;

« 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Les garanties mentionnées aux 1° et 3° sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

« Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2 s'imposent également aux praticiens qui y exercent. »

V. - Après l'article L. 6112-3 du même code, il est inséré un article L. 6112-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6112-3-1.* - Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3.

« Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

« Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L. 6146-2 et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1 sont ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. »

V *bis.* - 1° L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - Le Gouvernement présente avant le 15 octobre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises :

« - pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;

« - pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur la multiplication artificielle des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. »

2° Jusqu'en 2012, le rapport prévu au V de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence mentionné au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

VI. - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6122-7 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« Elle peut également être subordonnée à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins.

« L'autorisation peut être suspendue ou retirée selon les procédures prévues à l'article L. 6122-13 si les conditions mises à son octroi ne sont pas respectées. »

VI *bis*. - Après le premier alinéa de l'article L. 6122-10 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut également être subordonné aux conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 6122-7. »

VII. - L'article L. 6161-4 du même code est remplacé par deux articles L. 6161-4 et L. 6161-4-1 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6161-4.* - Le contrat pour l'exercice d'une profession médicale conclu entre toute personne chargée d'assurer une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 et un praticien précise, en tant que de besoin, les conditions de la participation de ce dernier à ces missions et les obligations qui s'imposent à lui en application du dernier alinéa de l'article L. 6112-3.

« Si ce contrat est antérieur à celui confiant une ou plusieurs missions de service public au cocontractant du praticien, il est, en tant que de besoin, révisé pour intégrer les stipulations mentionnées au premier alinéa dans un délai de six mois à compter de la date de la signature du contrat conclu en application du dernier alinéa de l'article L. 6112-2.

« L'agence régionale de santé et de l'autonomie est informée des termes de cette révision.

« Si le praticien refuse de procéder à sa révision, il peut prétendre à des indemnités en cas de résiliation du contrat par l'établissement dès lors que la durée d'activité consacrée aux missions de service public proposée par le contrat révisé excède 30 % de son temps travaillé.

« *Art. L. 6161-4-1.* - *Supprimé par la commission.*

VII *bis*. - L'article L. 6161-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-5.* - Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :

« 1° Les centres de lutte contre le cancer ;

« 2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé et de l'autonomie.

« Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions.

« Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

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

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

IX. - L'article L. 162-20 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-20.* - Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente. »

X. - L'article L. 6311-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6311-2.* - Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément aux dispositions du chapitre II du titre II du livre I^{er} de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.

« Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente.

« Le fonctionnement de ces unités et centre peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral.

« Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours.

« Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix. »

XI. - L'article L. 6112-5 du même code est abrogé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XVIII *bis*. - Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XVI, les dispositions suivantes sont applicables aux établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi.

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

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

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

L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément aux dispositions de l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

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

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

M. le président. L'amendement n° 1212, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le VIII de cet article :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« S'il n'est pas satisfait à la demande de plan de redressement du directeur de l'agence ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable

une fois. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Monsieur le président, je me suis largement exprimée hier soir sur cet amendement, dont l'objet vise les centres de lutte contre le cancer.

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

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1212.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 387, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suite le texte proposé par le IX de cet article pour l'article L. 162-20 du code de la sécurité sociale :

« *Art. L. 162-20.* - Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé ou dans les établissements de santé privés dans l'exercice d'une ou de plusieurs missions de service public, aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 387 est retiré.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 669, présenté par Mmes Hermange et Procaccia, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le XII de cet article :

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

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

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

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

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Il s'agit de revenir à la rédaction originale et de la compléter, car trop entrer dans les détails risque de nuire à l'objectif même des centres de santé, qui doivent s'adapter à leur environnement géographique, tant il est vrai qu'un centre de santé dans un territoire rural à faible démographie n'a pas la même mission qu'un centre de santé en région parisienne.

M. le président. L'amendement n° 680 rectifié, présenté par MM. Antoinette, Patient, Gillot, S. Larcher, Lise, Tuhejava et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

projet de santé

insérer les mots :

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

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. C'est avec plaisir que je défends cet amendement, déposé notamment par M. Antoinette, que j'ai rencontré la semaine dernière à l'occasion d'un déplacement en Guyane.

Cet amendement tend à intégrer les mots « avec la participation et l'avis des élus municipaux » au sein du cinquième alinéa du texte proposé par le XII de l'article 1^{er} du projet de loi pour l'article L. 6323-1 du code de santé publique.

Il découle des missions attribuées aux centres de santé par l'article L. 6321-1 du code de santé publique que ces derniers jouent un rôle important de médecine de proximité, de prévention et d'accompagnement social des populations et donc assurent des missions d'intérêt général sur un territoire.

En outre, ces centres peuvent être créés par des établissements de santé, par des organismes à but non lucratif, mais aussi par des collectivités territoriales.

Il paraît donc important de s'assurer que le projet médical du centre de santé, qui est distinct, le cas échéant, de celui de l'établissement qui le gère, soit élaboré en lien avec les acteurs locaux et les élus représentant les populations concernées.

L'intérêt de cette proposition est de faire en sorte que ces projets soient le plus en adéquation possible avec les besoins des territoires tels que peuvent les appréhender ceux qui en ont la charge au quotidien.

Je demande au Sénat d'adopter cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 582, présenté par M. Gournac, est ainsi libellé :

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

La parole est à M. Alain Gournac.

M. Alain Gournac. Si la grande majorité des professionnels de santé qui exercent en centres de santé sont salariés, on ne saurait priver les médecins libéraux qui le souhaitent d'exercer dans ces centres.

Il s'agit donc d'ajouter cette disposition au septième alinéa en question, et non pas de la supprimer, comme indiqué par erreur dans l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 138, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

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

et des représentants des professionnels de santé exerçant en leur sein

La parole est à Mme Dominique Voynet.

Mme Dominique Voynet. Madame la ministre, vous avez bien voulu saluer, hier, le nombre et l'importance des centres de santé, qui sont plus d'un millier et, grâce à un nouveau mode d'exercice, permettent à de jeunes praticiens de travailler en équipes, dans des conditions bien meilleures que leurs aînés.

Ce sont des lieux de proximité qui permettent d'assurer une véritable permanence des soins.

Vous n'avez pas signalé, cependant, que la plupart d'entre eux sont des centres municipaux de santé, qui permettent, dans des communes comme la mienne, Montreuil, souffrant d'un véritable déficit démographique médical, d'assurer une permanence des soins qui n'existerait pas sans eux.

Ils sont ouverts à tous, ils combattent la médecine à deux vitesses, contribuent à la lutte contre les inégalités sociales de santé, apportent des soins sans dépassement tarifaire, peu coûteux pour la collectivité. Ils relèvent également d'une certaine forme de démocratie sanitaire en prenant en charge, avec les populations concernées, des sujets nouveaux, tels que la lutte contre l'obésité ou les affections de longue durée, comme le diabète ou la prévention de la toxicomanie.

Si ces centres doivent être réformés, il importe d'associer à la réflexion tous les médecins qui exercent dans ce type de structure pour ne pas offrir de nouveaux marchés lucratifs aux opérateurs privés aux dépens de l'intérêt général et, surtout, des populations les plus fragilisées socialement, qui ne disposent pas de médecin de famille et ont pris l'habitude de fréquenter ces centres.

Madame la ministre, vous avez affirmé en commission que l'instance nationale de concertation ne servait à rien, car elle ne se réunissait jamais.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je n'ai jamais dit qu'elle ne servait à rien !

Mme Dominique Voynet. Cela étant, si une évolution réglementaire doit avoir lieu, on ne peut nier la nécessité de consulter les professionnels. Il y va de l'intérêt des praticiens eux-mêmes, des patients, des populations et de l'équilibre général du système de santé.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 669, la commission avait adopté des amendements identiques visant à réécrire l'article du code de santé publique relatif

aux centres de santé. Elle ne serait pas cohérente avec elle-même si elle en revenait à la rédaction originale de cet article, comme le proposent les auteurs de l'amendement.

En outre, il ne lui semble pas que le texte qu'elle a adopté s'opposerait à ce que les centres s'adaptent à des environnements différents, d'autant qu'ils resteront bien sûr libres de ne pas utiliser toutes les possibilités d'action et d'activité que leur permet ce texte. Cependant, la commission tient beaucoup, par exemple, au fait qu'ils puissent participer au protocole de coopération prévu par le projet de loi.

Telles sont les raisons pour lesquelles elle émet un avis défavorable sur cet amendement, s'il est maintenu.

M. François Autain. Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. Pour ce qui est de l'amendement n° 680 rectifié, la commission est très consciente de l'intérêt des élus pour les centres de santé, souvent créés – et toujours soutenus – par les communes.

Cependant, elle estime que, s'ils s'impliquent fortement dans ce domaine et ont à cœur de favoriser l'activité de ces centres pour le plus grand bien de la population, il n'appartient pas pour autant aux élus de participer à l'élaboration du projet de santé des centres ni même de donner un avis à ce sujet, chacun devant rester dans ses compétences.

La commission émet donc un avis défavorable.

M. Jean Desessard. C'est incroyable !

M. Alain Milon, rapporteur. Quant à l'amendement n° 582, la commission craint le mélange des genres. Elle sollicite donc le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

En ce qui concerne l'amendement n° 138, la consultation sur la future mesure réglementaire et relative aux conditions techniques de fonctionnement des centres de santé devrait concerner essentiellement les organismes ou collectivités territoriales qui les ont créés et qui les gèrent.

C'est pourquoi la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sur l'amendement n° 669, qui vise à revenir à la rédaction initiale, je pense que le texte adopté par la commission apporte des précisions utiles.

M. François Autain. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En outre, aucune d'entre elles – et je m'exprime sous le contrôle de M. le rapporteur – n'empêche de tenir compte de la diversité de l'environnement, sur laquelle vous mettez l'accent à juste titre, madame Hermange. Ces structures se situent non seulement dans des quartiers défavorisés, ainsi que le souligne Mme Voynet, mais également dans de nombreux autres environnements.

Le respect de l'autonomie de chaque centre de santé ne me semble pas compatible avec la participation imposée des organisations représentatives de gestionnaires de centres dans l'élaboration de leur projet de santé

J'ajoute que j'ai déposé un amendement, que nous allons bientôt examiner et qui vise à apporter quelques modifications à la rédaction adoptée par la commission des affaires sociales.

Telles sont les raisons pour lesquelles je demande à leurs auteurs de bien vouloir retirer l'amendement n° 669.

L'amendement n° 680 rectifié vise à solliciter la participation et l'avis des élus municipaux. À l'évidence, je suis très attachée à ce que les élus participent à la réflexion sur l'organisation et l'aménagement sanitaire du territoire.

Nous reviendrons sur ce sujet lors de l'examen des dispositions du titre IV du projet de loi avec des possibilités élargies offertes aux élus locaux, notamment au sein du Conseil de surveillance des agences régionales de santé ou de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie.

Nous avons intérêt à ce que la réflexion sur la territorialisation des politiques de santé s'effectue à l'échelon approprié, celui de la région étant le plus pertinent pour mener un travail approfondi sur l'architecture de notre système de santé.

Nous avons également intérêt à prévoir des lieux de débat et de concertation organisés plutôt que de laisser chacun donner son avis sur des sujets ponctuels, sans concertation avec l'ensemble des acteurs et sans vision d'ensemble de l'offre de soin.

Le texte que je vous propose, et que nous allons examiner ensemble, prévoit déjà les lieux et les modalités de concertation avec les élus locaux.

Il n'y a donc aucune raison de prévoir, ce serait même sans doute contreproductif, des dispositions spécifiques pour les centres de santé.

Le rapporteur s'est très bien exprimé sur les risques de confusion qu'il y aurait à permettre aux médecins libéraux d'exercer dans les centres de santé.

Les médecins libéraux souhaitant exercer dans des structures regroupées ont désormais la possibilité de rejoindre les maisons de santé pluridisciplinaires ou les pôles de santé. C'est pourquoi j'invite M. Gournac à retirer son amendement.

Madame Voynet, concernant l'amendement que vous avez défendu, permettez-moi de vous dire que le texte issu des travaux de la commission prévoit la consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.

Je ne vois aucun inconvénient à étendre cette consultation aux représentants des professionnels y exerçant. Cependant, une telle disposition n'est pas de nature législative. Elle est de nature réglementaire. Je m'engage, madame la sénatrice, à prendre les mesures nécessaires pour que votre demande soit satisfaite sans recourir à une disposition législative.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 669.

M. Bernard Cazeau. Je souhaite profiter de l'occasion qui m'est offerte pour m'exprimer sur les centres de santé.

La rédaction proposée par la commission est meilleure que celle de Mme Hermange. Comme Mme la sénatrice va très probablement retirer son amendement, je n'insiste pas.

En revanche, je suis très favorable à l'amendement présenté par Mme Voynet, même si la disposition proposée est de nature réglementaire.

Nous devons faire le maximum pour développer les centres de santé. Ce type de structure est intéressant à plusieurs titres, notamment pour des raisons d'ordre démographique.

Les centres de santé présentent un intérêt majeur en particulier dans les banlieues sensibles et dans les grandes villes. Les maisons pluridisciplinaires sont plus adaptées dans les milieux ruraux.

Une telle disposition offre également l'avantage d'enclencher un processus que nous appelons de nos vœux depuis des années. Je propose depuis longtemps la mise en place d'une médecine salariale en lieu et place d'une médecine à l'acte.

D'ailleurs, une majorité beaucoup plus importante qu'autrefois de jeunes médecins la privilégient aujourd'hui. La preuve en est que de nombreux jeunes médecins s'installent, à l'heure actuelle, dans des secteurs publics ou dans des secteurs où la médecine à l'acte disparaît.

La définition qui a été faite par la commission est meilleure. C'est également l'objet de l'amendement n° 305, sur lequel je ne reviendrai pas.

M. le président. Madame Hermange, l'amendement n° 669 est-il maintenu ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 669 est retiré.

La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote sur l'amendement n° 680 rectifié.

M. Jean Desessard. Je ne comprends pas la position de M. le rapporteur et de Mme la ministre, qui sont défavorables à l'amendement n° 680 rectifié.

Il est écrit à l'article 1^{er} : « Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. »

Cet amendement vise à préciser que les centres de santé élaborent un projet de santé « avec la participation et l'avis des élus municipaux ».

Lorsque des centres de santé pratiquent des actions de prévention, c'est bien le moins d'y associer les élus puisqu'ils se veulent des lieux sanitaires de proximité ! Je suis donc surpris de cet avis négatif, d'autant que j'étais bien disposé à l'égard de Mme la ministre. Je ne voulais pas lui faire des compliments, ce serait exagéré, mais je voulais célébrer un anniversaire. (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ah ?

M. Jean Desessard. Il y a un an, du 1^{er} au 3 mai 2008, Mme la ministre s'est rendue en Guyane. Là elle ne s'est pas contentée de rester à Cayenne. Elle a effectué un grand périple la menant à Maripasoula, puis à Twenké. Madame la ministre, je ne sais pas si vous y êtes allée comme moi en pirogue, ce qui prend deux heures et demie. (*Rires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Oui, et ce n'était pas la première fois ! (*Rires.*)

M. Jean Desessard. Alors je dis : bravo ! (*Mme Dominique Voynet applaudit.*)

Mme la ministre a pris la pirogue pour aller à Twenké, un village amérindien. Moi aussi, je m'y suis rendu en pirogue, même si je n'ai pas ramé ! (*Rires.*)

M. Christian Cambon. Hors sujet ! Venez-en au fait !

M. Jean Desessard. En arrivant à Twenké, on m'a fait visiter le village, notamment le centre de prévention.

M. Bruno Gilles. C'est hors sujet !

M. Jean Desessard. Mon propos n'est pas hors sujet pour deux raisons.

Premièrement, Mme la ministre nous dit que l'avis des élus municipaux sera pris en compte. Comme si elle tenait toujours ses promesses !

M. François Autain. Oh, elle ne tient pas ses promesses ?

M. Jean Desessard. J'y arrive !

Deuxièmement, mes chers collègues, je ne sais pas si vous connaissez la situation des Amérindiens, ...

M. Christian Cambon. Oui, très bien !

M. Jean Desessard. ... mais, lorsqu'on fait des promesses à une population en danger, qui n'a pas beaucoup d'avenir devant elle, c'est très grave de ne pas les tenir !

Je demande à Mme la ministre, qui s'est engagée à rénover le centre de prévention de Twenké, de le faire rapidement, faute de quoi la population de ce village amérindien aura l'impression que les promesses gouvernementales ne sont pas tenues.

Mme la ministre Roselyne Bachelot-Narquin a pris un engagement auprès de cette population – je la remercie d'être allée sur le terrain – et a montré à cette occasion l'importance de la prévention. Mais le mieux serait que ses paroles se traduisent par des actes !

Ma conclusion est la suivante : il est beau de dire aujourd'hui que l'on tiendra compte de l'avis des élus municipaux, mais si j'en juge à la promesse faite par Mme la ministre pour le centre de prévention de Twenké, je reste sceptique ! (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

M. Christian Cambon. Cela n'a aucun rapport !

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote sur l'amendement n° 680 rectifié.

Mme Nathalie Goulet. J'ai la même lecture que notre collègue.

Les centres de santé élaborent le projet de santé et sont créés et gérés par des collectivités territoriales. Les élus municipaux seront donc consultés.

En outre, il faudrait mentionner également la participation des élus des intercommunalités. (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

Attendez un instant ! Ajouter une telle précision à cet article n'est absolument pas nécessaire puisque, *a priori*, il prévoit déjà que les centres sont créés par les collectivités territoriales.

Je ne vois pas très bien ce que ferait un centre créé par une collectivité territoriale sans l'avis des élus, d'autant que, dans la majeure partie des cas, les centres existants le sont grâce à la volonté des élus !

En tout état de cause, je ne suis pas d'accord avec l'amendement n° 680 rectifié et je ne le voterai pas.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il faut faire la différence entre projet d'établissement et projet de santé !

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 680 rectifié.

M. Guy Fischer. Les centres de santé jouent un rôle primordial, notamment pour l'accès aux soins des populations les plus démunies dans les quartiers populaires où l'on assiste à une ghettoïsation. Je pense plus particulièrement à certaines banlieues de la région parisienne ou aux Minguettes.

Il s'agit bien souvent de centres qui sont à la recherche de leur équilibre. Leur principal avantage est de pratiquer le tiers payant.

Je tire mon chapeau aux médecins qui travaillent dans ces quartiers !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ils ne sont pas tous dans les centres de santé !

M. Guy Fischer. Tout à fait ! Les médecins libéraux sont également présents sur le terrain et travaillent en complémentarité avec ces établissements.

Bien souvent, d'ailleurs, les médecins libéraux sont regroupés en cabinet. La principale différence entre les centres de santé et les groupements médicaux est que ces derniers ne pratiquent pas le tiers payant.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Les médecins libéraux installés dans ces quartiers-là pratiquent également le tiers payant !

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

M. Guy Fischer. Nous sommes complémentaires, monsieur le rapporteur ! N'essayez pas de m'influencer et de me déstabiliser ! (*Sourires.*)

M. Alain Gournac. C'est impossible ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Je ne voudrais pas qu'il y ait de confusion : la commission des affaires sociales n'a jamais remis en cause l'existence des centres de santé !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Tout à fait !

M. Alain Milon, rapporteur. Elle a même, sur certaines propositions, étendu leur rôle dans les projets de santé.

Ce qui pose problème dans votre proposition, c'est l'intervention des élus municipaux dans le projet de santé. Il ne s'agit pas du projet d'établissement.

Laissons les professionnels faire leur travail et les choses iront nettement mieux.

La commission est défavorable à cet amendement, mais ne remet pas en cause l'existence des centres de santé.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 680 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Monsieur Gournac, l'amendement n° 582 est-il maintenu ?

M. Alain Gournac. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 582 est retiré.

Madame Voynet, l'amendement n° 138 est-il maintenu ?

Mme Dominique Voynet. Madame la ministre, j'ai bien noté que vous preniez l'engagement de consulter les représentants des professionnels de santé.

Depuis que nous avons commencé l'examen de ce projet de loi, cela ne vous aura pas échappé, son équilibre général a suscité sur ces travées des soupçons, ...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ah bon ?

Mme Dominique Voynet. ... notamment celui de privilégier une logique gestionnaire à une logique sanitaire.

L'alinéa dont il est question précise qu'on consultera les représentants des gestionnaires de centres de santé. Cette disposition est aussi de nature réglementaire, madame la ministre.

Si vous me faites remarquer avec justesse que la mesure que je propose est de nature réglementaire, il faut convenir également que le texte actuel comporte aussi des dispositions de nature réglementaire.

La seule façon d'échapper au soupçon de vouloir privilégier la logique de gestion sur la logique de soin est de traiter à égalité les gestionnaires et les professionnels de santé qui travaillent dans ces centres.

Soit rien n'est précisé, et on convient qu'il est normal de consulter les différentes parties prenantes quand on élabore un projet de décret. Soit on précise que les gestionnaires doivent être consultés, et alors on admet que les professionnels de santé doivent l'être également.

Je maintiens donc mon amendement.

M. Jean Desessard. Bien sûr, c'est de bon sens !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 138.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 305, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Mon collègue Bernard Cazeau a déjà évoqué cette question il y a quelques instants.

Cet amendement relatif aux centres de santé s'inscrit dans notre logique tendant à limiter les dépassements d'honoraires et exprime notre volonté d'assurer à l'ensemble de la population, en particulier aux plus défavorisés de nos concitoyens, un égal accès aux soins.

Il tend donc à garantir la pratique du tiers-payant et l'opposabilité des tarifs tout au long de la prise en charge des patients qui entrent dans un circuit de soins par l'intermédiaire d'un centre de santé géré par un établissement de santé.

M. le président. L'amendement n° 388, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme Mireille Schurch.

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

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

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

Or, l'article 1^{er} de ce projet de loi va désormais autoriser les établissements de santé privés à devenir gestionnaires de centres de santé, dévoyant ainsi le rôle purement social de ces institutions. Même si le fonctionnement des centres reste inchangé, ils risquent à terme de devenir des « aspirateurs » à patients pour le privé !

M. Guy Fischer. Eh oui !

Mme Mireille Schurch. Ainsi, une personne venant consulter dans un centre de santé se verra fortement conseiller d'être soignée dans l'établissement gestionnaire, où les tarifs seront bien plus élevés.

Afin d'éviter que les centres de santé ne deviennent des vitrines commerciales d'établissements privés, nous voulons garantir aux patients que leur prise en charge dans un établissement de santé gestionnaire d'un centre de santé sera assurée aux tarifs opposables et sans avances de frais. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous avons admis, à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, la continuité de la prise en charge au titre des missions de service public, en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour d'autres soins consécutifs à cette prise en charge. Mais il ne me paraît guère raisonnable – et peu justifié – d'étendre cette continuité à une prise en charge dans un autre établissement

qui, d'ailleurs, peut très bien n'être pas lui-même chargé d'une mission de service public. On ne voit pas non plus jusqu'où devrait s'étendre cette continuité.

La commission a donc émis un avis défavorable aux amendements n^{os} 305 et 388.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Chacun saluera ici la possibilité ouverte par la loi aux établissements de santé de créer des centres de santé. Cette disposition a pour objectif de permettre l'accès aux soins sur des territoires mal couverts. Ces créations n'interviendront pas de manière désordonnée, mais seront prévues par le volet ambulatoire des schémas régionaux d'organisation des soins. Il s'agit non pas, comme vous le dites, de créer une vitrine pour appâter les malades, mais d'assurer un maillage territorial.

Les créations de centres de santé feront l'objet de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, en ce qui concerne tant l'établissement gestionnaire que le centre de santé lui-même. Bien entendu, ce dispositif contractuel visera à préciser les modalités financières d'accès aux soins, notamment pour les personnes adressées par un centre de santé.

Il n'est donc ni utile, ni même souhaitable, de légiférer dans ce domaine, d'autant que la disposition que ces amendements tendent à introduire comporte un risque de dérive manifeste, dans la mesure où elle s'appliquerait à tout type de pathologie ou de prise en charge. Le simple fait d'avoir débuté un parcours de soins dans un centre de santé ne peut suffire à déterminer le mode de facturation et de prise en charge, sans limitation dans le temps et sans prise en compte de la nature de la pathologie en question : ce serait instaurer un régime « hors norme ».

Pour toutes ces raisons, ainsi que pour celles qu'a excellemment exposées M. le rapporteur, j'émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n^o 305.

M. François Autain. Nous devons être très vigilants sur les risques de dérive résultant de l'utilisation que les établissements de santé privés pourraient faire des centres de santé. L'instrumentalisation de ces centres de soins à des fins purement lucratives représente un très grave danger.

C'est la raison pour laquelle nous demanderons, plus tard dans la discussion, la suppression de la possibilité ouverte aux établissements de santé privés de créer des centres de santé. On ne peut pas accepter qu'un malade traité dans un centre de santé, qui a bénéficié du tiers-payant, sorte de ce centre pour être adressé à l'établissement privé créateur du centre et subisse des dépassements d'honoraires. Une telle éventualité n'est pas concevable, car elle signifierait que le centre de santé, comme l'a dit Mme Schurch, perd l'essentiel de sa vocation.

Il est indispensable d'adopter cet amendement pour éviter les dérives qui interviendront fatalement, quelles que soient les dispositions que comporte le projet de loi. Il s'agit d'une précaution indispensable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 305.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n^o 388.

M. Bernard Cazeau. Une fois de plus, nous vivons un paradoxe. Chaque fois que nous prenons la parole, Mme la ministre nous reproche de ne pas présenter de propositions

constructives. Pourtant, nous en avons formulées sur l'ensemble du texte et bien peu ont été retenues, malheureusement !

Dans le cas présent, ces deux amendements permettraient de faire évoluer le projet de loi dans le bon sens. Je ne suis pas opposé à la création de centres de santé par des établissements privés, car cela permettra aux centres de santé de recourir à d'autres méthodes.

Mais il aurait été logique d'orienter la loi dans le sens de l'opposabilité des tarifs conventionnés, car les centres de santé sont souvent implantés dans des secteurs géographiques sensibles, voire en grande difficulté. Il me semble d'ailleurs que les médecins du secteur privé ne sont pas hostiles à une telle disposition, du moins pour la majorité de ceux auxquels j'ai posé la question.

Je regrette donc que la commission et le Gouvernement soient défavorables à ces amendements : une fois de plus, l'opposition subit un ostracisme, dès qu'elle veut faire avancer le texte. Or Mme la ministre a dit, devant la commission, qu'elle avait elle-même voulu engager une évolution en ce sens, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il aurait donc été de bon aloi de commencer à le faire dès aujourd'hui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 388.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 306 est présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 389 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer le XIII de cet article.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement vise à rétablir l'instance nationale de concertation des centres de santé.

En effet, en supprimant cette instance, le projet de loi prive les centres de santé du seul organe spécifique de concertation les concernant, alors qu'ils ne sont pas associés, à ce jour, au Comité national de l'organisation sanitaire et sociale ni à la Conférence nationale de santé. Il en est de même au niveau local : la représentation expresse des gestionnaires des centres de santé dans les conférences régionales de santé doit donc être prévue dans un collégé *ad hoc*.

Selon nous, un organe national de concertation doit également être conservé. En conséquence, nous demandons le maintien de l'article du L. 6323-2 du code de la santé publique qui porte création de l'instance nationale de concertation et la suppression du XIII de l'article 1^{er}.

M. le président. La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n° 389.

Mme Annie David. Cet amendement est identique au précédent. Il tend donc à revenir sur la suppression de l'article L. 6323-2 du code de la santé publique, qui a créé cette instance nationale de concertation des centres de santé, « présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant notamment les représentants de l'État, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé ».

Comme vous le savez, madame la ministre, cette instance doit permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires qui peuvent concerner les centres de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets sanitaires et sociaux innovants qu'ils pourraient mettre en place.

Prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – loi qui, visiblement, vous mécontente, car texte après texte vous la détricotez –, cette instance, pourtant conçue par votre collègue Bernard Kouchner, ne s'est jamais réunie à ce jour. Vous prenez d'ailleurs prétexte de cette absence de réunion pour tenter de la supprimer.

En réalité, cette absence de réunion est le révélateur, au mieux, du manque d'intérêt du Gouvernement pour les centres de santé, au pire, d'une hostilité du Gouvernement à leur encontre, car, sauf à me méprendre, il appartient à la personne qui préside ce comité de le convoquer. Or, madame la ministre, vous avez la charge de cette présidence, en vertu de cet article L. 6323-2 du code de la santé publique.

Cette suppression s'apparente donc à une double peine pour des acteurs qui espèrent précisément être plus et mieux associés aux réflexions relatives à l'évolution du système de santé.

Pourtant, les centres de santé, malgré les difficultés qui sont les leurs, notamment en raison du manque de financements gouvernementaux, ou résultant de la séparation des deux livres imposés par une Europe hostile à toute forme de solidarité en matière de santé, participent, de manière ô combien importante, à la santé des Français, notamment de celles et ceux qui sont le plus en difficulté.

À titre d'exemple, les centres de santé dentaires sont les seuls à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires ou, quand ils en pratiquent, ces dépassements restent à un niveau raisonnable, de telle sorte qu'ils ne constituent pas une entrave aux soins. Reconnaissez que cet apport particulier, pour une profession médicale où il est très difficile de trouver un praticien conventionné en secteur 1, devrait être encouragé plus que méprisé.

Je voudrais vous faire remarquer, mes chers collègues, que les centres de santé ne sont pas associés au Comité national de l'organisation sanitaire et sociale ni à la Conférence nationale de santé. C'est dire qu'avec la suppression de cette instance on leur interdirait de participer au plan national à la définition de la politique de santé.

Cela nous semble dommageable, particulièrement lorsqu'on annonce vouloir trouver des formes de rémunérations autres que celle à l'activité. C'est pourquoi nous vous proposons d'adopter cet amendement. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.)*

M. François Autain. Très bien !

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'il ne nous paraît pas utile de maintenir en vigueur les dispositions relatives à l'instance nationale de concertation des centres de santé, ce n'est pas uniquement parce que cette instance n'a jamais été constituée.

M. François Autain. Et pour quelle raison n'a-t-elle pas été créée ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il nous semble que le projet de loi donnera une nouvelle impulsion à la réflexion sur le rôle et la coordination des différentes structures de soin.

À notre avis, il sera beaucoup plus intéressant, pour les centres de santé, d'être associés à l'organisation des soins de premier recours, des parcours de soin ou des formations que de disposer d'une instance nationale de concertation.

La commission a donc émis un avis défavorable sur les amendements n^{os} 306 et 389.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je ne peux vraiment pas laisser dire, comme je l'entends, que je m'oppose aux centres de santé.

M. François Autain. Il faut nous en convaincre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Au contraire, dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale, j'ai donné des prérogatives supplémentaires aux centres de santé. J'ouvre aujourd'hui la possibilité, pour des établissements de santé, de créer de telles structures, dont j'ai reconnu, à de nombreuses reprises, l'apport irremplaçable dans la prise en charge des populations les plus fragiles et même, au-delà, dans le maillage territorial de quartiers en difficulté.

Rien dans les décisions que j'ai prises ne peut laisser supposer la moindre opposition aux centres de santé ! Bien au contraire ! J'en apporte encore la preuve dans ce projet de loi.

Le sujet, ici, est tout autre : l'instance nationale de concertation des centres de santé, non seulement ne s'est jamais réunie, mais n'a jamais été créée. Vos amis politiques n'ont d'ailleurs pas plus trouvé d'intérêt à la mettre en place.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il faut également préciser que, bien qu'une même philosophie les réunisse, les centres de santé ont des cultures assez différentes du fait de leur origine, ce qui crée une difficulté. De plus, les acteurs des centres de santé préfèrent se réunir en fédérations et, à ce titre, ils ont été complètement associés à nos travaux, qui ont été menés dans un esprit d'ouverture.

Cette approche est de nature à éviter un cloisonnement entre une catégorie de structures, regroupées dans une instance nationale, et le reste des acteurs de santé. Cela explique ma position sur cet amendement, dont l'objet serait, non pas le maintien, mais la création d'une instance nationale de concertation des centres de santé, puisque cette instance n'a jamais existé.

Mme Annie David. La loi a été votée en mars 2002 !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le décret qui aurait permis la création de l'instance nationale de concertation des centres de santé n'a jamais été pris.

Pour toutes ces raisons, mon avis est défavorable sur ces amendements.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Madame la ministre, pour quelles raisons l'instance nationale de concertation des centres de santé n'a-t-elle jamais été réunie ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Elle n'est pas créée !

M. François Autain. Il y a une autre raison : vous n'aimez pas beaucoup la loi du 4 mars 2002 !

Vous avez supprimé de nombreux articles et tardé considérablement à prendre les décrets se rapportant à un certain nombre de dispositions contenues dans cette loi. Environ 50 % de ces décrets ne sont toujours pas promulgués à ce jour.

Je parle sous le contrôle de M. le président de la commission des affaires sociales, qui a récemment effectué un recensement et a constaté que cette loi faisait partie des lois ayant reçu le moins de décrets d'application. (*M. le président de la commission des affaires sociales acquiesce.*)

Il est vrai que la loi du 4 mars 2002 traite des droits des malades, et non des droits des médecins. Par conséquent, le Gouvernement actuel est réticent pour en accélérer l'application. Si l'instance nationale de concertation des centres de santé ne s'est pas réunie, c'est parce qu'il ne le voulait pas.

Madame la ministre, vous indiquez également que les acteurs de ce secteur préfèrent se réunir au sein de leur fédération.

Vous avez peut-être quelque raison de vous exprimer en leur nom. Mais les professionnels que j'ai reçus ne m'ont pas semblé tenir ce langage. Au contraire, ils déploieraient que l'instance ne se soit jamais réunie et en imputaient la responsabilité, si ce n'est à vous, madame la ministre, en tout cas au Gouvernement.

Vous prétendez que l'instance n'a été réunie par aucun gouvernement, quelle que soit sa tendance.

Mais le gouvernement de gauche n'a pas eu beaucoup de temps, en 2002, pour prendre cette décision. La loi a été votée le 4 mars 2002 et la droite est arrivée au pouvoir en mai 2002 : c'était tout de même beaucoup demander au gouvernement en place que de prendre une telle décision en un si court délai.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il fallait le faire !

M. François Autain. Je ne suis pas convaincu par vos arguments, madame la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'instance n'a pas été créée !

M. François Autain. Vous auriez pu faire en sorte qu'elle le soit, mais vous ne l'avez pas fait et je le regrette ! Ce n'est pas innocent !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. La réflexion a néanmoins été menée.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 306 et 389.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. L'amendement n^o 390, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

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

« Chapitre III *ter*

« Dispositions communes

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

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

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Le précédent amendement n'ayant pas été adopté, nous présentons cet amendement de repli.

Dans la mesure où vous n'avez pas souhaité conserver l'instance nationale de concertation des centres de santé, dont vous aviez la présidence, madame la ministre, et qui, comme vous l'avez-vous-même indiqué, ne s'est jamais réunie – cela vous sert d'ailleurs de prétexte pour la supprimer – nous vous proposons de créer une nouvelle instance de concertation.

Cette structure intégrerait les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé, soit toutes les formes d'exercice collectif de la médecine de proximité et de premiers recours.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est exactement le texte de 2002!

Mme Isabelle Pasquet. Visiblement – nous l'avons constaté en commission – le groupe UMP du Sénat, tout au moins une partie de ce groupe, est plutôt hostile aux centres de santé, ...

M. Alain Gournac. C'est faux!

Mme Isabelle Pasquet. ...au seul motif que les médecins qui y exercent ont fait le choix du salariat.

Je tiens à rappeler que ce choix n'a pas d'incidences négatives sur le nombre de patients accueillis dans une journée. Ces médecins salariés ne font pas moins ni plus d'actes que les médecins libéraux exerçant en cabinet.

Ils ont opté pour un exercice collectif, ce que l'on peut comprendre et même encourager, et pluridisciplinaire de la médecine. Cette démarche est, me semble-t-il, identique à celle des médecins exerçant en maison de santé, à ceci près que les médecins des centres de santé ont choisi de ne pas être soumis à une rémunération à l'acte, préférant un forfait qui revêt la forme d'un salaire.

Notre amendement tend donc à permettre, sans différence de forme, de nature ou de mode de rémunération des personnes concernées, l'instauration d'une nouvelle instance de concertation qui aurait pour spécificité d'intégrer tous les professionnels ayant opté pour un mode collectif d'exercice de la médecine de ville.

Si l'on tient compte de l'importance que notre Haute Assemblée accorde à ces expérimentations, notamment au travers des maisons de santé, cet amendement va dans le bon sens. C'est pourquoi nous vous invitons à l'adopter. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous ne sommes pas plus favorables à l'instance de concertation proposée par cet amendement que nous ne l'étions à celle qui concernait les seuls centres de santé.

La mise en place des agences régionales de santé, les moyens que ces structures mettront en œuvre pour organiser l'offre et les parcours de soins et pour promouvoir les différentes formes d'exercice groupé, qui sont d'ailleurs très complémentaires, seront beaucoup plus utiles, selon nous, qu'une instance de concertation nationale.

Nous préférons donc faire confiance à la concertation, sur le terrain et dans l'action, et nous avons, en conséquence, émis un avis défavorable sur cet amendement n° 390.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour les mêmes raisons que celles que nous avons développées sur les amendements précédents, notre avis est défavorable.

M. le président. La parole est à M. Alain Gournac, pour explication de vote.

M. Alain Gournac. Je ne peux pas accepter d'entendre nos collègues communistes prétendre, dans une de leurs déclarations, que nous sommes contre les centres de santé. C'est faux! Si c'était vrai, je ne prendrai pas la parole!

Nous sommes favorables aux centres de santé!

L'analyse selon laquelle une partie du groupe UMP s'opposerait à ces dispositifs est inexacte et je tenais à faire cette rectification. Bien évidemment, comme nous l'avons déjà expliqué précédemment, le groupe UMP votera contre cet amendement, mais je ne peux pas laisser passer ces propos, qui ne correspondent pas à la vérité. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 390.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 391, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé:

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

de santé

par les mots:

publics de santé ou privés d'intérêt collectif

La parole est à M. Michel Billout.

M. Michel Billout. Cet amendement donnera peut-être à nos collègues de la majorité l'occasion de préciser leur conception des centres de santé.

L'article L.6111-3 du code de la santé publique, dans la rédaction proposée par cet article 1^{er} du projet de loi, vise à autoriser les établissements de santé à créer et gérer des centres de santé.

Nous ne sommes pas opposés à cette mesure, dont on comprend qu'elle vise notamment à désengorger les services des urgences des hôpitaux. Elle permet effectivement aux établissements de santé de disposer, au plus près des populations, d'un lieu d'accueil pluridisciplinaire pour distribuer des soins aux patients dont les pathologies ne relèvent pas de l'hôpital.

Cette disposition vise également – c'est en tout cas ce que nous espérons! – à prendre en compte les difficultés financières d'une partie de nos concitoyens, qui choisissent parfois de se rendre au service des urgences afin d'éviter d'avancer les frais exigés dans les consultations libérales. Je dois avouer que le rejet d'un certain nombre d'amendements a quelque peu ému notre espoir à ce stade du débat.

Toutefois, même si nous sommes favorables à cette disposition, nous souhaiterions aussi être rassurés sur la nature des centres de santé, qui ne peuvent se limiter à être un service extérieur à l'hôpital. Ils doivent avoir un projet médical propre, afin de satisfaire au mieux les besoins des populations. En ce sens, permettre aux élus locaux de participer à la concertation qui fixe ce projet médical aurait été très intéressant.

Notre amendement, quant à lui, tend à limiter la possibilité offerte par cet article aux seuls établissements publics de santé ou établissements privés à but non lucratif, afin d'éviter que des centres de santé créés et gérés par des cliniques commerciales ne servent à ces dernières d'aspirateur à clients. Vous savez, madame la ministre, que ces pratiques sont déjà très utilisées et votre loi tend à les développer davantage.

Nous voyons déjà comment les services d'urgence sont profitables aux établissements commerciaux, dont les objectifs résident moins dans la satisfaction des besoins en santé que dans les exigences de rentabilité imposées par les actionnaires.

L'adoption de cet amendement permettrait, tout à la fois, d'aller dans le sens du droit des malades et de lever une partie des nombreux reproches faits à ce projet de loi, notamment celui de développer à tout prix la médecine très lucrative. *(Applaudissements sur quelques travées du groupe CRC-SPG.)*

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

M. Alain Milon, rapporteur. Interdire à des établissements privés à but lucratif de créer ou de gérer des centres de santé serait contraire au droit européen de la concurrence. *(Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG.)*

La commission ne pouvait donc qu'émettre un avis défavorable sur cet amendement, dont l'adoption risquerait de nous causer des difficultés avec la Commission européenne.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je remercie M. le rapporteur de son explication juridique, mais je souhaite aller plus loin sur ce sujet.

Les centres de santé offrent des soins de premier recours à tarif opposable. Je crois que nos concitoyens ne comprendraient pas que l'on puisse écarter des projets de centres de santé, fussent-ils portés par des établissements de santé privés.

M. Alain Gournac. Bien sûr!

M. François Autain. Il faudrait leur expliquer!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela contribuerait, dans les zones périurbaines, à créer un défaut d'accès aux soins de premier recours.

Véritablement, les craintes exprimées ne me paraissent pas fondées...

M. François Autain. Vous êtes naïve, madame la ministre!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... et la notion de produits d'appel ne me paraît pas correspondre aux réalités du terrain.

Loin d'être des structures légères et lucratives, les centres de santé nécessitent un investissement et le recrutement de professionnels de santé salariés. Leur rentabilité est faible, pour ne pas dire négative.

Ils nécessitent un véritable engagement de la structure porteuse. On ne peut pas à la fois accuser les établissements lucratifs de ne penser qu'à l'argent et leur reprocher de créer des centres de santé qui sont presque toujours déficitaires!

Par ailleurs, la patientèle n'est jamais captive. Dans notre système de soins, le patient garde la possibilité de changer à tout moment de médecin, de choisir son lieu d'hospitalisation. Le malade qui est suivi par un centre de santé n'est pas obligé d'aller dans l'établissement privé qui aura créé ce centre.

M. François Autain. Et s'il n'y a pas d'autre choix?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Enfin, l'immense majorité des actes qui sont pratiqués en centre de santé ne sont pas suivis d'une hospitalisation.

L'argumentation que vous avancez, monsieur le sénateur, est irrecevable, raison pour laquelle je ne suis pas favorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 391.

M. Bernard Cazeau. Je reviens très brièvement sur cette question des centres de santé.

Aujourd'hui, il est absolument indispensable, ne serait-ce que pour des raisons de démographie - sans compter, bien sûr, le plan d'accès aux soins - de développer les centres de santé, ce qui ne sera pas possible si l'accès n'est pas généralisé.

Je regrette que nos collègues de la majorité restent souvent bloqués sur des évolutions qui pourraient être bénéfiques en termes d'accès aux soins. Je déplore encore davantage de découvrir aujourd'hui ce même blocage chez certains de mes collègues du CRC-SPG.

M. Charles Revet. M. le professeur donne des leçons à tout le monde!

M. Bernard Cazeau. Il est vrai que ces centres peuvent être des « aspirateurs à clientèle », mais la question est complexe et, quelle que soit l'initiative, des dérives sont toujours possibles. Vous aurez beau élever des grilles de dix mètres de haut autour des stades, il y aura toujours des resquilleurs : est-ce une raison pour interdire les matches de football?

Il me paraîtrait dommage de se priver d'une expérimentation aussi prometteuse, d'autant que l'on pourra toujours faire évoluer le dispositif au vu des résultats.

Donner aux établissements de santé privés la faculté de créer leur propre centre de santé peut être tout à la fois un moyen d'améliorer l'accès aux soins et d'offrir à un certain nombre de médecins une possibilité d'évolution. Je le répète, les jeunes générations sont différentes de celles que j'ai connues. Elles n'ont plus rien à voir avec la génération de l'après-guerre, le médecin de grand-papa, qui passait cinquante, soixante ou soixante-dix heures chaque semaine sur la route et qui pouvait

être de garde tous les jours, samedi et dimanche inclus. Cela, c'est terminé, il faut en prendre conscience. Or ce projet de loi nous apporte les moyens de cette prise de conscience.

Il convient également d'être attentif aux réactions de l'Assemblée nationale.

Aujourd'hui, *Les Échos* nous apprennent que M. Accoyer, qui réclame une deuxième lecture sur ce texte, aurait le feu vert de l'Élysée. (*M. le président de la commission des affaires sociales s'exclame.*) Hier, on a nous dit que la déclaration d'urgence ne serait pas levée.

M. Charles Revet. On verra bien !

M. Bernard Cazeau. Il ne faut pas jouer au chat et à la souris avec les sénateurs, qu'ils soient de droite ou de gauche !

Mme Annie David. Une réponse serait la moindre des choses !

M. Bernard Cazeau. Que les choses soient claires : c'est oui ou c'est non ?

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

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Chers collègues, l'amendement dont nous discutons est tout à fait caractéristique de ce qui nous sépare. Nous devrions essayer d'aplanir ces difficultés.

Nous voulons, nous, mettre à la disposition de tous nos concitoyens l'ensemble des services médicaux de proximité et de qualité, sans nous référer à des structures publiques et en nous efforçant de sortir du conflit permanent entre public et privé, que vous ne faites qu'attiser. (*Applaudissements sur plusieurs travées de l'UMP.*)

M. Alain Gournac. Bravo !

M. Jean-Pierre Fourcade. Nous savons comment va évoluer la démographie médicale et ce qui va se passer dans l'ensemble de nos départements, dont certains sont en voie de dépeuplement. Par conséquent, ramener toujours le débat au vieux conflit entre public et privé n'est vraiment pas opportun.

Comme vient de le dire M. Cazeau, les médecins qui ont aujourd'hui trente ou quarante ans sont différents de ceux que nous avons autrefois connus dans nos départements. C'est pourquoi il faut multiplier les centres de soins, c'est-à-dire les occasions de contact entre les médecins et l'ensemble de nos concitoyens.

Pour ces raisons, nous ne pouvons pas approuver cet amendement. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Alain Gournac. Non, certainement pas !

M. le président. La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou, pour explication de vote.

M. Jean-Jacques Mirassou. Les conditions socio-économiques qui entourent l'exercice de la médecine il y a trente ou quarante ans n'avaient rien à voir avec celles que nous connaissons actuellement, singulièrement dans les quartiers réputés difficiles. L'état d'esprit des praticiens qui viennent s'y installer est plutôt de trouver des solutions qui leur permettent d'exercer leur art dans de meilleures conditions.

J'en profite pour dire, madame la ministre, qu'un médecin généraliste en secteur 1, exerçant dans un quartier socialement éprouvé, n'a pas la possibilité d'appliquer systématiquement le tiers-payant. Il y a là un obstacle majeur à l'accès du plus grand nombre à la médecine et à la santé.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Où, précisément ?

M. Jean-Jacques Mirassou. Les choses se passent réglementairement de cette façon, monsieur About. (*M. le président de la commission des affaires sociales le conteste.*) Si le médecin veut appliquer le tiers-payant, il doit obtenir une dérogation auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. J'estime qu'il y a là de véritables obstacles qui dépassent largement la typologie qu'a dessinée notre collègue Jean-Pierre Fourcade entre les médecins d'autrefois et ceux d'aujourd'hui.

La réalité socio-économique actuelle...

M. Guy Fischer. S'impose !

M. Jean-Jacques Mirassou. ... complique singulièrement l'exercice de la médecine et l'accessibilité aux soins. Dans ce contexte, tout ce qui peut permettre un meilleur fonctionnement de la médecine dans ce type de quartier est bienvenu.

Les considérations idéologiques sont étrangères à cette question. Le problème, là comme ailleurs, est d'ordre organisationnel. Il s'agit de déterminer les meilleures conditions possibles d'exercice de la médecine à la fois pour les médecins mais également pour les patients.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Comme l'a souligné Jean-Pierre Fourcade, il y a bien un clivage...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Amplifié par vous !

M. François Autain. ... entre votre conception - non pas de l'exercice de la médecine, mais de la façon dont doit être financé et organisé notre système de santé - et la nôtre.

Nous pensons que la concurrence est un facteur d'éviction. Ainsi, aux États-Unis, où effectivement la concurrence est à l'œuvre, plus de 50 millions d'Américains, privés de couverture sociale, n'ont pas accès aux soins.

Nous sommes aussi opposés au concept de rentabilité qu'à tout à l'heure évoqué Mme la ministre pour légitimer la création de ces centres de santé gérés par des établissements de santé privés.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, vous travestissez mes propos !

M. François Autain. Il s'agirait d'insuffler dans les centres de santé une autre culture que celle du gaspillage qui prévaudrait à l'heure actuelle - bien entendu ! - puisque ces centres de santé sont très largement déficitaires.

Or, s'ils sont déficitaires, c'est parce qu'ils doivent malheureusement prendre en charge - il faut y insister - des populations très défavorisées, qui présentent des problèmes de santé complexes. Ces problèmes ne peuvent se réduire à des actes simples, bien remboursés par la sécurité sociale. Ils nécessitent, au contraire, des actes beaucoup plus longs, des entretiens répétés, voire une prise en charge à caractère social, qui ne sont pas pris en compte par l'assurance maladie.

C'est la raison pour laquelle ces centres ne sont pas rentables et nécessitent des subventions de la part des collectivités locales, le plus souvent, ou des associations. Or, si l'on impose à ces centres de devenir rentables, ils ne rempliront plus leurs fonctions.

Cela étant, on a peut-être tort de s'inquiéter dans la mesure où les établissements de santé privés qui créeront des centres de santé ne seront probablement pas très nombreux. Ils répugneront à s'engager dans une démarche qui n'est manifes-

tement pas rentable puisque ces centres de santé ne peuvent être créés que dans des zones où la clientèle n'est guère solvable et où les dépassements d'honoraires sont interdits.

Mais, sur le principe, nous devons faire la différence entre la conception que nous avons de la santé et celle qu'en ont ceux qui exercent dans les cliniques privées et qui placent les considérations économiques, la rentabilité, au-dessus de la satisfaction des besoins. (*Exclamations scandalisées sur les travées de l'UMP.*) Si les deux peuvent parfois coïncider, ce n'est pas forcément toujours le cas.

M. Dominique Leclerc. Arrêtez!

M. François Autain. Il faut bien, de toute façon, des centres de santé pour prendre en charge les populations défavorisées. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 391.

M. Bernard Cazeau. Le groupe socialiste s'abstient!

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les amendements n°s 157, 259 et 346 sont identiques.

L'amendement n° 157 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

L'amendement n° 259 est présenté par M. Longuet.

L'amendement n° 346 est présenté par MM. Le Menn, Michel et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

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

L. 6155-1

insérer les mots :

et L. 6161-5-1

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

articles

insérer les références :

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

et remplacer les mots :

l'article L. 6155-1

par les mots :

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

La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 157.

M. Paul Blanc. La commission des affaires sociales a reconnu aux établissements publics de santé la faculté d'admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes qui exercent à titre

libéral à participer à l'exercice de leurs missions. Cet amendement a pour objet de reconnaître la même faculté aux établissements de santé privés d'intérêt collectif.

M. le président. L'amendement n° 259 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour présenter l'amendement n° 346.

M. Jean-Pierre Godefroy. L'Assemblée nationale et la commission des affaires sociales du Sénat ont effectivement reconnu aux établissements publics de santé la faculté d'admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes qui exercent à titre libéral à participer à l'exercice de leurs missions. Il s'agit ici de reconnaître la même faculté aux établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Il vous sera proposé, à l'article 8, de récrire en conséquence l'article L. 6161-5-1, pour qu'il soit rédigé *mutatis mutandis* en parallélisme avec la rédaction retenue pour les établissements publics de santé.

Par cohérence, le présent amendement tend à assembler corrélativement les dispositions transitoires qui doivent être insérées à l'article 1^{er}, compte tenu de l'organisation rédactionnelle du projet de loi et du code de la santé publique.

Mais je me permets de revenir sur l'intervention de mon collègue Bernard Cazeau, ce qui nous évitera un rappel au règlement, monsieur le président.

J'ai eu l'honneur de défendre hier après-midi, au nom du groupe socialiste, une motion de renvoi en commission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Un grand moment!

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Nous avons eu peur!

M. Jean-Pierre Godefroy. À cette occasion, la question de l'urgence a été abordée. Je m'étonnais en effet des déclarations du Président de la République qui nous semblaient contradictoires et qui pesaient lourdement sur ces débats.

Nous apprenons aujourd'hui, s'il faut en croire la presse, que l'Élysée aurait pratiquement donné son feu vert à M. Accoyer pour une deuxième lecture. Nous souhaitons savoir ce qu'il en est exactement.

Il serait assez désobligeant pour le Sénat d'apprendre par la presse que le texte dont la discussion l'occupe tout entier va faire l'objet d'une deuxième lecture! (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

M. Guy Fischer. Répondez-nous, madame la ministre!

M. François Autain. Elle ne le sait pas!

M. Jean-Pierre Godefroy. Je réitère donc ma question, madame la ministre: s'achemine-t-on, oui ou non, vers une deuxième lecture et vers la levée de l'urgence?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le sénateur, puisque vous m'interpellez, je vais vous répondre, même si la question n'a pas de rapport direct avec l'amendement.

Le président de l'Assemblée nationale a simplement rappelé la procédure parlementaire. L'urgence ayant été déclarée, ce texte a d'abord fait l'objet d'une lecture à l'Assemblée nationale avant d'être transmis au Sénat, mais cela aurait d'ailleurs tout à fait pu se faire dans l'autre sens.

Au terme de cette lecture dans chacune des deux assemblées, une commission mixte paritaire se réunira; au cas où elle échouerait, il y aurait une deuxième lecture. C'est la procédure parlementaire classique, mesdames, messieurs des sénateurs. Ni le Président de la République ni le président de l'Assemblée nationale n'ont inventé quoi que ce soit en la matière.

Je constate que le Sénat a proposé des avancées extrêmement intéressantes, tout à fait compatibles avec la vision qui est celle de l'Assemblée nationale. Le travail de concertation va donc se poursuivre avec les rapporteurs lors de la réunion de la commission mixte paritaire, dont l'issue sera certainement – je suis très confiante – positive.

M. Alain Gournac. C'est très clair!

M. Paul Blanc. Tout à fait!

M. le président. L'amendement n° 897 rectifié *ter*, présenté par MM. Barbier, Collin, Alfonsi, Baylet et Charasse, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Vall, Tropeano et Vendasi, est ainsi libellé :

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

L. 6155-1

insérer la référence :

et L. 6161-5-1

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Dans la ligne des amendements précédents, mais de manière plus limitée, nous souhaitons ici reconnaître aux établissements de santé privés d'intérêt collectif la faculté qui est reconnue aux établissements publics de santé d'admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes ainsi que des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral à participer à l'exercice de leurs missions de service public et à leurs activités de soins.

Une telle disposition me semble nécessaire pour assurer la cohérence de l'ensemble du texte.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis favorable sur les amendements identiques n° 157 et 346, qui tendent à ouvrir, pendant la période transitoire, la faculté de recruter des médecins, des sages-femmes et des odontologistes libéraux aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier et aux autres établissements privés à but non lucratif qui avaient opté pour le financement par dotation globale.

M. Charles Revet. Très bien!

M. Alain Milon, rapporteur. Par ailleurs, si la commission est favorable dans son principe à l'amendement n° 897 rectifié *ter*, elle estime qu'il est satisfait par l'adoption d'un précédent amendement. Il vise en effet à reprendre la première partie d'un dispositif en étendant aux PSPH pendant la période transitoire la possibilité de recruter des praticiens libéraux.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'avoue que je suis quelque peu surprise par ces amendements. Tous les sénateurs présents aujourd'hui ayant participé aux débats d'hier – sauf erreur, je ne vois pas de têtes nouvelles –, ils devraient se souvenir qu'un amendement ouvrant cette même

faculté a déjà été adopté, il est vrai un peu tard dans la nuit, ce qui explique sans doute que cela ait échappé à certains. (*Sourires.*)

M. Charles Revet. Nous étions un peu fatigués!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je demande donc le retrait de ces amendements, qui sont satisfaits par l'adoption, hier, et à l'unanimité, me semble-t-il, d'un précédent amendement.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il faut bien comprendre que l'amendement évoqué par Mme la ministre vaut aussi pour la période transitoire, mes chers collègues!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. M. le président de la commission a tout à fait raison, la disposition ici proposée ne serait valable qu'à titre transitoire, alors que l'amendement adopté hier l'a instituée à titre définitif. L'adoption de ces amendements constituerait donc un recul par rapport à ce que souhaitent leurs auteurs!

M. le président. Monsieur Blanc, l'amendement n° 157 est-il maintenu ?

M. Paul Blanc. J'étais pourtant présent hier soir, mais il se peut que, pendant un court moment, je n'aie pas prêté une oreille suffisamment attentive aux débats! (*Sourires.*)

Mme la ministre nous ayant indiqué qu'il était satisfait, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 157 est retiré.

Monsieur Godefroy, l'amendement n° 346 est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Godefroy. Avec mon collègue Paul Blanc, nous avons dû avoir un moment d'absence simultanée! (*Nouveaux sourires.*)

Mme la ministre nous certifiant que la disposition a déjà été adoptée, il n'y a aucune raison de douter de sa parole. Je retire donc également mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 346 est retiré.

Monsieur Barbier, l'amendement n° 897 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 897 rectifié *ter* est retiré.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 164, présenté par M. Gouteyron, est ainsi libellé :

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

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

L'amendement n° 165, également présenté par M. Gouteyron, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Adrien Gouteyron.

M. Adrien Gouteyron. Je veux simplement m'assurer auprès de Mme la ministre que les amendements n° 164 et 165 relèvent de la même argumentation et sont également satisfaisants, car je ne voudrais pas qu'il y ait de malentendu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est exactement cela !

M. Adrien Gouteyron. Je précise à tous nos collègues que l'adoption tard dans la nuit à laquelle Mme la ministre vient de faire allusion est celle de l'amendement n° 162 que j'avais déposé et qui avait été sous-amendé par le Gouvernement.

Ce rappel fait, je retire mes deux amendements.

M. le président. Les amendements n° 164 et 165 sont retirés.

L'amendement n° 307, présenté par MM. Le Menn, Michel et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

II. - Compléter le texte proposé par le XVII de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

M. Jean-Pierre Godefroy. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 307 est retiré.

L'amendement n° 1213, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le XVIII de cet article :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai déjà défendu cet amendement lorsque j'ai évoqué, hier soir, les centres de lutte contre le cancer. Mais je peux reprendre mon argumentation, si c'est nécessaire ! (*Sourires.*)

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Elle était d'ailleurs très bien ! (*Nouveaux sourires.*)

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

M. Alain Milon, rapporteur. Favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1213.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 392, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le XVIII *bis* de cet article.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Madame la ministre, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, vous aviez introduit une procédure de tutelle pour les établissements de santé publics en situation de déficit – tutelle organisée par le directeur de l'agence régionale de santé – et nous avions déjà manifesté notre opposition à cette procédure qui jette le discrédit sur les hommes et les femmes dirigeant les établissements publics de santé.

Ainsi, si le directeur de l'agence régionale de santé – bien inspiré par le Gouvernement ! – considère que la situation financière le commande, il pourra exiger la mise en place d'un plan de redressement. Il aura en outre la faculté de placer purement et simplement l'établissement sous tutelle provisoire si ce dernier refuse de prendre un engagement de redressement, s'il ne présente pas de plan à cette fin ou si ce plan a été inopérant.

Le vrai « patron » à l'hôpital sera donc *in fine* le directeur de l'ARSA ! Il disposera même demain de la possibilité d'exiger des établissements publics de santé des suppressions de postes.

Ce que nous dénoncions hier est confirmé : vous organisez un plan social d'ampleur à l'hôpital, contribuant ainsi, à votre manière, à aggraver la crise et le chômage. (*Mme la ministre proteste.*)

Cette procédure de mise sous tutelle est à la fois historique et inique. Historique, en ce sens que c'est la première fois que le ministère qui a la charge des établissements de santé opère une telle manœuvre de discrédit et de confiscation des pouvoirs dans l'hôpital. Inique, car, si les établissements sont en situation de déficit, c'est précisément en raison d'un mode de financement que votre majorité, la majorité présidentielle, a imposé contre l'intérêt général...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est une affirmation gratuite !

Mme Annie David. ... et dans le seul but de limiter les dépenses publiques.

Les directeurs des ARS - ou plutôt des ARSA - disposeront demain des mêmes pouvoirs que les préfets de région aujourd'hui, quand il s'agit de placer les villes en déficit sous la tutelle directe de l'État.

Madame la ministre, cette disposition est pernicieuse : elle rend les directeurs responsables de la situation de déficit puisque vous laissez croire qu'en les plaçant sous la direction

des directeurs des agences régionales de santé ils pourraient retourner à l'équilibre. Cette conception m'apparaît relever d'une idéologie bien méprisante pour les personnels visés.

Si toutefois les directeurs parvenaient à l'équilibre, ce serait certainement au prix de décisions autoritaires et comptables. Je pense, par exemple, à la fusion forcée des établissements publics de santé.

Jusqu'à présent, les dotations globales et les ONDAM étaient insuffisants. Dorénavant, les hôpitaux sont de plus confrontés à la tarification à l'activité, dont la mise en œuvre n'a pas manqué d'entraîner, dès 2006, des dépenses supplémentaires considérables. Ce sous-financement est particulièrement sensible pour les services des urgences, la dotation des MIGAC étant notoirement insuffisante.

Madame la ministre, c'est bien un signal de méfiance que vous envoyez ici. Les manifestants que nous avons rencontrés le 28 avril dernier devant le Sénat, et ils étaient environ 10 000, m'ont tous fait part du même constat : les financements se raréfient. C'est ce qu'ils vous diront également tout à l'heure puisque de nouvelles manifestations sont prévues aujourd'hui. Le mécontentement concerne également les suppressions de postes qui découleront inévitablement de ces difficultés de financement.

C'est pourquoi, chers collègues, nous vous invitons à voter cet amendement, pour lequel nous demandons un scrutin public, compte tenu de l'importance qu'il revêt pour notre groupe.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement. Il tend en effet à supprimer des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 que le Conseil constitutionnel, doutant de leur effet sur les dépenses sociales, avait disjointes.

Même si leur formulation n'est pas parfaite, ces dispositions peuvent concourir au maintien de l'offre de soins, en favorisant le rétablissement d'établissements en difficulté.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je voudrais saisir cette occasion pour rappeler certains chiffres. Répondant aux différents orateurs dans la discussion générale, j'avais indiqué que, en 2007, 54 % des établissements hospitaliers publics étaient en excédent budgétaire. Je viens de recevoir les chiffres pour 2008 : la performance a encore augmenté.

Mme Isabelle Debré. Très bien !

M. François Autain. C'est formidable !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet, l'année dernière, 60 % des hôpitaux publics ont enregistré un excédent budgétaire. Le déficit des établissements a notoirement diminué, puisqu'il ne s'établit plus globalement qu'à 575 millions d'euros. Si l'on prend en compte le budget principal et le budget annexe, il se situe même aux alentours de 400 millions d'euros.

Le déficit n'est donc pas une fatalité, d'autant que 20 % de ce déficit est concentré sur quatre établissements et 50 % sur onze établissements. Ce qui menace nos structures hospitalières, mesdames, messieurs les sénateurs, ce n'est pas la bonne gestion !

J'en reviens à l'amendement n° 392, qui tend à supprimer la possibilité de placer sous administration provisoire un établissement privé participant au service public.

Un établissement peut se trouver dans de très grandes difficultés à la suite – c'est généralement le cas – de problèmes de gestion ou de défaillances des gestionnaires.

L'administration sanitaire souhaite pouvoir aider l'établissement. L'administration provisoire permet de fournir une aide logistique, et très souvent une aide financière, pour que l'établissement puisse revenir à l'équilibre. Ne pas autoriser cette procédure revient à priver ces établissements d'une aide bien souvent précieuse. Je ne comprends pas pourquoi cette possibilité leur serait refusée !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est la défense des intérêts privés par le groupe CRC-SPG !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis donc opposée à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. André Lardeux, pour explication de vote.

M. André Lardeux. La procédure d'administration provisoire est déjà possible pour les établissements médico-sociaux ; en tant que président de conseil général, il m'est d'ailleurs arrivé d'en demander la mise en œuvre.

Cette procédure est tout à fait normale. Je dirais même qu'il s'agit d'une mesure de sauvegarde.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Bien sûr !

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Nous ne voterons pas cet amendement. Nous estimons en effet qu'il existe parfois des dérives et que des contrôles s'imposent.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 392.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC-SPG.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 154 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote sur l'article 1^{er}.

M. Jacky Le Menn. Nous avons activement participé à l'examen de cet article 1^{er}, qui est effectivement très long.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et il en reste encore une centaine !

M. Jacky Le Menn. Reste que très peu de nos amendements ont été retenus.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Évidemment !

M. Jacky Le Menn. Nous ne sommes pas surpris outre mesure, puisque nos propositions visaient systématiquement à limiter les aspects les plus dangereux de ce dispositif.

Même si j'ai déjà eu l'occasion d'intervenir sur l'article 1^{er}, je vous demande de bien écouter ce que je vais à nouveau vous dire, madame la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je n'en perds pas une miette!

M. Jacky Le Menn. Si, à l'heure où je parle, il y a autant de manifestants dans les rues des principales villes de France (*Exclamations sur les travées de l'UMP*),...

M. Alain Gournac. Ils sont de moins en moins nombreux!

M. Jacky Le Menn. ... auxquels se joignent non seulement beaucoup d'acteurs du monde hospitalier, mais aussi de nombreux patients potentiels et d'élus, c'est en raison de votre vision particulière du service public en général, et du service public de la santé en particulier.

Il faut dire que nous assistons à un véritable basculement de la conception des services publics dans notre pays. J'ai déjà cité le cas de l'enseignement supérieur – on pourrait citer bien d'autres exemples –, mais c'est particulièrement vrai en ce qui concerne la santé.

Vous aurez beau faire, vous n'empêcherez pas nos concitoyens d'avoir une lecture très pertinente des risques que comporte votre dispositif, à commencer par l'émiettement. En effet, dès lors que le texte ne prévoit pas la définition de blocs complets de missions de service public qui interdise à certains « partenaires », puisqu'il faut parler ainsi maintenant, de choisir comme échappatoire les seules missions qui correspondent à leur stratégie de développement, il est permis de craindre des déséquilibres.

Ce n'est pas la méfiance vis-à-vis du secteur privé à but commercial qui m'inspire, c'est la logique. Puisque nous avons un mode de fonctionnement où les deux systèmes existent, et mon intention n'est pas de le critiquer, il faut instaurer des garde-fous.

Nos propositions visant à prévoir des blocs de missions de service public bien définies avec des éléments permettant au directeur de l'ARSA d'attribuer ces missions à tel ou tel établissement étaient de nature à apporter quelques apaisements. Pourtant, nos amendements ont été rejetés, vraisemblablement pour des motifs idéologiques. (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*) Aussi nous nous retrouvons devant le dilemme de départ.

Dans ces conditions, nous ne pouvons pas approuver cet article. Son adoption serait en effet une bien mauvaise nouvelle pour les malades actuels, pour ceux qui les soignent, comme pour les futurs malades. Ce serait même encourager le Gouvernement à aller encore plus loin dans le démantèlement des services publics, à commencer par celui qui fait l'objet de notre attention aujourd'hui.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. Alain Gournac. Oh oui!

M. Jacky Le Menn. D'ailleurs, les derniers amendements déposés par le Gouvernement pour remettre en cause les quelques petites avancées obtenues en commission des affaires sociales concernant le renforcement du rôle des conseils de surveillance en matière de sécurité, de qualité, de budgets ou d'investissements – bref, tout ce qui les concerne directement –, la nomination d'experts ou de représentants des usagers non suspects de politiser la vie des établissements, ne nous encouragent pas à croire aux promesses qui

nous ont été faites. Il s'agit là uniquement de renforcer l'efficacité des structures de soins. (*Exclamations agacées sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Veuillez maintenant conclure, cher collègue!

M. Jacky Le Menn. Ce projet de loi est entaché d'un vice fondamental: il organise la casse des services publics. Cela commence dès le premier article par une mesure symbolique. Tout cela nous oblige bien évidemment à voter contre cet article. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Nous avons eu l'occasion d'intervenir à de maintes reprises au cours de la discussion sur cet article. Je serai donc bref. (*Ah! sur les travées de l'UMP.*)

M. Gilbert Barbier. Cela nous changera! (*Sourires.*)

M. François Autain. Je tiens tout de même à appeler votre attention, mes chers collègues, sur le fait que l'article 1^{er} constitue la clé de voûte de la réforme de l'hôpital que nous présente le Gouvernement, puisqu'il consacre la disparition du service public hospitalier, qui avait été créé en 1970 par la loi Boulin. (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean-Pierre Michel. Eh oui!

M. François Autain. Avant de vous prononcer sur cet article, vous devez mesurer la responsabilité que vous prenez. Si vous l'adoptez, vous aggraverez les difficultés que rencontre le service public hospitalier, dont on entame la énième réforme, après que d'autres l'ont beaucoup déstabilisé, en particulier la réforme du financement.

Si les chiffres que vient de citer Mme la ministre montrent que la situation s'améliore en termes de rentabilité, puisque « seulement » 40 % des hôpitaux publics restent déficitaires, cette lutte contre le déficit a un coût: des personnels sont licenciés, la qualité des soins ne va pas en s'améliorant et un certain nombre de patients considérés comme non rentables risquent de ne plus être pris en charge par l'hôpital public.

Telles sont les raisons pour lesquelles je vous demande, mes chers collègues, de voter contre l'article 1^{er}.

M. le président. La parole est à M. Gérard Dériot, pour explication de vote.

M. Gérard Dériot. L'article 1^{er} constitue une importante avancée dans la mobilisation de l'ensemble des personnels ainsi que de tous les établissements de notre système de santé.

J'entends dire que nous serions en train de supprimer le service public.

M. Alain Gournac. C'est faux!

M. Gérard Dériot. C'est exactement l'inverse!

M. Alain Gournac. Tout à fait!

M. Gérard Dériot. Nous le renforçons, au contraire, et nous voulons lui donner les moyens de fonctionner mieux encore.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Merci de le dire!

M. Gérard Dériot. D'ailleurs, si Mme la ministre peut nous annoncer que 60 % des établissements sont aujourd'hui à l'équilibre budgétaire, cela signifie bien quelque chose, notamment que la situation s'améliore et que les réformes proposées y contribuent.

On ne peut tout de même pas soutenir que l'on sera d'autant mieux soigné que l'établissement sera en déficit ! Ce serait complètement invraisemblable ! (*Rires sur les travées de l'UMP.*)

M. Alain Gournac. Bravo !

M. Jean-Jacques Mirassou. Nous n'avons pas dit cela ! C'est ridicule !

M. Gérard Dériot. Il est donc simplement nécessaire de rééquilibrer certains budgets.

J'entends dire que l'on va licencier des personnels : mes chers collègues, les personnes employées dans les établissements publics relèvent de la fonction publique hospitalière, et il n'est donc pas possible, du fait de leur statut, à juste raison, d'ailleurs, de les licencier !

M. Alain Gournac. Très bien !

M. Gérard Dériot. Bon nombre de personnels ont d'ailleurs été embauchés. Dès lors, il est absolument faux de prétendre que l'on est en train de brader le service public ; c'est exactement l'inverse !

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

M. Gérard Dériot. Le fait de rassembler tous les moyens existants en France, y compris les missions de service public confiées à des établissements privés, n'est pas nouveau non plus. Le pharmacien que je suis a toujours rempli une mission de service public tout en étant à son propre compte. Un certain nombre de contraintes sont précisées de nouveau par la loi, voilà tout !

Dans ces conditions, il est au contraire de bonne gestion d'utiliser l'ensemble des moyens qui sont à notre disposition, précisément dans le but de faire fonctionner au mieux le service public. Le texte qui nous est soumis le permet, c'est pourquoi notre groupe votera l'article 1^{er}. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 1^{er}, modifié.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

(*Il est procédé au comptage des votes.*)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 155 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	337
Majorité absolue des suffrages exprimés	169
Pour l'adoption	187
Contre	150

Le Sénat a adopté.

Article additionnel après l'article 1^{er} (réservé)

M. le président. Je vous rappelle que l'amendement n° 137 tendant à insérer un article additionnel après l'article 1^{er} a été réservé jusqu'après l'article 13 *quater*.

Article 1^{er} bis A

Dans le premier alinéa de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, après les mots : « alternatives à l'hospitalisation », sont insérés les mots : « ou d'hospitalisation à domicile ». – (*Adopté.*)

Article 1^{er} bis

(Texte modifié par la commission)

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

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

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

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

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

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

2° Le 2° est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

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

M. le président. L'amendement n° 166, présenté par M. Gouteyron, est ainsi libellé :

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

« *Art. L. 5126-5-1.* - Les établissements de santé délivrant des soins à domicile qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur et les établissements de santé répondant à des conditions fixées par voie réglementaire, peuvent confier à une pharmacie d'officine une partie de la gestion, de l'approvisionnement, de la préparation, du contrôle, de la détention et de la dispensation

des médicaments, ainsi que des produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-11 et des dispositifs médicaux stériles. Les médicaments précités ne peuvent être ceux réservés à l'usage hospitalier.

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

La parole est à M. Adrien Gouteyron.

M. Adrien Gouteyron. La réponse aux besoins pharmaceutiques dans certaines zones géographiques – notre excellent collègue Gérard Dériot pourrait en parler mieux que moi –, est parfois très délicate pour des établissements de santé de petite taille, voire de taille moyenne. Ces derniers ont en effet de la peine à rassembler les compétences de pharmaciens et même de préparateurs qui seraient nécessaires à la constitution et au bon fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur hospitalière sur la base d'emplois à temps plein.

Entrer dans un groupement de coopération sanitaire pharmaceutique avec des établissements hospitaliers voisins pourrait être une excellente solution. Quand on peut la mettre en œuvre, il ne faut pas hésiter ! Mais, concrètement, peu d'établissements hospitaliers sont effectivement, sur le terrain, en mesure d'organiser une prestation pharmaceutique à distance pour le compte d'autres établissements. Dans bon nombre de cas, il n'est pas actuellement possible d'apporter matériellement une dispensation journalière individuelle nominative des médicaments pour leurs propres services internes ; je rappelle que je vise ici certains établissements de taille petite, voire moyenne.

Dès lors, il paraît utile et pragmatique – on part d'un constat et on essaie d'apporter une réponse pratique, ce n'est pas de l'idéologie – d'élargir la portée de l'amendement voté à l'Assemblée nationale aux établissements de santé assurant aussi de l'hospitalisation complète et de jour, pour des coopérations avec des officines dans des conditions que la réglementation devra fixer, en termes à la fois d'éligibilité des établissements mais aussi de conditions techniques de fonctionnement qui garantissent une totale sécurité.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Dans sa majorité, la commission a émis un avis favorable sur cet amendement, jugeant que la possibilité de confier certaines tâches à une pharmacie d'officine pouvait être utile à de petits établissements.

Nous partageons votre souci de la plus grande rigueur dans la politique du médicament des établissements, madame la ministre, mais nous espérons que l'encadrement réglementaire prévu permettra d'apporter toutes les garanties de sécurité nécessaires.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est évidemment pas moi qui contesterai la compétence des pharmaciens officinaux. (*Sourires.*) Je comprends le souci exprimé par M. Adrien Gouteyron.

Le texte prévoit que des officines puissent assurer des missions des pharmacies à usage intérieur au profit des établissements de santé délivrant des soins à domicile, mais cette disposition change de nature si elle est étendue à l'ensemble des établissements de santé.

Puis-je vous rappeler, mesdames, messieurs les sénateurs, que 30 % des événements indésirables graves relèvent de la dispensation du médicament ? Le fait d'avoir un circuit sécurisé, parfaitement identifié, de la prescription à la dispensation puis à l'administration, est absolument primordial pour les patients. Quelques-uns d'entre vous s'en souviennent peut-être, l'accident dramatique dont fut victime le petit Ilyès à Noël, l'année dernière, était lié à un problème rencontré dans le circuit de dispensation du médicament.

Pour des raisons de qualité des soins, les établissements doivent avoir une politique de choix des médicaments concertée avec les médecins, formalisée dans un livret thérapeutique, afin d'assurer une meilleure gestion et d'éviter la coexistence dans les circuits de multiples produits rendant encore plus complexe l'administration par les infirmières.

La possibilité que vous évoquez reviendrait véritablement à rompre la chaîne du médicament à l'hôpital en permettant la délégation à un prestataire extérieur à l'établissement. Quelle que soit la qualité du prestataire, cette délégation représente une prise de risque évidente pour la qualité du circuit, avec des conséquences potentiellement gravissimes.

J'ai demandé à mes services de travailler, en concertation avec les professionnels, à une formulation encore plus rigoureuse du circuit du médicament. Je veux que les efforts soient focalisés sur cet objectif de sécurité avant d'envisager une éventuelle modification des modalités de gestion. Mesdames, messieurs les sénateurs, quoi de plus terrible que la perte d'un enfant !

J'en appelle à la sagesse du Sénat et je demande à M. Gouteyron de retirer son amendement au bénéfice du travail que mes services réalisent actuellement.

M. le président. La parole est à M. Adrien Gouteyron, pour explication de vote.

M. Adrien Gouteyron. Je vous ai écoutée attentivement, madame la ministre. Vos arguments portent, je le reconnais, même si ce que je propose a déjà existé, me semble-t-il, dans le passé.

J'ai évidemment fait état, dans la présentation de mon amendement et dans son objet, des précautions qui doivent entourer la mise en place de ce dispositif. C'est à l'administration qu'il appartient de faire en sorte que tout est mis en œuvre pour garantir la sécurité.

J'ai bien compris, madame la ministre, que vos services étaient en train de travailler sur le sujet. Quelle que soit ma conviction, et quels que soient les besoins des établissements, et par conséquent des patients, je vais retirer l'amendement. Je voudrais cependant m'assurer, madame la ministre, que votre réponse n'est pas un moyen dilatoire d'éviter qu'une décision ne soit prise aujourd'hui, même si je sais que ce n'est ni dans votre tempérament ni dans vos habitudes.

Je souhaiterais cependant que vous puissiez nous donner des garanties sur ce point.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cher Adrien Gouteyron, je vous le confirme, et ce la n'a rien d'une vaine promesse, mes services ont déjà commencé à travailler sur ces sujets. Vous serez bien entendu informés du suivi de ces travaux.

M. le président. Monsieur Gouteyron, l'amendement n° 166 est-il maintenu ?

M. Adrien Gouteyron. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 166 est retiré.

La parole est à M. Charles Revet, pour explication de vote sur l'article 1^{er} bis.

M. Charles Revet. Je voulais soutenir l'amendement de M. Gouteyron...

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* C'est trop tard, il est retiré!

M. Charles Revet. ... qui me paraissait extrêmement important. Seuls « les établissements de santé répondant à des conditions fixées par voie réglementaire », c'est-à-dire par vos services, madame la ministre, étaient concernés, ce qui constituait une précaution importante.

Certes, notre collègue Adrien Gouteyron a indiqué qu'il retirait son amendement. Mais, madame la ministre, nous devons examiner attentivement ce type de prestation, pour deux raisons.

D'une part, compte tenu de l'évolution de la population, notamment de son vieillissement, nous sommes en train de nous organiser sur le territoire, à partir des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, ou d'autres structures comparables, pour apporter des services complémentaires à domicile. Il me semble positif pour la gestion globale de la politique sociale et sanitaire de chacun de nos secteurs que des établissements destinés à apporter des soins de santé, et mandatés pour le faire, soient tenus d'étendre leur action.

D'autre part, il ne faut pas l'oublier, madame la ministre, recourir à des appels d'offres pour réduire les coûts – certes, je comprends bien l'objectif – aboutirait automatiquement sur le terrain à la disparition d'officines qui remplissent une autre mission.

Ce n'est pas à vous, madame la ministre, que je l'apprendrai, nous avons en France des pharmaciens tout à fait qualifiés et vigilants. Mais ils n'en ont pas moins besoin de travailler. Ce service fourni à des établissements qui eux-mêmes sont amenés à intervenir à domicile est de ce point de vue un utile complément permettant probablement le maintien de beaucoup d'officines.

M. le président. La parole est à M. Gérard Dériot, pour explication de vote.

M. Gérard Dériot. Je souhaite remercier ceux de nos collègues qui ont reconnu les avancées que nous avons obtenues grâce à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. M. François Autain a prétendu tout à l'heure que ce texte nous gênait, je tenais à lui apporter la preuve du contraire.

Nous avons notamment obtenu la possibilité pour des pharmacies d'officine de fournir les établissements de soins, en particulier les EHPAD, et ce non seulement pour des raisons de proximité, mais également pour maintenir ces pharmacies sur certains territoires, là où la question est vitale.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le groupe UMP a été mis en minorité sur la date de publication des résultats de l'étude prévue. Il a été décidé que ceux-ci devraient être connus dès le mois d'octobre de cette année.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Nous n'y sommes pas encore!

M. Gérard Dériot. Pour ma part, j'étais quelque peu inquiet, raison pour laquelle j'avais demandé que cette publication soit reportée d'au moins d'un an.

En effet, l'étude ne pouvait commencer au mieux qu'au 1^{er} janvier dernier. Or, si l'on souhaite pouvoir remettre un rapport au mois d'octobre, compte tenu du temps nécessaire à sa rédaction, il faut en avoir arrêté les conclusions dès la fin du mois de juillet. Donc, en l'occurrence, l'expérimentation aurait duré au maximum six mois...

Comme nos collègues s'en sont très vite rendu compte, l'obligation de lancer des appels d'offres pour fournir, à partir des pharmacies d'officine, les établissements, y compris les plus petits, qui constituent tout de même la majorité des EHPAD dans les zones rurales, suscite des difficultés.

Certes, la procédure n'est pas obligatoire pour l'instant, puisqu'il y a une année de délai, mais, dès le 1^{er} janvier prochain, si les conclusions de l'étude sont favorables aux appels d'offres et aux regroupements, elle le sera. Tout cela n'aura alors été qu'un coup d'épée dans l'eau et il ne sera pas possible de fournir tous les jours, de manière rapide et sécurisée, les médicaments prescrits par les médecins de ces EHPAD.

L'expérimentation est en cours et nous attendons les résultats de ladite étude. J'espère simplement que les paramètres choisis sont pertinents, car on peut faire varier considérablement les résultats suivant les paramètres retenus.

Ne l'oublions pas, si l'on centralise des moyens sur un lieu précis pour pouvoir fournir une quantité donnée d'EHPAD, il y aura forcément ailleurs des établissements qui n'auront pas accès aux médicaments dont ils ont besoin. Certains employés de ces structures devront alors se déplacer pour se procurer les produits qui leur font défaut, et les dépenses correspondantes figureront non pas dans le budget « soins », mais plutôt dans les budgets « hébergement » ou « transport »... Autrement dit, ce ne seront pas les mêmes qui paieront, mais tout cela aura un coût!

L'objectif est ici de garantir la fourniture des médicaments sur place, le plus rapidement possible, de manière quasi immédiate, et en répondant systématiquement à la demande des médecins prescripteurs. Cela étant, avec des commandes groupées, les médicaments fournis ne seront pas forcément ceux qui auront été prescrits par le praticien.

Tels sont les points que je souhaitais souligner. Bien entendu, nous sommes dans l'obligation d'attendre les résultats de l'étude. J'espère qu'ils nous seront favorables et que nous pourrions en revenir à des pratiques antérieures. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste. – M. Gilbert Barbier applaudit également.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 1 bis.

(L'article 1 bis est adopté.)

Article 1^{er} ter

(Texte modifié par la commission)

Après l'article L. 6125-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6125-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6125-2. - Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1 peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile.

« Les autres structures, entreprises et groupements constitués avant la date de publication de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui utilisent dans leur dénomination ou pour leur usage les termes d'hospitalisation à domicile doivent se conformer aux dispositions d'autorisation mentionnées à l'alinéa précédent dans le délai d'un an à compter de cette date.

« Le fait de faire usage de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile en violation des dispositions du présent article est puni d'une amende de 3 750 €.

« Les personnes morales reconnues pénalement responsables, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'alinéa précédent encourrent une peine d'amende dans les conditions prévues à l'article 131-38 du code pénal. » – (*Adopté.*)

Article 2

(Texte modifié par la commission)

I. - *Supprimé par la commission*

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

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

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

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

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

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

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

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

2° Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

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

consultée pour tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L. 6112-2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. le président. La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

Mme Annie David. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'article 2 revêt une très grande importance dans ce projet de loi, non seulement parce qu'il traite des infections nosocomiales dont peuvent parfois être victimes les patients accueillis dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, mais aussi parce qu'il permet, par anticipation sur les autres articles, notamment l'article 6, de débattre du rôle de la communauté médicale et des différents acteurs de la gestion hospitalière.

En effet, et nous le voyons bien en considérant le rôle que vous avez attribué à la commission médicale d'établissement en matière d'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, madame la ministre, vous entendez réduire à une simple participation l'expertise et la connaissance des professionnels de santé réunis au sein de la CME.

Nous aurions préféré que la politique de lutte contre les événements indésirables soit très clairement confiée à la CME et que celle-ci, en cohérence avec le projet médical d'établissement, élabore un plan qu'elle propose au directeur de l'hôpital.

Vous avez clairement fait le choix inverse, préférant privilégier la décision individuelle du directeur, le corps médical étant simplement appelé à donner un avis. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans nos débats.

Vous transformez toute l'architecture de l'hôpital public, afin de lui faire adopter la forme voulue par le Président de la République lui-même, clairement celle d'un « hôpital entreprise ». Autant dire que l'hôpital pourrait devenir une « entreprise de soins » si ce projet de loi était adopté. Or, vous en conviendrez tous, quand les entreprises sont sous la contrainte de la rentabilité et de la productivité poussée à son extrême, elles connaissent parfois, et même trop souvent, des accidents industriels.

À l'hôpital, il s'agit des infections nosocomiales, qui résultent de la pression dont sont victimes les personnels, d'un rythme toujours plus intensif, car il faut faire des actes – ce sont les sources de financement –, et du manque de personnel, lui-même conséquence de la sous-dotation des établissements publics de santé. (*Mme la ministre s'exclame.*) Ces éléments n'expliquent peut-être pas les infections nosocomiales à eux seuls, madame la ministre, mais ils en sont au moins pour partie responsables.

Parler de lutte contre les événements indésirables, c'est évidemment évoquer la qualité des soins et des conditions d'accueil, le financement, mais également l'organisation hospitalière.

C'est pourquoi nous tenions à affirmer dès cet article que la séparation entre la gestion médicale et la gestion administrative, poussée au bout de la logique, comme c'est le cas dans ce projet de loi, sera demain source de risques toujours plus grands. Car la séparation que vous effectuez oppose clairement deux logiques : une logique administrative, qui appelle à la réduction des dépenses et des coûts, et une logique médicale, qui a pour objet la satisfaction des besoins en santé des personnes accueillies.

En ce sens, la prédominance du directeur de l'établissement en tant que comptable en chef est un très mauvais signal. C'est la preuve de l'assujettissement des devoirs médicaux aux règles budgétaires.

D'ailleurs, nous avons déjà dénoncé une telle subordination lors de l'examen par le Sénat du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Nous avons ainsi regretté que les règles budgétaires soient examinées avant la réforme de l'organisation hospitalière.

Mais c'est votre logique : vous créez d'abord la contrainte économique, puis vous l'imposez aux besoins.

Nous sommes opposés à cette conception, qui ne prend pas suffisamment en compte les besoins des populations. C'est pourquoi nous voterons contre cet article.

M. François Autain. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet, sur l'article.

Mme Isabelle Pasquet. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, les infections nosocomiales sont un sujet important et méritent que nous en débattions en toute sérénité et en toute transparence.

En effet, d'après les statistiques officielles que nous avons trouvées sur le site internet du ministère de la santé et des sports, il semblerait que 4 000 personnes meurent chaque année des suites d'une infection nosocomiale.

Pourtant, le secrétaire national de l'UMP chargé de la santé, M. Philippe Juvin, par ailleurs médecin-chef du service des urgences d'un hôpital de la région parisienne, affirme qu'« aucune statistique fiable n'existe en France sur le sujet ». Il considère également que plus de 10 000 personnes meurent en France en raison des infections nosocomiales.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais non ! Ce n'est pas ce qu'il a dit ! Vous faites une confusion totale !

Mme Isabelle Pasquet. L'annonce de chiffres importants ne peut qu'inquiéter les Français susceptibles de faire l'objet d'une hospitalisation.

Pour ma part, je crains qu'une telle déclaration, en plein débat sur la réorganisation hospitalière, ne contribue à discréditer l'hôpital public, déjà accusé de tous les maux.

Au demeurant, malgré ses compétences sur le sujet, M. Juvin n'établit aucune distinction entre les accidents insurmontables ou imprévisibles et les autres, qui peuvent être évités.

Par conséquent, à l'occasion de l'examen de l'article 2, je souhaiterais que vous nous apportiez des informations précises sur le nombre de décès résultant d'infections nosocomiales, madame la ministre.

La confusion est entretenue dans le projet de loi. Il est prévu, en effet, d'instaurer une sanction financière à l'égard des établissements de santé qui ne rendraient pas publics les résultats des indicateurs de qualité et de la sécurité des soins, en réduisant les dotations qui leur sont attribuées au titre des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC.

Nous sommes conscients qu'une telle obligation doit être assortie de sanctions pour être suivie d'effets. Toutefois, nous n'acceptons pas que la sanction en l'occurrence prenne la forme d'une diminution de ressources des établissements de soins, car ce sont les patients qui pourraient indirectement en subir les conséquences.

En d'autres termes, la violation des obligations de sécurité et de qualité des soins pourrait faire l'objet d'une sanction aboutissant à un appauvrissement des établissements de santé et, par conséquent – ce n'est pas le moindre des paradoxes –, à une dégradation de la sécurité et de la qualité des soins !

En fait, madame la ministre, avec une telle disposition, vous faites comme si les accidents médicaux et les infections nosocomiales résultaient plus de mauvaises pratiques que d'erreurs des professionnels de santé. C'est oublier que les conditions de travail de ces personnels, le manque cruel de moyens et, parfois, l'ancienneté des structures et des dispositifs peuvent être à l'origine des infections.

En instituant une telle sanction, vous refusez, à l'instar de M. Juvin, d'établir une distinction entre ce qui peut être évité et ce qui ne peut pas l'être.

C'est pourquoi, avec mes collègues du groupe CRC-SPG, nous avons déposé un certain nombre d'amendements tendant à éviter une sanction financière dont l'adoption aurait pour effet d'aggraver le manque de moyens, qui est déjà trop important.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le président, je renonce à prendre la parole sur l'article 2. Je m'exprimerai sur les articles suivants.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, l'article 2 est effectivement très important, puisqu'il concerne la sécurité des soins.

Comme vous le savez, la sécurité des soins en milieu hospitalier constitue l'un des fils conducteurs de ma politique. Et la France n'a pas à rougir de ses performances en la matière.

Mme Isabelle Pasquet a fait un certain nombre de confusions. En fait, le professeur Philippe Juvin parlait d'un total d'événements indésirables graves supposés à partir d'études internationales, mais nous disposons de chiffres beaucoup plus certains pour les infections nosocomiales. La France se classe en tête des pays européens pour son faible taux – il est de 4,97 % – d'infections nosocomiales.

M. François Autain. C'est vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et le nombre de décès par infections nosocomiales dans notre pays s'élève à 3 700.

C'est encore trop (*Mme Annie David acquiesce*), mais cela montre tout de même que les procédés mis en œuvre dans notre pays, en particulier les indicateurs d'utilisation de solutions hydro-alcooliques, permettent, grâce à une politique volontariste, de diminuer le pourcentage d'infections nosocomiales.

J'ai considérablement renforcé le dispositif. De nouveaux indicateurs non seulement de moyens, mais aussi – c'est important – de résultats, commencent à être opérationnels.

Par ailleurs, j'ai veillé à ce que soit publiée la liste des établissements qui ne satisfont pas à la tenue de ces indicateurs – il est en effet primordial d'agir en toute transparence – et d'aucuns l'ont qualifiée de « liste noire ». Cependant, nous

pouvons nous féliciter d'une diminution constante du nombre des établissements qui ne rendent pas publics ces indicateurs.

J'ai également créé huit centres de référence consacrés à la prise en charge des infections ostéo-articulaires, extrêmement douloureuses et invalidantes, qui sont l'une des conséquences indésirables majeures des infections nosocomiales.

La lutte contre les infections et affections liées aux soins est, vous le voyez, l'une des toutes premières priorités de ma politique de qualité des soins hospitaliers.

Je tiens à votre disposition, madame la sénatrice, le dossier de presse qui a été publié à la suite de ma dernière communication relative à la qualité des soins en milieu hospitalier et aux infections nosocomiales dans notre pays.

La commission des affaires sociales a souhaité faire remonter à l'article 1^{er} du projet de loi la disposition définissant les obligations des établissements de santé en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de gestion du risque, mais la déclinaison pratique de ces principes relève, quant à elle, de l'article 2.

Nous voulons tout d'abord redéfinir et conforter le rôle de la commission médicale d'établissement et de la conférence médicale d'établissement – la commission médicale d'établissement est dénommée conférence médicale d'établissement dans les établissements privés – en laissant une grande liberté d'organisation interne. Il s'agit de simplifier le cadre juridique de l'organisation interne des établissements de santé dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins en privilégiant une logique de gestion de projets et de fixation d'objectifs.

Ainsi, chaque établissement devra définir un programme d'actions et d'indicateurs de suivi alors que, aujourd'hui, c'est une logique d'institutionnalisation et de création de structures qui prévaut.

Je veux responsabiliser tous les intervenants en leur donnant souplesse et liberté dans l'organisation : liberté pour les établissements publics de santé de constituer une ou des sous-commissions de la commission médicale d'établissement, ces sous-commissions étant spécialisées dans le domaine de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; liberté pour les établissements privés d'organiser le circuit du médicament et de définir leur politique s'agissant des dispositifs médico-stériles – cela relève du domaine législatif –, de la sécurité transfusionnelle, de l'hémovigilance et de la lutte contre les infections nosocomiales, ce qui, là, relève du domaine réglementaire.

C'est en fonction de leurs caractéristiques et de leurs besoins spécifiques que les établissements de santé mettront en œuvre, en étant pleinement responsables, les objectifs de qualité et de sécurité des soins qu'ils auront définis.

Cet article 2 tend à renforcer le rôle de la commission médicale d'établissement et celui de la conférence médicale d'établissement dans l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en leur confiant le rôle central dans la définition d'un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivis, alors qu'elles devaient jusqu'ici se borner à donner des avis.

Il est très important que la commission médicale d'établissement et la conférence médicale d'établissement soient vraiment à la manœuvre dans ce domaine. Elles deviennent

ainsi garantes de la cohérence et du résultat des mesures proposées. Des indicateurs de qualité et de sécurité des soins seront rendus publics chaque année.

Finalement, seules quatre commissions chargées de l'expression des personnels et des usagers resteront obligatoires : la commission médicale d'établissement – ou la conférence médicale d'établissement –, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le CTE, c'est-à-dire le comité technique d'établissement, et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

En premier lieu, donc, nous voulons donner à la commission médicale d'établissement et à la conférence médicale d'établissement une vraie responsabilité et des moyens pour l'exercer.

En deuxième lieu, nous comptons instaurer une obligation de transmission des informations par les établissements de santé, indispensable pour le suivi de la qualité. Toutes ces informations devront évidemment être centralisées pour que puissent être établis des tableaux et perfectionnés les indicateurs. Nous modifions les obligations des établissements de santé en matière de transmission d'informations afin de les étendre aux données sanitaires, démographiques et sociales. Ainsi seront améliorés les outils de pilotage dont doivent disposer les agences régionales de santé pour exercer leurs missions.

En troisième lieu, nous voulons mieux encadrer - non pas supprimer- le recours à l'intérim médical, sous l'égide des agences régionales de santé. En effet, un recours excessif à l'intérim fait courir des risques aux patients, notamment parce que, et c'est facile à comprendre, il ne permet pas de respecter les principes de continuité et de cohérence de la prise en charge médicale.

En quatrième lieu, nous entendons encadrer l'utilisation de certains dispositifs médicaux et la réalisation de certains actes associés. Nous voulons ainsi les subordonner au respect des dispositions préconisées par la Haute Autorité de santé. L'objectif est évidemment de faire évoluer les dispositions législatives actuelles pour les rendre effectivement et directement applicables.

Nous voulons également lier la demande d'encadrement à un besoin de santé publique, à des conditions de sécurité et de qualité. Pour pouvoir étendre, le cas échéant, à d'autres dispositifs médicaux la mesure d'encadrement, je présenterai, dans quelques instants, un amendement visant à compléter le texte.

Par arrêtés, seront définies pour chaque dispositif médical les compétences requises et les conditions techniques exigibles.

Il s'agit là, vous le voyez, mesdames, messieurs les sénateurs, d'un dispositif très important visant à ce que soient mieux assurées la qualité et la sécurité des soins.

Je serai très attentive à vos propositions en ce domaine.

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les amendements n^{os} 105 rectifié et 313 sont identiques.

L'amendement n^o 105 rectifié est présenté par MM. Gilles, Pointereau et Leclerc, Mme Goy-Chavent, M. Vasselle, Mlle Joissains et Mme Bruguère.

L'amendement n^o 313 est présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunin, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

contribue à l'élaboration de

par le mot :

élabore

La parole est à M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles. Nous avons eu, en commission, une longue discussion sur cet amendement.

Je me permets tout d'abord de rappeler que le projet médical ne peut être assimilé au projet d'établissement. En effet, ce dernier concerne les dispositions administratives et économiques à prendre pour mettre en œuvre le projet médical dans un souci d'efficacité et de qualité au meilleur coût. Le projet médical est, quant à lui, la réponse aux besoins sanitaires de la population.

Même si d'autres organismes peuvent faire valoir leur point de vue, par exemple les organisations représentatives des salariés ou, comme le demandera un peu plus avant dans l'examen de ce texte M. Adrien Gouteyron, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le projet médical entre dans les missions essentielles de la commission médicale d'établissement.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n^o 313.

M. Yves Daudigny. Le renforcement de la qualité des soins et de la gestion des risques dans les établissements de santé de même que du rôle de la commission médicale d'établissement ne peut que susciter notre approbation.

Le présent amendement s'inscrit donc dans la logique de cet article en visant à ce que la commission médicale d'établissement ne se contente pas de « contribuer » à 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, mais l'élabore pleinement.

Cet amendement permet, à mon sens, de rendre plus cohérent l'alinéa, d'autant que c'est bien la commission médicale d'établissement qui propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

M. le président. L'amendement n^o 167 rectifié, présenté par MM. Gouteyron et Pointereau, est ainsi libellé :

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

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

insérer les mots :

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

La parole est à M. Adrien Gouteyron.

M. Adrien Gouteyron. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, la CSIRMT, participe, au même titre que la commission médicale d'établissement, la CME, à la politique d'amélioration de la qualité en élaborant le projet de soins de l'établissement, qui ne pourra jamais être réduit au projet médical.

M. le président. L'amendement n° 312, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

La commission médicale d'établissement contribue

insérer les mots :

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

et après les mots :

sécurité des soins

insérer les mots :

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

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

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement vise, lui aussi, à corriger la rédaction initiale de l'alinéa concerné pour consacrer la contribution de la composante soignante de l'établissement de santé à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements.

En outre, est rappelée par cet amendement l'implication particulière du conseil de surveillance dans les orientations fondamentales et stratégiques de ces établissements.

M. le président. L'amendement n° 595 rectifié *bis*, présenté par MM. Collin, Baylet et Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, Placade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

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

contribue

insérer les mots :

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

La parole est à M. Raymond Vall.

M. Raymond Vall. Cet amendement tend à ce que soit reconnue la participation de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission est défavorable aux amendements identiques n° 105 rectifié et 313, considérant que la commission médicale d'établissement n'est pas seule à élaborer 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.

La commission a jugé que la contribution de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques allait sans dire, mais, si elle a souhaité maintenir pour cette raison une rédaction de l'article 2 soulignant que la commission médicale d'établissement n'élaborait pas seule la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, elle n'a pas pour autant voulu en énumérer tout ou partie des acteurs : c'est la raison pour laquelle elle est défavorable à l'amendement n° 167 rectifié et à d'autres de même nature.

Toujours dans le souci d'éviter un alourdissement inutile du texte ou l'ajout de dispositions d'ordre réglementaire, elle est défavorable à l'amendement n° 312.

Enfin, et pour les mêmes motifs, elle est également défavorable à l'amendement n° 595 rectifié *bis*.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je donnerai tout d'abord l'avis du Gouvernement sur les amendements qui tendent à confier à la seule commission médicale d'établissement l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le projet de loi renforce considérablement le rôle de la commission médicale d'établissement – ou de la conférence médicale, pour le secteur privé – dans l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins : la commission médicale d'établissement devra non pas apporter une simple contribution, mais proposer un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Par ailleurs, s'il est un domaine qui n'est pas l'apanage des médecins, c'est bien celui de la qualité des soins ; tous les personnels paramédicaux contribuent à l'assurer également et, dans la lutte contre les infections nosocomiales, ils jouent, ainsi que les infirmiers et les aides-soignants, un rôle capital. Les ingénieurs biomédicaux et certains personnels techniques interviennent également dans ce processus d'amélioration de la qualité des soins.

Enfin, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins conditionne très largement la performance et la renommée de l'établissement. Je n'imagine pas dessaisir le président du directoire de la compétence décisionnelle que nous lui avons donnée en la matière.

Pour cette raison, je demande aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer.

Par ailleurs, les amendements n^{os} 167 rectifié et 595 rectifié *bis* tendent à préciser que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, la CSIRMT, « contribue », elle aussi, à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, moyen d'associer l'ensemble des professionnels de soins à cette politique.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Cette préoccupation est déjà satisfaite!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Le verbe « contribuer » est utilisé pour qualifier le rôle de la commission médicale d'établissement et indiquer que la démarche concerne la communauté hospitalière tout entière. Évidemment, et en parfaite cohérence avec ce que je viens de vous dire, je partage l'objectif.

Dans le cadre juridique actuel, la présence d'un représentant de la CSIRMT au sein de la CME est déjà prévue; il pourra faire le lien entre les deux instances et contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Tout à fait!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Parce que les textes réglementaires actuels prévoient d'ores et déjà que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée sur l'élaboration de cette politique, les amendements n^{os} 167 rectifié et 595 rectifié *bis* sont satisfaits.

L'amendement n^o 312, qui tend à insérer la même précision, est, sur ce point, également satisfait, mais il a un second objet, puisqu'il vise à associer le conseil de surveillance à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Mesdames, messieurs les sénateurs, prenons garde à la confusion des genres! Une telle proposition est contraire à l'esprit du projet de loi, qui vise à clarifier les responsabilités des acteurs au sein de l'hôpital: au directeur, le pilotage, la gestion et la conduite de l'établissement; au conseil de surveillance, la définition des orientations stratégiques et le contrôle de l'établissement.

Aussi, je ne souhaite pas confier une telle politique au conseil de surveillance, car cela reviendrait à le mêler à la gestion opérationnelle de l'établissement, ce qui, je le répète, n'est pas son rôle.

Bien entendu, le conseil disposera d'indicateurs de suivi en la matière. J'ai d'ailleurs donné mon accord à une disposition qui lui permet de donner son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Cela étant, je le répète, le conseil de surveillance n'a pas vocation à élaborer lui-même cette politique. À chacun son métier!

M. Jean-Pierre Fourcade. Très bien!

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote sur les amendements identiques n^{os} 105 rectifié et 313.

M. Yves Daudigny. Je maintiens l'amendement n^o 313, car je souhaite qu'il soit mis aux voix. Le fait de substituer le terme « élabore » à l'expression « contribue à l'élaboration » ne signifie pas que la commission médicale d'établissement a l'exclusivité en ce domaine, madame la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Mais si!

M. Yves Daudigny. Non, madame la ministre, puisque l'amendement n^o 313 est complété par l'amendement n^o 312, qui tend à prévoir la participation d'autres instances à l'élaboration de cette politique.

En proposant une telle substitution, nous avons souhaité mettre en avant le rôle essentiel et principal de la commission médicale d'établissement.

Par ailleurs, il n'était pas dans notre intention, au travers de l'amendement n^o 312, d'imposer la participation du conseil de surveillance à la procédure d'élaboration. Néanmoins, nous pensions – et nous pensons toujours – que celui-ci peut définir des orientations de nature à servir de base de travail à la commission médicale d'établissement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Il est prévu qu'il donne son avis!

M. le président. La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou, pour explication de vote.

M. Jean-Jacques Mirassou. Madame la ministre, je souhaite revenir sur l'une de vos affirmations, qui me paraît pour le moins problématique.

Vous soutenez en effet que le conseil de surveillance n'aura en aucun cas à interférer dans l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Vous semblez l'oublier, mais, si la responsabilité de l'établissement est engagée, pour une raison ou pour une autre, les plaignants se retourneront de préférence vers ceux qui siègent au sein de ce conseil de surveillance.

Disant cela, je fais allusion à un certain nombre de problèmes récents survenus en chirurgie stéréotaxique, qui dépassent largement le cadre de petites fautes de soins. Bien entendu, en pareil cas, c'est la responsabilité de l'établissement tout entier qui est engagée, pas seulement celle de la structure qui aura défini les modalités de soins. De fait, le conseil de surveillance sera saisi.

Tel qu'il est rédigé, le texte ne manquera pas de créer un clivage entre la commission médicale d'établissement et le conseil de surveillance. Cela me paraît totalement antinomique avec la volonté de créer, au sein d'un établissement de soins, une démarche fédératrice favorisant une relation partenariale entre les uns et les autres.

Notre proposition a vraiment toute sa pertinence, et je souscris donc complètement aux propos de mon collègue Yves Daudigny.

M. François Autain. Très bien!

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. J'appuierai les propos de mes deux collègues. On aura beau transformer le « conseil d'administration » en « conseil de surveillance », on voit bien ce que

recouvre une telle mutation : en réalité, ce conseil de surveillance continuera à être saisi, par mille et un canaux, de tout ce qui touche à la qualité et la sécurité des soins.

Même si d'aucuns souhaitent voir l'importance des élus diminuer, un certain nombre de ces élus continueront de siéger au sein de ce conseil. Or c'est bien souvent par ce biais que, d'une manière très naturelle, les questions relatives aux problèmes de qualité et de sécurité remontent jusqu'aux acteurs concernés.

Par conséquent, je ne comprends pas pourquoi on ne pourrait pas écrire de manière claire que, dans le cadre des orientations prévues, le conseil de surveillance a une compétence précise. On aura beau choisir n'importe quel intitulé, la réalité du quotidien ne changera pas : les établissements s'inscrivent avant tout dans des territoires, et les populations s'adressent d'abord à leurs élus ! (*Marques d'approbation sur les travées du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Bruno Gilles, pour explication de vote.

M. Bruno Gilles. J'ai bien entendu les explications qui m'ont été données. Par conséquent, pour être agréable à Mme la ministre et à M. le rapporteur, je retire l'amendement n° 105 rectifié. Mais vous me permettez, pour être en cohérence avec moi-même, de m'abstenir sur l'amendement n° 313, que mes collègues socialistes ont maintenu.

M. le président. L'amendement n° 105 rectifié est retiré.

La parole est à M. Jean-Pierre Michel, pour explication de vote sur l'amendement n° 313.

M. Jean-Pierre Michel. Madame la ministre, s'il vous plaît, arrêtons la langue de bois ! « Contribue à élaborer » ou « élabore », cela n'a pas la même signification : dans le premier cas, c'est le directeur de l'établissement qui aura le dernier mot sur l'élaboration du projet médical ; dans le second, c'est la communauté médicale et hospitalière.

La question est de savoir qui aura le dernier mot.

Mardi matin, le Président de la République s'est répandu en paroles apaisantes à destination de la communauté médicale, non seulement sur la gouvernance, mais aussi et surtout sur le projet médical : il a assuré qu'elle aurait – bien entendu ! – le dernier mot.

Ce matin même, dans *Le Figaro*, le Premier ministre déclare que le Gouvernement ne fera plus aucune concession sur la réforme de l'hôpital. Considérant qu'un équilibre a été obtenu, il n'entend pas aller plus loin.

Or, force est de constater qu'aujourd'hui on revient en arrière, en refusant que la commission médicale d'établissement, avec l'ensemble des autres personnels, ait le dernier mot sur l'élaboration du projet médical.

C'est la raison pour laquelle le groupe socialiste tient autant à l'amendement n° 313. De ce point de vue, madame la ministre, je ne peux que déplorer vos paroles « apaisantes », illustration de la plus parfaite langue de bois !

M. Alain Milon, rapporteur. Mais non !

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Mes chers collègues, nous sommes en train de perdre du temps, car la disposition sur laquelle nous débattons ne concerne absolument pas l'élaboration du projet médical. (*Marques d'approbation sur les travées de l'UMP.*)

M. Henri de Raincourt. Eh oui !

M. Gilbert Barbier. Elle porte sur 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, laquelle ne doit pas être calquée sur le projet médical, dont nous débattons plus tard.

Ne confondons pas tout ! (*Très bien ! sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Nous sommes évidemment d'accord avec nos collègues socialistes. Nous avons d'ailleurs déposé un amendement identique en commission. Constatant qu'ils en avaient redéposé un pour la séance publique, nous avons estimé qu'il n'était pas nécessaire de faire de même.

Cela a été dit, la rédaction actuelle du texte ne fait pas suffisamment ressortir le rôle prééminent que doit jouer, en cette affaire, la commission médicale d'établissement dans l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour cette raison, il est fondamental de remplacer les mots « contribue à élaborer » par le terme « élabore ». Ce faisant, nous donnerons encore plus de poids au caractère collectif de la prise de décisions. En cas d'erreur, ce n'est pas le lampiste qui doit trinquer, comme c'est malheureusement arrivé récemment. Certes, les établissements concernés ne sont pas forcément tous des hôpitaux, mais les conditions à prévoir dans ce domaine doivent être identiques, toutes choses étant bien sûr égales par ailleurs.

Nous soutiendrons donc l'amendement n° 313.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, je souhaite juste m'assurer que nous parlons tous de la même chose, pour qu'il n'y ait pas de confusion au moment du vote. Il n'est absolument pas question, ici, du projet médical !

M. François Autain. On l'avait compris !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. J'ai tout de même entendu plusieurs orateurs crier au scandale sous prétexte que la commission médicale d'établissement ne se verrait pas confier le pouvoir d'élaborer le projet médical, ce qui est complètement faux ! (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Nous débattons plus tard du projet médical. Vous pourrez alors le vérifier par vous-mêmes, la commission des affaires sociales propose bien que l'élaboration du projet médical soit confiée au président de la commission médicale d'établissement. Pas de panique !

M. Henri de Raincourt. Exactement !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Alors que nous nous apprêtons à voter, ce n'est pas le moment de laisser la confusion s'installer dans les esprits !

En l'espèce, nous devons nous prononcer sur l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers.

Chers collègues de l'opposition, il est tout de même pour le moins bizarre que vous persistiez à vouloir écrire « élabore » au lieu de « contribue à élaborer », car, ce faisant, vous refusez ce que vous proposez pourtant vous-mêmes dans un autre

amendement, à savoir la possibilité pour la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques d'être, elle aussi, associée à l'élaboration de cette politique! (*Nouvelles exclamations sur les mêmes traversés.*)

Afin que les uns et les autres puissent, comme nous le souhaitons tous, apporter leur contribution à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, il convient de maintenir la rédaction actuelle.

Au demeurant, Mme la ministre l'a rappelé, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques participe bien à ces travaux. Cela figure expressément dans le code de la santé publique, non seulement dans sa partie législative, au dernier alinéa de l'article L. 6146-9, mais également dans sa partie réglementaire, et ce mot pour mot, au 6^e de l'article R. 6146-50.

Par conséquent, vous avez totalement satisfaction, puisque tant la commission médicale d'établissement que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de cette politique souhaitée par tous.

Ne laissez donc pas penser que nous sommes contre cette contribution des uns et des autres. Quant au projet médical, je le répète, nous en reparlerons, mais ce n'est pas sur ce point que nous allons voter.

M. Alain Gournac. Bravo!

M. Henri de Raincourt. Quel talent!

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il ne s'agit évidemment pas de dégager le conseil de surveillance de ses responsabilités. Je l'ai rappelé, il donne un avis. Mais l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est de nature technique et s'inscrit au cœur de la « démarche soignante ». À cet égard, elle ne peut revenir qu'à des professionnels de santé au sens large, c'est-à-dire non seulement les personnels soignants, mais aussi les personnels administratifs au sein de l'hôpital. Tous ont leur mot à dire sur les problèmes ô combien importants d'organisation, en termes de qualité de soins ou de circuits de dispensation des produits de santé.

Vous laissez également entendre que le conseil de surveillance serait écarté; or il donne un avis. Chacun est dans son rôle! Mais, en cas d'infection nosocomiale, la responsabilité du président du conseil d'administration n'est jamais engagée.

M. Alain Gournac. Jamais!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce ne sera pas plus le cas demain pour le conseil de surveillance.

C'est toujours la responsabilité du directeur de l'hôpital, et de lui seul, qui est engagée. Son haut niveau de responsabilité peut d'ailleurs emporter de très lourdes conséquences judiciaires.

M. Christian Poncelet. Eh oui!

M. Alain Gournac. Exact!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 313.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Monsieur Gouteyron, l'amendement n° 167 rectifié est-il maintenu?

M. Adrien Gouteyron. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 167 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 312.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 595 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 681 rectifié, présenté par MM. Antoinette, Patient, Gillot, S. Larcher, Lise, Tuhejava et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé:

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

en fonction du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. L'objet de cet amendement est de mettre en cohérence le rôle attribué à la commission médicale d'établissement, la CME, au regard de la prévalence du CPOM, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour l'établissement de santé, sur lequel doivent se fonder les programmes d'actions proposés par la CME ainsi que les indicateurs de suivi. Il s'agit de donner aux programmes d'actions davantage de légitimité ainsi qu'une base objective et reconnue permettant d'en effectuer le suivi.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission n'a pas considéré que cette précision était utile. Du reste, le contenu des CPOM en matière d'objectifs de qualité et de sécurité des soins est précisé à l'article 3 du projet de loi.

L'avis est donc défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 681 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 199 rectifié, présenté par Mme Desmarescaux et M. Vasselle, est ainsi libellé:

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

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

Cet amendement n'est pas soutenu.

M. Alain Milon, rapporteur. Je le reprends, monsieur le président.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 199 rectifié *bis*, présenté par M. Milon, au nom de la commission, et ainsi libellé:

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

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

La parole est à M. le rapporteur, pour le présenter.

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à maintenir une certaine symétrie entre les dispositions du code de la santé publique relatives aux établissements privés, d'une part, et celles qui sont relatives aux établissements publics, d'autre part. La commission a jugé que cette cohérence était effectivement souhaitable. Elle avait d'ailleurs approuvé l'amendement n° 199 rectifié.

M. le président. Le sous-amendement n° 1223, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

médicales

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

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

médicales

La parole est à Mme la ministre, pour le présenter et pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 199 rectifié *bis*.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis favorable à cet amendement, sous réserve d'une modification : la suppression du terme « médicales ».

De la même façon que la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, la CRUQPC, s'appuie sur les avis de la CME pour établir son rapport, il est souhaitable de favoriser un travail en synergie des deux commissions. À cette fin, la CME doit prendre en compte les informations issues du rapport de la CRUQPC pour établir son programme d'actions.

Toutefois, les informations contenues dans le rapport de la CRUQPC n'étant pas d'ordre médical, je vous propose de supprimer le terme « médicales » aussi bien pour les commissions médicales d'établissement des établissements publics de santé que pour les conférences médicales d'établissement des établissements de santé privés.

M. le président. Monsieur le rapporteur, quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 1223 ?

M. Alain Milon, rapporteur. Favorable, monsieur le président.

Je mets aux voix le sous-amendement n° 1223.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix, modifié, l'amendement n° 199 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 890, présenté par Mme Hermange, est ainsi libellé :

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

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Il s'agit d'un amendement de cohérence avec celui que j'ai présenté hier à l'article 1^{er}, qui prévoyait l'instauration d'indicateurs de qualité établis de façon commune pour les établissements publics et privés, et tendait donc à la suppression des troisième et quatrième alinéas de l'article 2 établissant des indicateurs de qualité pour les seuls établissements publics.

Le Gouvernement a émis, hier, un avis favorable sur mon amendement, et l'a même sous-amendé. Quant à M. le rapporteur, il m'a indiqué que nous examinerions cette problématique à l'article 2. Aujourd'hui, je ne sais plus très bien où nous en sommes. En tout état de cause, la question des indicateurs n'est mentionnée qu'à l'article 2.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ils y sont, à l'article 2 !

M. le président. L'amendement n° 555, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

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

indicateurs de qualité et de sécurité des soins

insérer les mots :

comportant nécessairement les taux d'infection nosocomiale et de mortalité, le nombre d'hospitalisations évitables, les taux de réadmission et de mortalité post-hospitalière

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Il s'agit de traduire dans la loi une injonction du Président de la République qui, dans son discours du 22 septembre 2008 à Bletterans, déclarait : « Il faut que soient rendus publics, pour chaque établissement de santé, quelques indicateurs simples comme le taux de mortalité ou le taux d'infections ».

Vous avez dit à juste titre, madame la ministre, que la France était en tête dans la lutte contre les maladies nosocomiales.

Or une note de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, l'IRDES, publiée en décembre 2008, démontre que nous sommes très en retard par rapport à nos voisins européens en ce qui concerne l'analyse de la qualité des soins et que nous avons bien des progrès à faire.

Cette note indique également que des indicateurs tels que les taux d'hospitalisation évitable, de réadmission et de mortalité post-hospitalière, utilisés quotidiennement dans d'autres pays, ne sont toujours pas disponibles en France.

Cette situation est en contradiction avec ce que vous venez de dire, madame la ministre. Vous prétendez en effet que vous tenez à notre disposition les indicateurs de résultats communiqués par les établissements et que vous publiez la liste des établissements qui ne transmettent pas ces chiffres. Or les personnes qui cherchent à obtenir ces indicateurs auprès des directions des hôpitaux rencontrent de nombreuses difficultés et sont souvent obligées de passer par la Commission d'accès

aux documents administratifs, la CADA, avec toutes les complications que cela implique, notamment en termes de délais.

Les hôpitaux n'ont pas encore cette culture du chiffre qui permettrait de disposer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins absolument indispensables aujourd'hui.

La commission m'a indiqué qu'il s'agissait d'une disposition d'ordre réglementaire. Peut-être ! Il n'en reste pas moins que, si ces indicateurs sont établis, ce dont on peut douter, dans la plupart des cas, ils ne sont pas publiés.

Si vous me donnez des assurances, madame la ministre, je suis prêt à retirer cet amendement. Je souhaite toutefois obtenir des réponses précises à ces questions, que nous sommes en droit de nous poser.

M. le président. L'amendement n° 393, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

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

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. L'année 2008 a été celle de l'application à 100 % de la tarification à l'activité, la T2A, c'est-à-dire une application à tous les établissements publics et pour tous les actes de soins qui y sont réalisés.

L'année 2009 sera quant à elle marquée par une nouvelle aggravation des conditions de travail des personnels et d'accueil des patients, puisque vous proposez, dans cet article 2, de réduire les dotations attribuées au titre du fonds MIGAC aux établissements publics de santé qui n'auraient pas, contrairement à ce que prévoit la loi, rendu publics les indicateurs de qualité exigés par les agences régionales de santé.

Nous ne sommes pas, nous l'avons dit, opposés à ce que de tels indicateurs soient instaurés et rendus publics. Bien au contraire ! C'est toujours préférable aux classements parallèles, parfois publiés dans les journaux, dont on peut craindre qu'ils ne soient pas toujours complets.

Nous sommes toutefois opposés, tant sur la forme que sur le fond, à ce que la sanction pour non-publication de ces indicateurs prenne la forme d'une diminution des subventions attribuées au titre du fonds MIGAC. Cette dotation spécifique est en effet la compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est une mission d'intérêt général que de les publier !

Mme Annie David. Nous pensons, pour notre part, que les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités productrices de soins, quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information, le PMSI, et « facturables » à l'assurance maladie.

Cette dotation, madame la ministre, vos services la définissent en ces termes : « [Le Gouvernement] a reconnu que les ressources d'un certain nombre de missions ne peuvent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée par ailleurs. La dotation nationale de financement des MIGAC correspond à la notion de compensation de service d'intérêt général au sens du droit communautaire ».

Mais alors, s'il s'agit d'une dotation très spécifique, pourquoi moduler celle-ci ? La publication de ces indicateurs serait-elle, en tant que telle, une mission de service public ? Nous ne le pensons pas, et ce d'autant moins que l'article 1^{er}, qui définit les missions de service public, n'en fait pas mention. Pour simplifier, vous envisagez de réduire une dotation en cas de violation d'une disposition qui n'est pas concernée par cette même dotation.

À travers cette sanction, car c'en est une, le Gouvernement cherche à faire encore un peu plus pression sur des hôpitaux dont la situation financière est déjà difficile, quels que soient les chiffres que vous citez, madame la ministre.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Vous voulez des indicateurs, oui ou non ?

Mme Annie David. Vous rappelez ainsi à celles et ceux qui dirigent les hôpitaux que les directeurs des agences régionales de santé disposeront de tous les pouvoirs, y compris celui de contraindre financièrement des hôpitaux qui auraient au contraire besoin d'un financement public plus important.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous voulez donner plus d'argent aux mauvais !

M. le président. L'amendement n° 394, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

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

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

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

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Nous reconnaissons l'importance de la publication d'indicateurs mesurant la qualité et la sécurité des soins, notamment en termes de maladies nosocomiales et d'infections.

Rendre obligatoires, pour chaque établissement de santé, la publication et la mise à disposition de ces informations pour le public est un gage de transparence. Dans cette logique, nous ne sommes pas opposés au principe d'une sanction en cas de non-respect de cette obligation, mais faire le choix d'une sanction financière consistant à diminuer la dotation de fonctionnement dont bénéficient les établissements publics de santé nous paraît contre-productif.

En effet, pénaliser financièrement les établissements publics de santé qui ne mettent pas à disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins pourrait, au bout du compte, avoir des conséquences sur la qualité et la sécurité mêmes de ces soins que l'on souhaite mesurer.

Cela reviendrait à scier la branche sur laquelle se trouve le patient. Et même si Mme la ministre rappelle à l'envi que ce texte traite de l'organisation de l'hôpital et non de son financement, nous ne pouvons légiférer en ignorant le sous-financement dont souffre l'hôpital public.

Le Gouvernement annonce qu'il va augmenter le budget des hôpitaux de 3,1 %. Or, selon la Fédération hospitalière de France, la FHF, le simple maintien de l'activité en l'état nécessiterait une augmentation de 4,1 %, compte tenu de l'inflation et du financement des mesures prises par le Gouvernement lui-même. Or ce sous-financement a des conséquences directes sur la qualité et la sécurité des soins.

Voilà pourquoi, en l'état actuel des choses, le choix d'une sanction financière nous paraît totalement contre-productif. Nous préférons des sanctions administratives visant à contraindre les établissements défaillants à répondre aux exigences de qualité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 890, 555, 393 et 394 ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 890, présenté par notre collègue Marie-Thérèse Hermange, est la conséquence de l'amendement n° 676, qui n'a pas prospéré.

Pour des raisons de cohérence, la commission ne peut donc qu'être défavorable à cet amendement de conséquence, s'il est maintenu.

S'agissant de l'amendement n° 555, la commission a jugé que les précisions qu'il contient sont d'ordre réglementaire. Par ailleurs, la mention nouvelle au V de l'article de l'obligation de transmettre les données relatives à la veille et à la vigilance sanitaires répond aux préoccupations exprimées par les auteurs de l'amendement.

L'avis de la commission est donc défavorable.

Il en va de même pour l'amendement n° 393.

Sur l'amendement n° 394, la commission, qui préfère maintenir en l'état le dernier alinéa du texte proposé par l'article L.6144-1 du code de la santé publique, a également émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces quatre amendements ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je commencerai par m'adresser à l'auteur de l'amendement n° 890, Mme Marie-Thérèse Hermange, pour lui dire que je vais présenter un amendement qui devrait répondre à sa préoccupation. Si vous acceptiez de retirer votre amendement, je vous en serais reconnaissante, madame la sénatrice.

Sur l'amendement n° 555 relatif à la publication des taux d'infections nosocomiales, l'amendement du Gouvernement répond également aux préoccupations de M. Autain.

J'en arrive à l'amendement n° 393, défendu par Mme David, tendant à supprimer la possibilité de modulation des MIGAC en cas de non-publication des indicateurs de qualité. Madame la sénatrice, cette publication figure au cœur des missions d'intérêt général. Il est donc tout à fait normal que le non-accomplissement d'une obligation rémunérée par un type de dotation déclenche une modulation.

La remarque vaut également pour l'amendement n° 394.

Mesdames, messieurs les sénateurs, le projet de loi prévoit de rendre publics, chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour offrir une information objective aux usagers. Je souhaite qu'à l'instar de ce que j'ai constaté pour les infections nosocomiales cette publication suscite une saine émulation entre les établissements.

Le principe d'une sanction vise à rendre cette disposition réellement contraignante. Le projet de loi prévoit qu'en cas de non-publication des indicateurs, le directeur de l'ARS prend les mesures appropriées, par exemple, la modulation des MIGAC. Cette dernière ne peut toutefois s'appliquer qu'aux établissements susceptibles de bénéficier des MIGAC, ce qui n'est pas le cas de tous les établissements de santé – je pense, en particulier, aux établissements psychiatriques et aux centres de suite et de rééducation.

C'est la raison pour laquelle je défendrai un autre amendement, qui tend à supprimer notamment cette référence à la seule dotation de financement des missions d'intérêt général. Il sera proposé de laisser le directeur général de l'Agence régionale de santé prendre les mesures appropriées, proportionnées à la gravité du manquement constaté.

M. le président. Madame Hermange, maintenez-vous l'amendement n° 890 ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Comme il s'agissait d'un amendement de conséquence par rapport à l'amendement n° 676, je le retire, en espérant que l'amendement du Gouvernement nous donnera des indicateurs communs aux établissements publics et aux établissements privés. Sinon, il n'y aurait plus de logique !

M. le président. L'amendement n° 890 est retiré.

Monsieur Autain, maintenez-vous l'amendement n° 555 ?

M. François Autain. Je ne peux que le maintenir ! D'abord, parce que je n'ai pas compris l'avis de Mme la ministre : êtes-vous pour, êtes-vous contre, madame la ministre ? Ensuite, parce qu'un certain nombre des questions que j'ai posées sont restées sans réponse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 555.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 393.

M. François Autain. Je tiens à bien me faire comprendre. Nous estimons évidemment qu'un directeur qui n'assume pas ses responsabilités en ne publiant pas les indicateurs doit être sanctionné.

Pour autant, il n'est pas question de lui enlever une partie ou la totalité de sa dotation. Peut-être des difficultés financières l'empêchent-elles d'atteindre ses objectifs et de publier les indicateurs. En réduisant ses recettes, vous aurez peu de chance d'arriver à obtenir le résultat souhaité !

C'est la raison pour laquelle nous sommes favorables au principe de la sanction, mais hostiles à la sanction financière, dont les conséquences peuvent être lourdes, et aller bien au-delà du directeur.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Peut-être une simple réprimande ? *(Sourires.)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Une fessée ? *(Nouveaux sourires.)*

M. François Autain. Des sanctions autres que financières, il en existe dans l'administration ! Car ces sanctions financières, outre qu'elles ne vont pas toucher personnellement le directeur, risquent d'avoir des conséquences pour les patients, qui ne sont pas responsables de la situation. Je trouve cela très malvenu et regrette de n'avoir pas su me faire comprendre de l'ensemble de mes collègues, qui s'apprentent, je le pressens, à repousser cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 393.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 394.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 682 rectifié, présenté par MM. Antoinette, Patient, Gillot, S. Larcher, Lise, Tuheiyava et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Le présent amendement a pour objet de mettre en cohérence et de coordonner les différentes instances au sein desquelles est effectué le suivi de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Aux termes du projet de loi, il en reste au moins quatre qui sont obligatoires. Les commissions de suivi des établissements peuvent être nombreuses et diverses en fonction des domaines traités : biovigilance, hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, pharmacodépendance, infections nosocomiales, médicaments, alimentation, douleurs, conditions d'hygiène et de sécurité, matériel, et je vous fais grâce des sigles qui s'y attachent ... *(Sourires.)*

En regroupant les différentes commissions, ce comité des vigilances, qu'il s'agit de légitimer, permettra la réunion de tous les éléments d'un état des lieux concernant la qualité et la sécurité des soins de l'établissement, dans le cadre d'un suivi régulier pouvant donner lieu à un rapport annuel, alors que les procédures de certification ne permettent ce suivi que de façon partielle, et seulement tous les trois ans.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je préfère ne pas dire ce que je ressens personnellement à l'égard de cet amendement !

La commission a estimé que cet amendement ne répondait pas au souci de simplification de l'organisation interne des établissements publics de santé. Elle n'a pas souhaité créer une nouvelle structure obligatoire, dont l'utilité ne semble pas évidente.

La commission a donc émis un avis défavorable sur l'amendement n° 682 rectifié.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, je souhaite laisser une grande souplesse à la commission médicale d'établissement. Libre à elle de décider de créer une, deux, trois, voire dix sous-commissions, même si je ne souhaite évidemment pas qu'elle aille jusque-là ! *(Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

J'entends la laisser s'administrer à sa guise et créer le nombre de commissions nécessaires. Si elle veut se doter d'un comité des vigilances, d'une sous-commission de la CME, qu'elle le fasse, mais, de grâce, ne rigidifions pas les choses ! Il y a une commission médicale d'établissement ; elle a une responsabilité ; elle fera ce qu'elle voudra en son sein.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 682 rectifié.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 682 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1254, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement va me donner l'occasion de répondre à Mme Hermange et à M. Autain.

Il vise à prévoir que les conditions d'application des sanctions appliquées aux établissements privés de santé pour non-publication des indicateurs de qualité seront fixées par décret. Le directeur général de l'Agence régionale de santé doit, en effet, disposer de leviers pour imposer le respect de l'obligation de publication des indicateurs de qualité.

Le texte l'autorise actuellement à moduler le niveau des dotations MIGAC : il s'agit de lui fournir un outil. Encore faut-il prévoir autre chose à destination des établissements qui ne perçoivent pas de dotation MIGAC. En outre, le levier financier n'est pas toujours le mieux adapté à la situation et aux difficultés de chaque établissement. *(Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG.)*

M. François Autain. Ah !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais oui, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est une évidence.

Je propose donc de préciser par un décret les instruments qui seront à la disposition du directeur général de l'ARS à cette fin.

Il faut fixer un cadre juridique, donner les moyens au directeur général de l'ARS de tenir compte des spécificités de la situation, notamment financière, de chaque établissement. Pour savoir si cette défaillance dans la qualité des soins relève d'un défaut de gouvernance ou d'une insuffisance de moyens, un dialogue constructif sera ouvert entre le directeur général de l'ARS et les structures de gouvernance de l'hôpital.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis favorable !

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 1254.

M. François Autain. Mme la ministre peut-elle nous dire si les indicateurs standards utilisés par les pays voisins - notamment la mortalité post-hospitalière et la mortalité hospitalière - figureront dans le décret ? Actuellement, ils sont au nombre de ceux que doivent publier les directeurs d'hôpitaux.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Autain, en votre qualité de médecin, vous imaginez la complexité des indicateurs de mortalité ! Vous savez les interférences qui existent à ce niveau. Ces indicateurs exigent tout un travail de construction ; nous sommes en train de le mener, avec la participation de la Haute Autorité de santé et d'autres instances. Si ces indicateurs sont finalisés au moment de la

parution du décret, nous ne manquerons pas de les mentionner. Il est très important qu'ils y figurent, mais vous mesurez bien la difficulté de la tâche.

Bien entendu, nous compléterons le travail réglementaire au fur et à mesure de la parution de ces indicateurs.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1254.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de sept amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 73, présenté par M. Lardeux, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le IV de cet article :

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. André Lardeux.

M. André Lardeux. Cet amendement a pour objet de mieux associer la conférence médicale d'établissement dans les structures privées au fonctionnement et au développement de l'établissement.

Je laisse à Alain Houpert, qui a déposé un amendement semblable, le soin de développer plus longuement nos arguments.

M. le président. L'amendement n° 5, présenté par M. Dériot, est ainsi libellé :

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

de la qualité et de la sécurité des soins

insérer les mots :

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

La parole est à M. Gérard Dériot.

M. Gérard Dériot. Cet amendement vise à mettre en cohérence la disposition sur le rôle des conférences médicales dans les établissements privés en matière de conditions d'accueil et de prise en charge des usagers avec celle qui a été adoptée à l'Assemblée nationale pour la commission médicale d'établissement des établissements publics de santé.

En effet, les conditions d'accueil et de prise en charge sont déterminantes pour les usagers, mais aussi pour le personnel des établissements. Il est également important d'avoir sur ce sujet, comme pour la politique de qualité, un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

M. le président. L'amendement n° 891, présenté par Mme Hermange, est ainsi libellé :

Supprimer les troisième et quatrième alinéas du 2° du IV de cet article.

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. À la suite de la discussion que nous venons d'avoir, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 891 est retiré.

L'amendement n° 1255, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement relève de la même philosophie que l'amendement n° 1254 et vise à assurer...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Le parallélisme des formes !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... le parallélisme des formes, en effet.

M. le président. L'amendement n° 542, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

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

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Comme les amendements de Mme la ministre, c'est à une même philosophie que répondent l'amendement n° 393 que j'ai précédemment présenté et l'amendement n° 542. *(Sourires.)*

Malgré les explications et les modifications apportées, nous maintenons cet amendement, car nous ne sommes pas favorables à une sanction financière qui, comme l'a très bien dit François Autain, aura à terme un impact sur les malades, alors qu'il est de la responsabilité du directeur de mettre à disposition ses chiffres.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 662 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 846 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

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

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

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

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

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 662.

M. Alain Houpert. Le but de cet amendement est de doter les conférences médicales d'établissement du statut de personne morale.

Les praticiens libéraux s'inquiètent en effet de la distance qui ne cesse de s'accroître entre eux et la gouvernance financière des établissements privés.

Si de nombreuses dispositions réglementaires évoquent les nécessaires avis et consultations préalables de la conférence médicale d'établissement, ou de son président, seule une disposition du code de la santé publique mentionne, et de façon lapidaire, l'existence de plein droit de la conférence médicale d'établissement et ses missions générales.

Il arrive de plus en plus fréquemment que les praticiens libéraux exerçant dans un établissement de santé privé soient informés tardivement des demandes d'autorisation ou d'agrément ou même des conventions conclues par leur établissement, alors qu'elles peuvent entraîner des modifications, voire la suppression d'activités médicale.

Il convient donc de remédier à cette situation en prévoyant désormais la nécessité pour l'établissement de santé privé de joindre à ses demandes ou d'annexer aux conventions conclues l'avis de la conférence médicale d'établissement.

Aucun développement d'un établissement de santé privé ne peut se faire sans que soient impliqués et associés les praticiens qui y exercent régulièrement et qui lui sont liés contractuellement.

Le renforcement de son rôle implique nécessairement de doter la conférence médicale d'établissement de la personnalité morale et de prévoir l'élaboration d'un règlement intérieur précisant ses modalités essentielles de représentation ou de fonctionnement, dans des conditions qui devront être précisées par voie réglementaire.

M. le président. L'amendement n° 846 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements restant en discussion ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 73.

Elle a en effet considéré, d'une part, que le texte du projet de loi précisait déjà de manière suffisante le rôle de la conférence médicale des établissements de santé privés et, d'autre part, qu'il n'était pas possible de doter la conférence médicale de la personnalité juridique, non plus que de modifier la composition des instances dirigeantes des établissements privés de santé.

S'agissant de l'amendement n° 5, la commission a été sensible au souci de mettre en cohérence les dispositions concernant les établissements publics et privés. Pour ce motif, elle a émis un avis favorable.

Quant à l'amendement n° 542, il est, comme cela a été dit, le pendant de celui qui a été présenté tout à l'heure concernant les établissements publics. La commission est donc défavorable à la suppression de la sanction du défaut de publication des informations concernant la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé privés.

L'amendement n° 662 inspire à la commission les mêmes réserves que l'amendement n° 73.

Estimant cependant souhaitable de renforcer le rôle des médecins dans les établissements de santé privés, la commission a décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat sur l'amendement n° 662, sous réserve de la suppression du premier et du troisième alinéa du texte proposé pour le 2° du IV.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je me suis déjà exprimée à propos des sanctions, sur lesquelles je ne reviens pas. Je suis donc défavorable à ces propositions.

S'agissant des amendements n° 73 et 662, je suis opposée au fait de doter la conférence médicale des établissements de santé privés de la personnalité morale, même si, bien entendu, je partage tout à fait la volonté de chacun ici de renforcer le rôle de la conférence médicale d'établissement et de lui donner les moyens d'assurer sa mission de représentation auprès des instances dirigeantes de la communauté médicale.

Nous avons d'ailleurs conforté ses pouvoirs et accru ses attributions, en harmonisant en somme le dispositif avec celui qui prévaut dans les établissements publics pour les commissions médicales d'établissement, notamment, comme nous venons de le voir, en ce qui concerne la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Cependant, il me semble que cette transformation ne favoriserait vraiment pas, pour employer un vocabulaire très édulcoré, la cohésion entre les équipes dirigeantes et la communauté médicale. Or cette cohésion est absolument indispensable à la mise en œuvre d'une stratégie partagée dans le cadre d'une gouvernance unie.

Avec l'amendement n° 5, M. Dériot propose d'étendre le champ de compétence de la conférence médicale d'établissement aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Je suis favorable à cette proposition, sous réserve que les mots : « surtout pour les urgences » soient supprimés. Pourquoi cibler les urgences ? Si la conférence médicale doit en effet contribuer non seulement à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la

sécurité des soins mais aussi à la politique relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, cela doit être le cas dans tous les domaines d'activité de l'établissement.

M. le président. Monsieur Dériot, acceptez-vous de rectifier votre amendement dans ce sens ?

M. Gérard Dériot. Tout à fait, monsieur le président !

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 5 rectifié, présenté par M. Dériot, qui est ainsi libellé :

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

de la qualité et de la sécurité des soins

insérer les mots :

ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Je mets aux voix l'amendement n° 73.

M. André Lardeux. Je le retire, monsieur le président, et je me rallie à la position de la commission concernant l'amendement de M. Houpert.

M. le président. L'amendement n° 73 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 5 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1255.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 542.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Monsieur Houpert, acceptez-vous de rectifier l'amendement n° 662 conformément au souhait de la commission ?

M. Alain Houpert. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 662 rectifié, présenté par M. Houpert et ainsi libellé :

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

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

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

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quinze heures.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à douze heures cinquante-cinq, est reprise à quinze heures, sous la présidence de M. Roland du Luart.)

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART vice-président

M. le président. La séance est reprise.

3

QUESTIONS D'ACTUALITÉ AU GOUVERNEMENT

M. le président. L'ordre du jour appelle les réponses à des questions d'actualité au Gouvernement.

Je rappelle que l'auteur de la question de même que la ou le ministre pour sa réponse disposent chacun de deux minutes trente.

RÉFORME DES AIDES FACULTATIVES LOCALES

M. le président. La parole est à Mme Brigitte Bout.

Mme Brigitte Bout. Ma question s'adresse à M. le haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, haut-commissaire à la jeunesse.

Monsieur le haut-commissaire, la loi généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion entrera en vigueur le 1^{er} juin prochain, dans quinze jours très précisément. Six mois de préparation ont été nécessaires pour mettre en œuvre l'ensemble des dispositions permettant une bonne application de ce texte, dont pourront bénéficier plus de 3 millions de ménages.

Parmi les nouveautés prévues par la loi, la disparition de certains minima sociaux et dispositifs d'intéressement devrait contribuer à limiter les effets de seuils, sources de « trappes à pauvreté ».

Lors de l'examen par le Sénat du projet de loi, a été adopté un amendement tendant à réformer les aides facultatives locales de manière à ne plus les lier au statut de bénéficiaire du revenu minimum d'insertion ou de l'allocation de parent isolé, et à faire en sorte que, à situation économique identique, les règles d'attribution des aides et avantages que gèrent les collectivités territoriales et leurs groupements soient prioritairement fondées sur les notions de ressources et de charges et n'entraînent aucune discrimination liée à un quelconque statut du demandeur.

Pour faciliter la mise en œuvre de ces dispositions nouvelles, le Premier ministre a confié à ma collègue Sylvie Desmarescaux le soin d'établir des propositions de nature à faire évoluer les prestations attachées aux droits auxquels se substitue le revenu de solidarité active.

Monsieur le haut-commissaire, ce rapport vous a été remis par notre collègue aujourd'hui même. Pouvez-vous nous indiquer quelles en sont les principales orientations et quels outils sont mis à la disposition des responsables locaux pour permettre à ces derniers de disposer des aides locales facultatives qui répondent à cet impératif d'égalité des personnes devant les aides sans que cela menace pour autant les budgets des collectivités territoriales ?

M. le président. La parole est à M. le haut-commissaire.

M. Martin Hirsch, haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, haut-commissaire à la jeunesse. Madame la sénatrice, nous ne nous penchons pas sur cette question depuis seulement six mois. Non ! Cela fait bien trois ans que la Haute Assemblée s'intéresse à la question des droits

dits « connexes » et des aides sous statut, depuis que Mme Valérie Létard a rédigé un rapport d'information qui avait à l'époque connu un fort retentissement.

M. Jean Arthuis. Très bien !

M. Martin Hirsch, *haut-commissaire.* C'est donc tout naturellement que, lors de l'examen par la Haute Assemblée du projet de loi généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, Éric Doligé, Michel Mercier et un certain nombre de sénateurs ont déposé un amendement visant à modifier le système alors en vigueur, afin qu'un bénéficiaire de minima sociaux reprenant une activité ne se trouve pas dans une situation moins favorable qu'auparavant et ne perde, par exemple, cinquante euros d'aides parce qu'il aura gagné un euro de plus !

C'est parce qu'il s'agit d'une question politique, d'un travail d'élu, de technicien, que le Premier ministre a chargé votre collègue Sylvie Desmarescaux d'étudier cette question. Pendant six mois, elle a conduit cette mission en collaboration avec l'Association des maires de France, l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale, l'Association des régions de France, l'Assemblée des départements de France, la Caisse nationale d'allocations familiales, Pôle emploi,...

M. Guy Fischer. C'est trop beau !

M. Martin Hirsch, *haut-commissaire.* ... avec tout le monde, ...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Oh ! là là ! C'est magnifique !

M. Martin Hirsch, *haut-commissaire.* ... afin de dégager des accords sur des principes clairs. En effet, il est impossible de conserver un système de statuts, alors que nous passerons de 1,2 million de bénéficiaires du RMI à un nombre beaucoup plus important d'allocataires du RSA.

M. Guy Fischer. La France compte 4 millions de pauvres !

M. Martin Hirsch, *haut-commissaire.* Le rapport que Sylvie Desmarescaux a remis ce matin est remarquable et directement opérationnel. Il se traduit par un engagement négocié en amont avec les différents acteurs, à qui il a été demandé de modifier leurs critères d'attribution et de tenir compte des ressources et non du statut. L'Assemblée des maires de France, l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale, qui sont les deux plus importants pourvoyeurs d'aides, ont déjà donné leur accord.

Ce rapport comprend également un guide pratique qui permet d'aider l'ensemble des élus, quels que soient leurs responsabilités et leur positionnement, à choisir les modalités de mise en œuvre du dispositif : à budget constant, avec des tarifs progressifs ou dégressifs, etc.

Dans certaines régions, c'est déjà le cas. Ainsi, en Île-de-France, le système que j'avais moi-même dénoncé et présenté comme exemple de ce qu'il ne fallait pas faire a été corrigé et tiendra désormais compte des ressources des demandeurs.

Sur la base des recommandations émises par Sylvie Desmarescaux dans son rapport, il est possible de faire de même sur l'ensemble du territoire. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. –M. Jean Arthuis applaudit également.*)

M. Guy Fischer. Nous en reparlerons !

DÉCRET RECONNAISSANT LES DIPLÔMES
VISÉS PAR LE VATICAN

M. le président. La parole est à M. Yvon Collin.

M. Yvon Collin. Ma question s'adresse à M. le Premier ministre.

Monsieur le Premier ministre, le 19 avril dernier est paru au *Journal officiel* un décret qui rend applicable l'accord signé le 18 décembre 2008 par votre gouvernement avec l'État du Vatican. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Didier Boulaud. Scandaleux !

M. Yvon Collin. Or cet accord ne va pas sans poser de sérieux problèmes, puisqu'il remet en cause ni plus ni moins l'un des fondements de la laïcité de l'enseignement dans notre pays.

M. Guy Fischer. Il a raison !

M. Didier Boulaud. C'est le discours de Latran qui revient !

M. Yvon Collin. Dès lors, monsieur le Premier ministre, vous comprendrez que le groupe du RDSE dans son ensemble, et tout particulièrement les sénateurs radicaux de gauche,...

M. Didier Boulaud. Et nous, avec !

M. Yvon Collin. ... ne peuvent faire autrement que, d'une part, dénoncer cet accord,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Bravo !

M. Didier Boulaud. Nous sommes d'accord !

M. Yvon Collin. ... d'autre part, demander l'annulation du décret en question au Conseil d'État. (*Bravo ! sur les travées du groupe du RDSE, du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Guy Fischer. Eh oui ! C'est du jamais vu !

M. Yvon Collin. De quoi s'agit-il exactement ?

Cet accord prévoit la possibilité pour le Saint-Siège...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Ah, le Saint-Siège !...

M. Yvon Collin. ... de viser des diplômes de l'enseignement supérieur français, en l'occurrence ceux des instituts catholiques,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Scandaleux !

M. Yvon Collin. ... alors que, jusqu'ici, c'était l'État, et lui seul, qui avait, depuis une loi de 1880 et par l'intermédiaire de l'université publique, le monopole de la reconnaissance des diplômes.

Désormais, avec un tel accord, votre gouvernement permet la reconnaissance automatique par la France des diplômes visés par le Vatican, et ce sans passer, comme c'était le cas jusqu'à aujourd'hui, par la labellisation et l'aval de l'université publique.

M. Didier Boulaud. C'est scandaleux !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Chouette, un diplôme du Vatican !

M. Didier Boulaud. Tous en cornette !

M. Yvon Collin. Cet accord revient à entamer le monopole de l'État dans la délivrance des diplômes universitaires et, par voie de conséquence, à remettre en cause la neutralité de l'État et le principe de laïcité, si cher à ma famille politique.

Monsieur le Premier ministre, comment ne pas interpréter de telles décisions comme le prolongement du discours de Latran, si controversé et si regrettable, du Président de la République, au mois de décembre 2007 ?

M. Didier Boulaud. Bien sûr !

M. Yvon Collin. Comment ne pas y voir la volonté de s'attaquer une nouvelle fois à la laïcité comme socle fondateur de notre République ?

M. Didier Boulaud. Absolument !

M. Yvon Collin. Le groupe du RDSE et tout particulièrement les sénateurs radicaux de gauche doivent-ils vous rappeler qu'il s'agit d'un principe fondamental reconnu par les lois de la République?

M. Didier Boulaud. Eh oui!

M. Yvon Collin. L'entrée en vigueur de ce décret au 1^{er} mars prochain méconnaît totalement l'article 53 de la Constitution,...

M. Didier Boulaud. Ils s'en moquent! Cela n'a aucune importance pour le pouvoir en place!

M. Yvon Collin. ... qui dispose que les traités ou accords internationaux « qui modifient des dispositions de nature législative [...] ne peuvent être ratifiés et appliqués qu'en vertu d'une loi ».

M. Didier Boulaud. Ils prétendent défendre la Constitution, mais ils s'assoient dessus!

M. Yvon Collin. Dans ces conditions, monsieur le Premier ministre, pouvez-vous nous indiquer à quelle date cet accord avec le Vatican sera soumis au Parlement et, dans cette attente, quelles instructions vous donnerez pour que son application soit purement et simplement suspendue? (*Bravo! et vifs applaudissements sur les travées du RDSE, du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Rama Yade, secrétaire d'État chargée des affaires étrangères et des droits de l'homme. Monsieur le sénateur, la publication au *Journal officiel* de l'accord sur la reconnaissance des grades et diplômes dans l'enseignement supérieur entre la France et le Saint-Siège a pu susciter des questions. Je souhaite dissiper toutes les craintes que vous exprimez à ce sujet en rappelant le contexte dans lequel cet accord a été signé.

Lancé voilà près de dix ans, le processus de Barcelone a fait de la création d'un espace européen de l'enseignement supérieur sa priorité.

À Louvain, voilà deux semaines, les quarante-six pays qui participent à ce processus, dont le Saint-Siège, ont réaffirmé leur volonté de coopérer, notamment en favorisant la mobilité des étudiants au sein de cet espace.

Faciliter la poursuite des études entre établissements des différents pays, tel est précisément l'objectif des accords de reconnaissance des diplômes.

M. Yannick Bodin. Le Vatican, ce n'est pas l'Union européenne!

M. François Fillon, Premier ministre. Écoutez jusqu'au bout!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. Ces accords faciliteront la vie et le parcours des étudiants en levant les barrières bureaucratiques nationales. (*Vives exclamations sur certaines travées du RDSE, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Didier Boulaud. C'est scandaleux!

M. Yannick Bodin. Cela n'a rien à voir!

M. Didier Boulaud. Ce n'est pas la question!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. L'accord que nous avons signé avec le Saint-Siège...

M. Didier Boulaud. Ce n'est pas l'objet de la question!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. ... se situe dans le droit fil de ceux que nous avons signés avec d'autres pays,...

M. Yannick Bodin. Il n'y a pas de diplômes du Saint-Siège!

M. Didier Boulaud. C'est lamentable!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. ... comme dernièrement l'Espagne, le Portugal ou encore la Pologne et, bientôt, la République tchèque et la Roumanie.

Cet accord a simplement pour objet, en indiquant les niveaux d'études, de faciliter l'examen par les établissements d'enseignement supérieur de l'une des parties des candidatures à la poursuite d'études présentées par les étudiants de l'autre partie.

M. Simon Sutour. C'est laborieux!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. Il n'a pas pour objet, je le précise, d'imposer une reconnaissance automatique de droit des diplômes concernés.

M. Didier Boulaud. Bien sûr que si!

M. Yannick Bodin. Cela finira comme ça!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. Il tend uniquement à offrir une grille de lecture plus claire des niveaux de diplômes. (*Vives exclamations sur certaines travées du RDSE, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Yannick Bodin. Quel est le rapport entre le droit international et la religion?

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

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. L'accord signé rappelle bien que l'autorité compétente (*Nouvelles exclamations prolongées sur les mêmes travées, couvrant la voix de l'oratrice.*)...

M. le président. Mes chers collègues, laissez parler Mme la secrétaire d'État! Un peu de respect!

M. Yannick Bodin. C'est la règle du jeu!

M. Charles Revet. C'est de l'intolérance!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. Je souhaite aller au bout de mon explication, si vous me le permettez.

L'accord signé rappelle bien, disais-je, que l'autorité compétente pour prononcer ou non une reconnaissance pour poursuite d'études est l'établissement d'enseignement supérieur au sein duquel l'étudiant sollicite son inscription. (*Exclamations sur certaines travées du RDSE, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Didier Boulaud. C'est scandaleux!

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État. Rien n'a changé!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. L'État a donc le monopole de la collation des grades et des titres universitaires et le gardera.

M. Adrien Gouteyron. Très bien!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. Soyez donc pleinement rassuré, monsieur le sénateur (*Vives exclamations sur les mêmes travées.*)...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat et M. Didier Boulaud. Nous ne sommes pas rassurés du tout!

M. Guy Fischer. Nous sommes très inquiets!

Mme Rama Yade, secrétaire d'État. ... cet accord international ne changera en rien cette situation et n'aura surtout aucune conséquence sur ce monument inviolable qu'est la laïcité. (*Vifs applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste. – Vives protestations sur certaines travées du RDSE, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. François Fortassin. Ah, c'est éclairant!

M. le président. Mes chers collègues, un peu de tolérance, je vous prie ! (*Vives exclamations sur les travées du groupe socialiste. – M. Yannick Bodin tape sur son pupitre. – Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Didier Boulaud. Il y a un institut musulman dans mon département : on verra jusqu'où ira votre tolérance, et ce que vous ferez de leurs diplômés !

MISE EN PLACE DU RSA

M. le président. La parole est à M. Jean Arthuis.

M. Jean Arthuis. Ma question s'adresse à M. le haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, haut-commissaire à la jeunesse. Prolongeant la question de Mme Brigitte Bout, elle concerne la mise en œuvre du RSA sur l'ensemble du territoire national au 1^{er} juin prochain.

Monsieur le haut-commissaire, je salue votre opiniâtreté et votre persévérance pour porter ce projet emblématique, que le groupe de l'Union centriste a soutenu dès la première heure.

En tant que président du conseil général de la Mayenne, département expérimentateur du RSA depuis un an, je peux témoigner du fait que le revenu de solidarité active, ça marche ! (*Ab ! sur les travées de l'UMP.*)

Cela étant, la crise et la dégradation du marché du travail compliquent singulièrement notre tâche. C'est la raison pour laquelle, monsieur le haut-commissaire, je souhaite m'assurer que, à la veille de la généralisation du dispositif, les partenaires impliqués et mobilisés disposent bien des moyens nécessaires à la réussite de cette démarche.

Ainsi, j'aimerais savoir si les emplois que les caisses d'allocations familiales étaient autorisées à créer ont bien été pourvus, si les agents ont été formés (*M. Guy Fischer s'exclame.*), afin d'éviter les engorgements qui retardaient la liquidation des sommes dues aux bénéficiaires du RSA.

M. Guy Fischer. Exact !

M. Jean Arthuis. Je voudrais également être sûr que les systèmes informatiques ont bien fait l'objet d'une refonte et que cette dernière est achevée, de telle sorte que les paiements soient assurés dans les délais requis.

Je voudrais aussi être certain que l'information soit mise à la disposition des conseils généraux pour qu'ils puissent exercer leurs responsabilités, éviter le paiement d'indus, et pour que les contrôles *a posteriori* nécessaires puissent être diligentés.

M. Guy Fischer. On va faire la chasse aux pauvres !

M. Jean Arthuis. Je voudrais enfin être sûr que le partenaire Pôle emploi est en mesure de proposer aux conseils généraux des prestations d'accompagnement individualisées des hommes et des femmes confrontés à des difficultés de retour à l'emploi,...

M. Guy Fischer. Vous rêvez !

M. Jean Arthuis. ... et qu'il est prêt à conclure des conventions à des conditions financières durablement supportables par les conseils généraux. (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP. – MM. Aymeri de Montesquiou et François Patriat applaudissent également.*)

M. Paul Raoult. C'est une excellente question !

M. le président. La parole est à M. le haut-commissaire.

M. Martin Hirsch, haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, haut-commissaire à la jeunesse. Monsieur Arthuis, votre question en témoigne, vous connaissez particulièrement bien le sujet. Vous avez d'ailleurs contribué à

entraîner vos collègues ainsi que les différents acteurs dans une réforme qui devait changer la situation. Il n'était en effet plus pensable que les bénéficiaires du RMI perdent de l'argent quand ils retrouvaient du travail, ou qu'ils n'aient qu'une faible probabilité d'inscription au service public de l'emploi. Ils ne pouvaient plus relever d'un système qui les marginalisait, alors qu'ils souhaitaient reprendre un travail.

De simples mesures technocratiques étaient insuffisantes. Il fallait changer les textes, les esprits et élaborer une loi qui donne de la souplesse aux acteurs locaux, tout en les obligeant à un partenariat.

M. Paul Raoult. Des mots !

M. Martin Hirsch, haut-commissaire. Ce sont non pas des mots, mais des faits ! Tous ceux qui ont voté le texte, qui se sont impliqués, qui ont retroussé leurs manches le savent !

M. Paul Raoult. Nous ne vous avons pas attendu !

M. Martin Hirsch, haut-commissaire. En voici la preuve : soixante-quatre des quatre-vingt-quinze départements ont signé une convention avec Pôle emploi et avec les caisses d'allocations familiales pour pouvoir orienter les personnes. Je le répète : ce sont non pas des mots, mais des faits !

M. Alain Gournac. Eh oui !

M. Martin Hirsch, haut-commissaire. M. Arthuis évoquait la crise. Bien sûr, en raison de ce contexte, les offres d'emploi ont diminué sur l'ensemble du territoire. Mais dans les zones expérimentant le RSA, au cours des six derniers mois, le taux de retour à l'emploi a été bien meilleur qu'ailleurs.

M. Paul Raoult. Cela explose !

M. Martin Hirsch, haut-commissaire. C'est grâce au système et à la mobilisation des différents acteurs.

Hier, j'ai fait le point et j'ai constaté que les caisses d'allocations familiales avaient bien recruté et formé 1 250 agents.

Pour ce qui concerne le système informatique, centralisé à Caen, il a été testé à 90 %. Il sera bientôt opérationnel.

M. Paul Raoult. Ça cafouille !

M. Martin Hirsch, haut-commissaire. Des garanties ont été apportées : le versement du revenu de solidarité active ne connaîtra pas de retard. Le premier versement aura bien lieu le 6 juillet prochain.

Pour sa part, Pôle emploi a formalisé son offre pour assurer gratuitement aux départements qu'ils prendront en charge les allocataires du RSA dans les conditions de droit commun.

Cette question étant complémentaire de celle qui était relative aux droits connexes, je vous indique, mesdames, messieurs les sénateurs, que, auparavant, il y avait, d'un côté, des droits connexes réservés au RMI – dorénavant, il n'existe plus d'effet de seuil – et, de l'autre, des prestations fermées aux RMIstes qui sont maintenant ouvertes à tout le monde.

Oui, la mise en place du RSA sera difficile, de surcroît en cette période de crise. Mais qui pourrait prétendre baisser les bras en matière sociale et se croiser les doigts vis-à-vis des RMIstes en une telle période ?

M. Charles Revet. Au contraire !

M. Martin Hirsch, haut-commissaire. Nous continuerons à mener à bien cette réforme, comme tel fut le cas dans un tiers des départements, ceux qui ont conduit l'expérience ! (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

CRISE ÉCONOMIQUE

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Michel.

M. Jean-Pierre Michel. Monsieur le Premier ministre, la France va mal, et pourtant, vous me répondez – ou, pis, vous me ferez répondre – qu'elle s'en sort mieux que les autres, que la reprise arrive.

Malheureusement, cette méthode Coué ne remplace pas une politique économique volontariste. Mme Lagarde, lundi, et vous-même ce matin l'illustraient dans les quotidiens qui vous ouvrent leurs colonnes.

Jusqu'ici, en effet, l'improvisation le dispute à l'inaction. Le Gouvernement espère certainement que les plans de relance des autres viendront remplacer celui que la France n'a pas su faire et celui que l'Europe de MM. Berlusconi, Sarkozy et Barroso n'a pas su ou pas voulu mettre en place.

M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État chargé des relations avec le Parlement. Monsieur Michel, vous fûtes meilleur !

M. Jean-Pierre Michel. De même, le dernier sommet du G20 avait rappelé trois objectifs pour les plans bancaires : fonds propres, financements, actifs toxiques. Les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Allemagne ont pris des dispositions en ce sens ; la France, elle, n'a pas encore tranché. Qu'attend-elle ?

Malheureusement, monsieur le Premier ministre, les prévisions démentent votre optimisme forcené ; la production industrielle française a encore reculé de 1,4 % au mois de mars, après avoir baissé de 0,9 % au mois de février, portant ainsi le recul à 7 % au premier trimestre. Le produit intérieur brut français devrait reculer cette année d'au moins 3 % – cela signifie 3 % de récession, pour parler clairement –, selon les prévisions des organismes internationaux et français ; les déficits publics atteignent des niveaux inconnus jusqu'à ce jour.

Depuis le début de la crise, les prévisions du Gouvernement ont toujours un temps de retard, monsieur le Premier ministre. Allez-vous une fois de plus nous confirmer la prévision d'une récession de 1,5 %, antienne que vous avez répétée encore ce matin ?

Vous allez certainement me répondre que le point le plus bas est passé et entonner l'air guilleret de la reprise à nos portes. Franchement, nous espérons, nous aussi, et comme les Français, que la crise est dans sa phase terminale et que la reprise pointe à l'horizon. Mais le blocage des crédits se poursuit, les crédits nouveaux accordés aux ménages au mois de mars sont en repli de 27 % sur un an, la contraction étant particulièrement sensible pour les crédits à l'habitat, qui enregistrent un repli de 34 %.

La brutalité de la récession a des conséquences durables et terribles sur l'emploi. Les licenciements ne cesseront de se produire, dans des conditions sociales parfois indignes comme chez Caterpillar. Que faites-vous en la matière ?

Dans l'aire urbaine Belfort, Montbéliard, Héricourt, Delle dont je suis un élu et dans le département de la Haute-Saône où les équipementiers sont soumis à la mono-industrie de l'automobile, les difficultés sont importantes : certaines des entreprises parmi Sonas Automotive à Beaucourt, Pyle industries à Servance, Fuinto à Gray, les tréfileries de Conflandey, font l'objet de reprises aléatoires, et toutes subissent un plan social conduisant au licenciement de la moitié du personnel existant.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue, vous avez déjà largement dépassé votre temps de parole !

M. Jean-Pierre Sueur. C'est important, monsieur le président !

M. Jean-Pierre Michel. Monsieur le président, si vous m'ôtez la parole, vous couperez alors la voix à l'opposition !

M. le président. Mais ce sont vos collègues qui pâtiront de votre dépassement !

M. Jean-Pierre Michel. Monsieur le Premier ministre, la souffrance sociale s'aggrave ; 600 000 postes devraient être perdus d'ici à la fin de l'année 2010 ; de surcroît, pour des raisons idéologiques, vous annoncez la suppression de plus de 30 000 postes supplémentaires de fonctionnaires. Quand allez-vous enfin lancer le plan de relance qui s'impose, pour redonner confiance aux Français, surtout aux travailleurs ? *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.)*

M. le président. Mes chers collègues, je vous demande de bien vouloir respecter vos temps de parole par égard pour les autres intervenants.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État chargée du commerce extérieur. Monsieur le président, il me sera assez facile de respecter mon temps de parole, étant donné les outrances qui ont émaillé la question de M. Michel ! *(Applaudissements sur les travées de l'UMP. – Protestations sur les travées du groupe socialiste.)*

M. Paul Raoult. Ça commence bien !

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. Les chiffres de la croissance du premier trimestre seront connus demain. D'ici là, on peut dire que la crise est grave.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Tout le monde le sait !

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. Malheureusement, l'activité a baissé au premier trimestre de 2009, comme ce fut hélas ! le cas au dernier trimestre de l'année dernière.

M. Paul Raoult. Les faits sont les faits, les chiffres sont les chiffres !

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. Selon l'OCDE,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Oh ! Alors...

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. ... la France résiste mieux que la plupart de ses voisins. Telle est la vérité.

Un sénateur socialiste. Nous n'avons pas dit autre chose ! Ces informations sont dans *La Tribune* et dans *Les Échos*.

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. La crise est mondiale, et seuls de très rares pays émergents enregistreront cette année une croissance positive. Malheureusement, la plupart des autres pays connaissent des augmentations du chômage bien supérieures à celles de la France.

M. Didier Boulaud. Alors, nous sommes contents ! Tout va très bien, madame la marquise !

Un sénateur socialiste. En mars, 60 000 chômeurs supplémentaires !

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. Je rappelle qu'en mettant en place les actuelles mesures de relance, le Gouvernement a privilégié résolument l'investissement, c'est-à-dire le soutien de l'activité à court terme – on le voit déjà dans les régions – et a montré son ambition d'avoir un pays plus fort encore après la crise.

M. Didier Boulaud. Arrêtez ! Pas si vite !

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. Je souhaite surtout insister sur les mesures de justice, qui sont les deux piliers de la politique du Gouvernement.

M. Didier Boulaud. En matière de justice, surtout sociale, nous ne craignons rien !

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. Relevons tout d'abord les mesures concrètes prises en faveur de 11 millions de ménages à hauteur de 2,6 milliards d'euros et mises en œuvre depuis le sommet social de la fin du mois de février et le plan en faveur de l'emploi des jeunes – 500 000 d'entre eux sont concernés –, doté de 1,3 milliard d'euros.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Tout va bien, alors ?

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. Non, mais ce qui va bien, c'est l'engagement et l'action du Gouvernement, afin de passer ce cap difficile,...

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

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. ... d'en atténuer les effets, notamment pour les plus modestes,...

M. Didier Boulaud. Vous allez voir : à la rentrée, les jeunes vont battre le pavé !

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État. ... et de pouvoir rebondir dès la fin de la crise mondiale. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

SITUATION DANS LES UNIVERSITÉS

M. le président. La parole est à M. Ivan Renar. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

M. Ivan Renar. « Chronique d'une crise annoncée dans les universités » : tel était l'intitulé de la lettre, en date du 5 janvier dernier, que la conférence des présidents d'universités, la CPU, a adressée au Président de la République, avant même que ce dernier ne prononce, le 22 janvier, ses propos méprisants à l'égard de la communauté scientifique nationale.

La CPU faisait alors état de la vive inquiétude régnant sur les campus quant à la faiblesse des financements d'État parvenant réellement aux universités et à la mise en œuvre de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités, dans un contexte de suppressions de postes et de remise en cause des statuts des personnels.

Après quatorze semaines d'un conflit inédit par son ampleur, le Gouvernement demeure sourd aux revendications exprimées par les syndicats et par les collectifs représentant les communautés scientifique et étudiante. Pis encore, la stigmatisation, la dramatisation et les provocations verbales renforcent l'incompréhension et l'exaspération, jettent de l'huile sur le feu et compromettent le dialogue qu'il conviendrait de mettre en place, en urgence, afin de donner un nouveau souffle à l'enseignement supérieur et à la recherche dans notre pays.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Absolument !

M. Ivan Renar. En misant sur le pourrissement du conflit, le Gouvernement prend la responsabilité de fragiliser durablement les universités françaises.

Mme Éliane Assassi. Eh oui !

M. Ivan Renar. Il est pourtant grand temps de créer les conditions permettant à tous les étudiants de valider leur année.

Répétons-le, l'université de demain ne se fera pas contre les étudiants, contre les enseignants-chercheurs, contre les personnels IATOS.

La promotion de l'autonomie, à laquelle s'est encore livré ce matin M. le Président de la République, ne peut s'accompagner d'un manque total de confiance à l'égard des acteurs et des usagers des universités, des étudiants qui seront les cadres de demain.

Une société, un gouvernement qui ne veulent pas dialoguer avec la jeunesse ou qui ne savent plus le faire sont condamnés. Le grand Corneille disait ceci : « Ce que l'on appelle fermeté chez les rois se nomme entêtement chez les ânes ».

Mme Annie David. Très bien !

M. Ivan Renar. Monsieur le Premier ministre, le Gouvernement doit reprendre le chemin du dialogue. Quand allez-vous ouvrir de véritables discussions et concertations pour que les universités françaises puissent retrouver le calme nécessaire à l'accomplissement de leur mission de production et de transmission des connaissances ? (*Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.* –*M. François Patriat applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. le Premier ministre. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. François Fillon, Premier ministre. Monsieur le sénateur, depuis 1984, l'université française souffre d'un mauvais statut qui a mis à mal l'un de ses principes fondateurs : l'autonomie.

Après bien des efforts conduits par des gouvernements de gauche comme de droite et qui n'ont jamais été couronnés de succès, la majorité a soutenu une réforme de l'université, votée par l'Assemblée nationale et par le Sénat, qui offre un cadre nouveau à l'université française – l'autonomie –, que vingt universités ont déjà choisi.

Lors de la mise en œuvre de cette réforme, deux difficultés sont apparues.

La première d'entre elle était relative au statut des personnels. En l'espèce, un décret, dont la rédaction a suscité une forte opposition, a été réécrit, en concertation étroite avec l'ensemble de la communauté universitaire.

La seconde difficulté concernait la réforme de la formation des maîtres, qui fait elle aussi l'objet d'une concertation très étroite dans des délais impartis. L'objectif du Gouvernement est de faire en sorte que, demain, les professeurs des écoles reçoivent une formation de niveau bac+5,...

M. Paul Raoult. C'est déjà le cas !

M. François Fillon, Premier ministre. ... ce qui ne paraît pas choquant eu égard au niveau exigé de professions moins stratégiques.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Présentation mensongère !

M. François Fillon, Premier ministre. Monsieur le sénateur, aujourd'hui, dans six universités sur les quatre-vingts qui existent, des blocages empêchent la tenue des examens, blocages qui, la plupart du temps, sont le fait d'une minorité refusant tout vote au sein des assemblées générales. Cette situation affecte 60 000 étudiants.

Vous êtes un démocrate, monsieur Renar. Vous pouvez comprendre qu'il est hors de question pour le Gouvernement, alors que l'immense majorité des universités françaises et des étudiants sont au travail et souhaitent que les examens soient organisés à la date initialement prévue, d'accéder à la demande, formulée par une petite minorité, de retrait d'une loi votée par le Parlement. (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'exclame.*)

En ce moment, avec la ministre chargée de l'enseignement supérieur, nous veillons à ce que tous les étudiants puissent passer leurs examens et à ce que ceux-ci soient tous de même niveau. En effet, il est hors de question de brader les examens dans notre pays! Ce serait dramatique pour l'avenir de l'université, pour la réputation de nos établissements et, au fond, pour l'ensemble de notre jeunesse. (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'exclame.*)

Nous sommes donc en train d'examiner la situation des universités où le blocage perdure, pour déterminer s'il y a lieu de repousser les examens au mois de septembre prochain ou de mettre en œuvre les procédures nécessaires pour organiser ces épreuves dans d'autres établissements.

Mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement n'acceptera pas que l'on remette en cause une réforme qui est absolument fondamentale pour l'avenir de l'université...

MM. Alain Gournac et Gérard Dériot. Très bien!

M. François Fillon, Premier ministre. ... et qui vise, tout simplement, à offrir à la communauté universitaire son autonomie et le contrôle de ses décisions!

Vingt universités françaises ont choisi, à la majorité absolue des membres de leur conseil d'administration, ce statut d'autonomie.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est un conte de fée pour le Vatican que vous nous racontez, monsieur le Premier ministre! (*Sourires sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Paul Raoult. Et les moyens financiers nécessaires?

M. François Fillon, Premier ministre. Le Parlement devrait avoir à cœur de défendre ce statut et de faire en sorte que l'université française soit au premier rang mondial des universités! (*Bravo! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

LE GRAND PARIS

M. le président. La parole est à M. Michel Houel. (*Applaudissements sur certaines travées de l'UMP.*)

M. Michel Houel. Ma question s'adresse à M. le secrétaire d'État chargé du développement de la région capitale.

Lors de son allocution du 29 avril dernier à la Cité de l'architecture et du patrimoine,...

M. Didier Boulaud. Un discours de plus!

M. Michel Houel. ... le Président de la République a dévoilé son projet pour la métropole parisienne.

Ce plan ambitieux fera de Paris, à partir de l'Homme et pour lui, une agglomération moderne, un lieu « de progrès, de prospérité et de partage », qui sera très largement en harmonie avec la nature. (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

J'oserai même ajouter, monsieur le secrétaire d'État, que, en entendant le discours du Président de la République, le 29 avril dernier, j'ai eu le sentiment de vivre un moment historique. (*M. Yves Pozzo di Borgo applaudit. – Marques d'ironie sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Paul Raoult. C'est sûr!

M. Richard Yung. Et même davantage! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Michel Houel. En effet, voilà quarante ans que l'on ne nous avait pas proposé une telle ambition, un tel projet!

M. Didier Boulaud. Quel champion du bla-bla!

M. Michel Houel. Mes propos vous dérangent peut-être, chers collègues de l'opposition, mais telle est bien la vérité! (*Exclamations prolongées sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Jean-François Voguet. Pas de discours, des actes!

M. Michel Houel. D'ailleurs, vous ne réussirez pas à me faire taire! (*Nouvelles exclamations sur les mêmes travées.*)

Élu d'un département francilien, je ne puis qu'adhérer à cet immense défi, qui dessinera le modèle urbain du XXI^e siècle et rendra à Paris et à sa région un rôle de *leader* au cœur de l'économie européenne et mondiale.

J'y adhère, parce qu'il appelle une nouvelle stratégie d'aménagement et de développement du territoire, qui s'écrira avec tous les élus et les habitants d'Île-de-France.

Mme Raymonde Le Texier. Et les collectivités territoriales?

M. Didier Boulaud. Des actes, pas de discours!

M. Michel Houel. Les affirmations du Président de la République rassurent les élus de la Grande Couronne, qui se sentaient jusqu'à présent quelque peu exclus des différentes propositions publiées.

M. Robert Hue. Les élus du Val-d'Oise continuent de se sentir exclus!

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Le Val-d'Oise, ce n'est pas le problème du Gouvernement...

M. Michel Houel. Il reste néanmoins une interrogation, qui fera l'objet de ma question et qui porte sur la mise en œuvre du schéma directeur de la région Île-de-France, le SDRIF.

Mme Catherine Tasca. C'est la région!

M. Michel Houel. Ce document d'urbanisme, voté par le conseil régional en septembre 2008, développe une vision globale de l'Île de France et de ses territoires pour les vingt-cinq prochaines années.

Le SDRIF pourra-t-il s'appliquer, et à quelle échéance, sachant que de nombreuses communes attendent son entrée en vigueur pour lancer leurs initiatives? Comment pourra-t-il s'articuler avec le projet de Grand Paris, qui prévoit, à court terme, une réforme de l'urbanisme afin de libérer l'offre foncière?

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue!

M. Michel Houel. Tous les maires d'Île-de-France attendent des réponses à ces questions primordiales...

M. Simon Sutour. Là, on laisse l'orateur dépasser son temps de parole...

M. Michel Houel. ... qui conditionnent le lancement de nombreux projets et travaux. Ceux-ci, d'ailleurs, participeront à la relance de l'économie. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. – M. Yves Pozzo di Borgo applaudit également.*)

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

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Ces travaux permettront surtout de donner de l'argent à des grands groupes!

M. le président. Mes chers collègues, permettez-moi de souligner que M. Houel n'est pas l'orateur qui a le plus outrepassé son temps de parole. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Simon Sutour. Soyez objectif!

M. le président. Je le suis avec tout le monde, monsieur Sutour!

La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Christian Blanc, *secrétaire d'État chargé du développement de la région capitale*. Monsieur le sénateur, vous m'interrogez sur l'articulation du projet du Grand Paris avec le schéma directeur de la région Île-de-France.

Je voudrais appeler votre attention et celle de la représentation nationale sur la chance exceptionnelle que représente le Grand Paris pour notre pays. Ce projet, nous devons le réussir ensemble, car ses effets bénéficieront à tout le territoire national.

Mme Catherine Tasca. Des mots !

M. Christian Blanc, *secrétaire d'État*. Tout d'abord, en ce qui concerne la croissance, le développement des potentiels de l'une des quatre « villes monde », avec New York, Londres et Tokyo, profitera à toute l'économie nationale, et tout particulièrement à nos métropoles régionales.

Ensuite, en matière d'urbanisme, le Grand Paris sera réussi le jour où l'on ne parlera plus de banlieue, où les cités auront été réhabilitées et désenclavées, où Paris, région capitale, sera au cœur du réseau des métropoles françaises.

Mme Gisèle Printz. C'est-à-dire quand les poules auront des dents !

M. Didier Boulaud. C'est le retour de Ferdinand Lop ! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Christian Blanc, *secrétaire d'État*. Enfin, s'agissant des transports, nous allons créer la troisième génération de transports parisiens : après le métropolitain et le RER, ce sera le réseau de métro automatique à grande capacité, qui s'étendra sur 130 kilomètres, avec des rames roulant de 60 à 80 kilomètres par heure et pouvant fonctionner jour et nuit. (*Marques de scepticisme sur les travées du groupe socialiste.*)

Il sera réalisé en douze ans, ...

M. Yannick Bodin. On verra bien !

M. Christian Blanc, *secrétaire d'État*. ... et sera articulé sur le réseau existant, ce qui permettra de fluidifier le RER.

Nous nous donnons à présent deux mois pour parvenir à un accord avec la région sur un nouvel avant-projet de SDRIF qui intégrerait les modifications substantielles liées au projet du Grand Paris. Le document modifié pourrait ainsi être soumis au vote des élus régionaux au début de l'automne.

Dans le même temps, un projet de loi sera déposé au Parlement afin d'accélérer les procédures, de définir les maîtrises d'ouvrage et de proposer des moyens de financement. Vous en serez donc saisi, mesdames, messieurs les sénateurs.

Réussir le Grand Paris, ...

M. Didier Boulaud. C'est un pari ! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Christian Blanc, *secrétaire d'État*. ... relève de l'intérêt national. Par-delà les clivages partisans, d'ici à vingt ou trente ans, nous pourrions, je l'espère, être fiers d'avoir réalisé une œuvre qui profite à tous. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. –M. Yves Pozzo di Borgo applaudit également.*)

M. Didier Boulaud. C'est mal parti !

POLITIQUE DE DÉFENSE

M. le président. La parole est à M. Didier Boulaud.

M. Didier Boulaud. Ma question s'adresse à M. le ministre de la défense.

Monsieur le ministre, le Gouvernement vient une fois encore de reporter l'examen du projet de loi de programmation militaire.

La première annuité prévue, celle de 2009, est actuellement en cours d'exécution, et Bercy prépare déjà la deuxième, celle de 2010. Or, pendant ce temps, vous ne parvenez pas à inscrire votre projet de loi à l'ordre du jour du Parlement !

C'est une mauvaise manière qui est faite à la représentation nationale, mais aussi un mauvais signe adressé à notre outil de défense, à nos armées et à nos industries militaires.

Ce projet de loi devait mettre en œuvre la nouvelle stratégie de défense et de sécurité nationale, ainsi que les décisions prises dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, la fameuse RGPP.

Il prévoit, en outre, des mesures qui concernent l'organisation même de notre défense et l'avenir des emplois de l'industrie militaire, et touchent des milliers de civils et de militaires.

Ce texte, qui n'est pas encore voté mais qui est déjà en application, aura des conséquences importantes pour les personnels et les territoires, en raison de la nouvelle carte militaire qui en découle.

La restructuration de la défense, c'est, à terme, la suppression de 54 000 emplois. Dans le contexte actuel de montée brutale du chômage, il s'agit ni plus ni moins du plus grand plan social que va connaître notre pays. Et c'est justement le moment que choisit le Gouvernement pour maintenir le Parlement hors du jeu !

Monsieur le ministre, ce projet de loi, élaboré voilà plus d'un an, est désormais en déphasage total avec les nouvelles réalités et priorités économiques et sociales de notre pays. La crise est là, et le Gouvernement se refuse à prendre les mesures nécessaires pour y répondre.

M. Robert Hue. Alors que tous les autres pays le font !

M. Didier Boulaud. *De facto*, votre projet de loi est caduc. Il faut impérativement que le Gouvernement refasse ses calculs. Les bases de défense seront probablement beaucoup plus coûteuses que prévu (*Marques d'approbation sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*), et ce malgré vos dénégations, hier, devant la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées du Sénat.

Les fameuses « recettes exceptionnelles », quant à elles, ne seront pas au rendez-vous, nous l'avons tous compris, ce qui reviendra à fragiliser encore davantage les budgets pour 2009 et 2010...

Le coût du plan social de suppression des emplois de la défense doit prendre en compte la triste situation de nos finances publiques, œuvre des derniers gouvernements soutenus par l'actuelle majorité.

Il n'est pas possible que notre outil de défense connaisse des dérapages aussi importants que ceux qui ont marqué la précédente programmation militaire et que vous traînez comme un boulet, hérité de la politique menée par votre prédécesseur entre 2002 et 2007 !

M. Henri de Raincourt. Et par M. Jospin !

M. Didier Boulaud. Ma question est donc la suivante : monsieur le ministre, allez-vous, oui ou non, préparer un nouveau projet de loi de programmation militaire, cette fois sincère et cohérent, et faire en sorte que le Parlement puisse enfin se prononcer ? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Hervé Morin, ministre de la défense. Monsieur le sénateur, je vais vous causer une grande joie. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*) Je vais vous donner l'occasion de voter, dans les semaines ou les mois qui viennent,...

M. Didier Boulaud. « Les mois qui viennent » ?

M. Hervé Morin, ministre. ... ce projet de loi de programmation militaire, déjà débattu et voté par la commission de la défense de l'Assemblée nationale et qui sera inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale au cours du mois de juin prochain.

Comme il s'agit d'un excellent projet de loi de programmation militaire (*Rires ironiques sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)...

M. Charles Gautier. Bien sûr !

M. Yannick Bodin. Vive l'autosatisfaction !

M. Hervé Morin, ministre. ... qui, je vous le rappelle, est triennal et offre donc une perspective pour nos armées et leurs équipements, les crédits prévus pour la seule année 2009 constituent le meilleur budget de la défense depuis 1958. (*Vives exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Didier Boulaud. C'est ce que nous a dit Mme Michèle Alliot-Marie pendant cinq ans !

M. Hervé Morin, ministre. En effet, grâce aux arbitrages rendus par le Président de la République et le Premier ministre, le budget de la défense connaît une augmentation globale de 5,5 %, les dépenses d'équipement s'accroissant de près de 20 %, en tenant compte du plan de relance. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste.*)

M. François Marc. Où allez-vous chercher ces 20 % ?

M. Didier Boulaud. Il manque en réalité 12 milliards d'euros !

M. Paul Raoult. Vous ne dépensez pas les crédits !

M. Hervé Morin, ministre. Jamais un tel effort n'avait été consenti au profit de la modernisation et de l'équipement de nos armées !

M. Didier Boulaud. Quand le Sénat se prononcera-t-il ?

M. Hervé Morin, ministre. Certes, une réorganisation du ministère de la défense a été décidée,...

M. Didier Boulaud. Et nous, quand votons-nous ?

M. Hervé Morin, ministre. ...mais des mesures d'accompagnement social ont été votées...

M. Didier Boulaud. Et nous, quand voterons-nous ? Le Sénat n'est pas content !

M. Hervé Morin, ministre. ... dans une précédente loi de finances et elles sont déjà mises en œuvre, notamment en ce qui concerne les reclassements.

M. Didier Boulaud. On vote quand, ici ?

M. Hervé Morin, ministre. Grâce à cet immense effort de réorganisation du ministère de la défense, nous dégagerons, en dépit du coût des restructurations,...

M. Didier Boulaud. Et nous ? Et nous ? Quand voterons-nous ?

M. Hervé Morin, ministre. ... plus de 4 milliards d'euros supplémentaires destinés à l'équipement de nos forces, ...

M. Didier Boulaud. Mais quand voterons-nous ?

M. Hervé Morin, ministre. ... qui profiteront à la modernisation des armées, à l'industrie de défense française et donc à l'emploi dans notre pays ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Didier Boulaud. Mais quand le Sénat se prononcera-t-il ? Nous ne sommes pas l'Assemblée nationale !

L'ASSURANCE-CRÉDIT DANS LE CADRE DU PLAN DE RELANCE

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

Mme Catherine Dumas. Ma question s'adresse à Mme la secrétaire d'État chargée du commerce extérieur.

Madame la secrétaire d'État, dans le contexte de crise économique et financière actuel, chacun est touché par les difficultés que rencontrent les entreprises. Beaucoup a déjà été fait par le Gouvernement, dans le cadre du plan de relance, pour que ces dernières puissent poursuivre au mieux leurs activités dans la situation tendue que nous connaissons.

En effet, c'est bien de confiance qu'il s'agit, pour l'essentiel. Souvent, il est reproché aux banques et aux assureurs-crédit d'aggraver la situation financière des sociétés.

Confronté à ces critiques, le Gouvernement renforce son système de soutien à l'assurance-crédit, en complétant un dispositif mis en œuvre au début de 2009. Saluons sa réactivité !

Il a fallu à peine plus de trois semaines pour rendre opérationnel le Fonds de sécurisation du crédit interentreprises, qui a été institué par l'article 21 de la loi de finances rectificative pour 2009 du 20 avril dernier.

Cette rapidité permettra de protéger l'activité de milliers d'entreprises et de conforter 150 000 emplois, grâce à l'action du Premier ministre qui a réuni mardi dernier les principaux acteurs de l'assurance-crédit et les représentants des entreprises, en présence de Mme Christine Lagarde, de M. Hervé Novelli et du médiateur du crédit, M. René Ricol.

Pouvez-vous, madame la secrétaire d'État, nous donner plus de précisions sur ce dispositif et, surtout, nous informer des engagements que les assureurs-crédit ont adoptés afin d'optimiser la portée de cette initiative ? (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Anne-Marie Idrac, secrétaire d'État chargée du commerce extérieur. Madame le sénateur, comme vous l'avez dit, l'assurance-crédit joue un rôle considérable dans le crédit interentreprises. Elle constitue un moyen de financement important pour les entreprises concernées.

Malheureusement, les couvertures d'assurance-crédit sont en recul et beaucoup d'entreprises ne trouvent plus les garanties, au moment même où elles en auraient le plus besoin.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement s'est effectivement engagé de façon très active. Dès le mois de décembre dernier, nous avons mis en place le complément d'assurance-crédit public, ou CAP, qui a contribué à limiter les difficultés. Dans ce dispositif, l'État et l'assureur-crédit demeurent engagés à égalité.

À la fin du mois d'avril, le total des encours était en progression et s'élevait à environ 250 millions d'euros. Nous l'avons complété par le CAP Plus pour traiter le problème des « coupures sèches » de garanties.

Ce dispositif est calibré pour couvrir jusqu'à 5 milliards d'euros. Le décret qui le concerne a été publié hier au *Journal officiel* et les mesures seront totalement opérationnelles avant la fin du mois.

En ce qui concerne la réunion qui s'est tenue à Matignon sous l'égide du Premier ministre, François Fillon, le 12 mai dernier, je voudrais préciser les engagements pris par les assureurs-crédit.

Premièrement, il y aura un examen individuel des dossiers au lieu d'un traitement sur une base sectorielle. Deuxièmement, les réductions ou annulations de garantie seront systématiquement motivées. Troisièmement, un préavis d'un mois sera donné aux entreprises pour qu'elles aient le temps de se « retourner ». Il s'agit là d'une disposition très importante, que réclamaient beaucoup d'entreprises, notamment les PME. Quatrièmement, des mesures de transparence seront prises, ce qui est essentiel pour maintenir la sécurité des transactions entre les entreprises.

Enfin, je voudrais indiquer – et il est normal que je termine par ce point – que le Premier ministre a lancé une étude en vue de l'extension des dispositifs CAP et CAP Plus à l'assurance-crédit export, pour remédier aux difficultés que rencontrent nos exportateurs dans le cadre de transactions de court terme avec certaines entreprises étrangères. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. – Mme Muguette Dini applaudit également.*)

M. Charles Revet. Très bien !

L'ACTUALITÉ DES PRISONS

M. le président. La parole est à Mme Alima Boumediene-Thiery. (*Applaudissements sur certaines travées du groupe socialiste.*)

Mme Alima Boumediene-Thiery. Ma question s'adresse à Mme la ministre de la justice.

Madame la ministre, la dernière mobilisation des syndicats des personnels pénitentiaires démontre le malaise des acteurs du monde carcéral.

M. Charles Gautier. Très juste !

Mme Alima Boumediene-Thiery. Un accord a été obtenu au forceps, signé dans la douleur par les syndicats ; il ne répond que partiellement aux demandes légitimes des surveillants de prison.

Vous proposez la création de 177 emplois pour l'année 2010 ; mais qu'envisagez-vous pour aujourd'hui ? Rien ! En tout cas, rien qui garantisse au personnel pénitentiaire de pouvoir exercer sa mission dans le respect de sa dignité et de celle des détenus.

Pis, vous avez l'audace d'imposer un moratoire sur les règles pénitentiaires européennes. Or ni les syndicats ni l'administration pénitentiaire ne vous l'ont demandé. Ce moratoire résulte de votre propre initiative !

C'est une décision irresponsable et dangereuse, en totale contradiction avec la dynamique engagée.

La contradiction devient même schizophrénie. En effet, voilà quelques semaines, le Sénat votait dans l'urgence, pour se conformer aux règles européennes, un projet de loi pénitentiaire. Or, ce texte ne sera examiné par l'Assemblée nationale qu'en octobre.

Le projet contient de nombreuses avancées. Il améliore la condition de tous ceux qui vivent et travaillent en prison. Il assure la dignité et la sécurité et répond aux problèmes de surpopulation grâce aux aménagements de peine.

Alors, pourquoi repousser encore son examen ? Ces réformes sont fondamentales. Si on les gèle, la France s'expose à de nouvelles condamnations devant la Cour européenne des droits de l'homme.

La situation de nos prisons est explosive : la surpopulation atteint un niveau jamais vu auparavant et le nombre de suicides de détenus comme de surveillants connaît un accroissement inquiétant – plus de cinquante pour les quatre premiers mois de l'année – du fait des conditions de vie inhumaines et déplorables. Il est urgent que le Gouvernement prenne ses responsabilités.

Souvent, vous reprochez à la gauche son immobilisme sur cette question.

M. Charles Revet. Sur toutes les questions ! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

Mme Alima Boumediene-Thiery. Or, elle n'a jamais rempli les prisons par simple affichage politique.

M. Henri de Raincourt. Elle les a vidées !

Mme Alima Boumediene-Thiery. Au contraire, c'est elle qui, après avoir supprimé la peine de mort et les quartiers de haute sécurité, a autorisé les parloirs libres et l'assistance aux détenus devant la commission de discipline. (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

M. Christian Cambon. Tout allait bien avec vous !

Mme Alima Boumediene-Thiery. C'est elle qui a créé les secteurs psychiatriques des hôpitaux et les services médico-psychologiques régionaux. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*) C'est elle qui a transféré la médecine carcérale à l'Assistance publique. C'est encore elle qui, pour faciliter la réinsertion, a créé les SPIP, les services pénitentiaires d'insertion et de probation. (*Nouvelles exclamations sur les mêmes travées.*)

C'est toujours elle qui a permis la modernisation du service public pénitentiaire, avec une réorganisation de l'École nationale d'administration pénitentiaire, l'ENAP, pour la formation professionnelle des personnels pénitentiaires.

M. Alain Gournac. Quelle est la question ?

Mme Alima Boumediene-Thiery. Sachez donc que la gauche n'a pas à rougir de sa politique pénitentiaire !

Voici donc ma question, madame la ministre.

Mme Catherine Procaccia. Ah ! Enfin !

Mme Alima Boumediene-Thiery. Quand et comment entendez-vous mettre en place les règles pénitentiaires européennes et, pour ce faire, quelle concertation prévoyez-vous avec l'administration pénitentiaire ? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du groupe CRC-SPG. – Mme Muguette Dini applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme le garde des sceaux.

Mme Rachida Dati, garde des sceaux, ministre de la justice. Madame le sénateur, vous parlez d'irresponsabilité, de schizophrénie et d'absence de dialogue. Pour ma part, je m'en tiens aux faits. (*M. Paul Raoult s'exclame.*)

Qu'a fait la gauche pour lutter contre la surpopulation carcérale et les conditions indignes qui existent en prison ? Ces conditions, je le rappelle, ne datent ni de mai 2007 ni même d'il y a cinq ans ; elles sont nettement antérieures !

M. Christian Cambon. Très bien !

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Qu'a donc fait la gauche à cet égard? (*Rien! sur les travées de l'UMP.*)

Pour ma part, je n'entre pas dans les polémiques et je ne donne pas dans la caricature. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*) Quant aux attaques personnelles, là aussi, cela suffit! (*Nouvelles exclamations sur les mêmes travées.*)

Vous avez eu sans doute de grands ministres, mais, en ce qui nous concerne, nous n'allons pas nous excuser d'améliorer les conditions de détention. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Jean-Pierre Michel. On vous demande ce que vous faites!

M. Alain Gournac. Écoutez la réponse!

M. Yannick Bodin. Mais qu'est-ce que vous faites, vous?

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. À cet égard, je rappellerai seulement quelques faits.

Pour améliorer les conditions de détention, il faut, d'une part, construire des places de prison et, d'autre part, aménager les peines, ce qui permet également de lutter contre la récidive et de faciliter la réinsertion des personnes détenues. Ce sont précisément ces objectifs que nous nous sommes fixés.

Or, qu'avez-vous fait au regard de ce que nous avons réalisé?

Vous parliez de la modernisation du système pénitentiaire. Mais de quand date la dernière loi pénitentiaire? Elle fut présentée par Albin Chalandon et votée en 1987! (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'exclame.*)

Je me réjouis d'entendre dans cet hémicycle que le projet de loi pénitentiaire, adopté en première lecture par la Haute Assemblée, présente de grandes avancées,...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Il n'est pas encore adopté, et vous le savez très bien! Votre texte est en panne. Vous avez déjà reculé.

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. ... car cela n'avait pas été le cas lors du débat! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. –Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Christian Cambon. C'est vrai!

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Ce n'est pas grâce à vous!

M. Simon Sutour. On l'appellera « loi Lecerf »!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Ce n'est que la deuxième loi en soixante ans!

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Et c'est la loi du Sénat, pas la vôtre!

M. le président. Laissez parler Mme le garde des sceaux, mes chers collègues!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Il ne fallait surtout pas vous priver de faire une loi pénitentiaire pendant que vous étiez au gouvernement! (*Très bien! et applaudissements sur certaines travées de l'UMP.*) Mais vous ne l'avez pas fait. (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'exclame.*) Ce sera, je le répète, la deuxième loi en soixante ans!

Albin Chalandon créa, dans le cadre de son programme de construction, 13 000 places de prison; Édouard Balladur, quant à lui, en réalisa 4 000 (*M. Yannick Bodin s'exclame.*), et Jean-Pierre Raffarin, 13 200! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Daniel Raoul. Ce n'est pas ce dernier qui va vous contredire!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Or, mis à part ces programmes de construction que nous avons initiés, aucun autre n'a été engagé. (*Vives protestations sur les travées du groupe socialiste.*)

Il faut savoir accepter la vérité, même si elle vous fait mal et si vous la recevez comme une injure! (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Vous avez reculé!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Eh oui, cette vérité est brutale! Les Français, d'ailleurs, vous ont répondu: ils ne vous ont pas renouvelé leur confiance!

Croyez bien que nous en sommes désolés pour vous! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*) Mais, en ce qui nous concerne, nous ne passons pas notre temps à nous excuser; nous agissons pour améliorer les conditions de détention!

M. Jean-Pierre Godefroy. Dites plutôt merci au Sénat!

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est une contre-vérité! Vous avez déjà reculé!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Par conséquent, nous poursuivons les programmes de construction. Pour ce qui est des aménagements de peine, ceux-ci n'ont jamais été aussi nombreux. Nous en avons augmenté le nombre de plus de 50 % en moins de deux ans et demi.

M. Paul Raoult. Avec vous, c'est le « tout-répressif »!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Voilà les résultats du Gouvernement en matière de condition pénitentiaire!

Vous donnez des leçons de morale, mais quel est votre bilan en matière pénitentiaire?

M. Christian Cambon. Zéro!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Ils ne sont pas très probants!

M. Yannick Bodin. Et les vôtres?

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. La surpopulation carcérale a toujours existé. Vous dites que ce n'était pas le cas sous le gouvernement Jospin, mais c'est faux!

Mme Alima Boumediene-Thiery. Elle n'a jamais été aussi importante que maintenant!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Peut-être, il est vrai, sévissait-elle moins à l'époque, mais, sous ce même gouvernement, la délinquance avait quant à elle explosé! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. –Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Charles Revet. Et voilà la vérité!

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est un tissu de contre-vérités!

M. Jean-Pierre Godefroy. Vous vouliez supprimer l'incarcération individuelle!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. En ce qui nous concerne, nous ne sommes pas favorables à l'impunité et à l'insécurité. Nous voulons que les délinquants soient interpellés,...

M. Yannick Bodin. Plus de 500 000 gardes à vue!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. ... que les récidivistes soient condamnés et que les condamnations prononcées soient réellement exécutées. (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'exclame.*)

Nous voulons renforcer la sécurité et lutter contre la récidive, ce qui n'est pas votre cas. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Yannick Bodin. C'est un échec!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. Bref, nous avons amélioré les conditions d'existence en milieu pénitentiaire par la construction de places de prison – plus de 9 000 en deux ans – et l'augmentation de plus de 50 % des aménagements de peine en moins de deux ans et demi.

S'agissant des règles pénitentiaires européennes, il n'y a pas de moratoire! (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Faux!

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. La demande que vous évoquez émane des syndicats, qui souhaitent que l'on procède à une évaluation, de façon à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour une généralisation des règles pénitentiaires européennes. Il ne s'agit pas d'une initiative du Gouvernement.

Je sais que le bilan que nous affichons vous dérange. Nous n'en continuons pas moins à agir. Vous pouvez, quant à vous, continuer à polémiquer. Les Français savent à quoi s'en tenir! (*Vifs applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Jean-Pierre Fourcade. Bravo!

M. Charles Revet. Très bien!

COMMERCIALISATION DE LA BOISSON RED BULL

M. le président. La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux.

Mme Sylvie Desmarescaux. Ma question, qui s'adresse à Mme la ministre de la santé et des sports, concerne la boisson appelée Red Bull, autorisée en France depuis le mois de juillet 2008 dans sa version originale.

Cette autorisation a été accordée pour des raisons d'harmonisation européenne. Or, chacun le sait, le Red Bull fait partie des boissons énergisantes stimulant le système nerveux en raison des substances qui le composent, en particulier la taurine et la caféine à fortes concentrations.

Il est difficile pour le corps humain de gérer l'absorption de caféine et de sucre à forte dose. Les risques d'overdose ne sont pas exclus; les effets en termes de dépendance physique et psychologique, ainsi que les conséquences cardio-vasculaires, sont réels. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

À la suite des conclusions de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, l'AFSSA, la commercialisation du Red Bull a été longtemps interdite dans notre pays.

L'application du principe de précaution découlait de l'existence d'incertitudes scientifiques concernant les risques liés à l'ingestion de cette boisson.

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

Mme Sylvie Desmarescaux. Sauf erreur de ma part, ces incertitudes ne sont toujours pas levées, et les effets à long terme du Red Bull ne sont toujours pas connus.

De plus, il n'est pas rare que les jeunes mélangent le Red Bull avec de l'alcool, plus particulièrement avec de la vodka. C'est un mélange détonnant, dont les effets stimulants donnent aux adeptes de soirées qui en consomment de l'énergie pour tenir jusqu'au bout de la nuit.

M. Yannick Bodin. On en sert au Fouquet's? (*Sourires sur les travées du groupe socialiste.*)

Mme Sylvie Desmarescaux. Personne n'ignore, madame le ministre, vos positions dans la lutte contre l'alcoolisme, tout particulièrement vis-à-vis des jeunes.

Dans le cadre de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, vous avez rappelé, lors de votre intervention dans la discussion générale, qu'il est de la responsabilité des pouvoirs publics de « protéger les plus vulnérables, singulièrement les personnes malades et les jeunes. »

M. Simon Sutour. Pour ça aussi, il faudrait signer une convention avec le Saint-Siège!

Mme Sylvie Desmarescaux. Aussi, madame le ministre, je vous saurais gré de me faire connaître les raisons qui ont poussé le Gouvernement à autoriser la commercialisation de cette boisson.

M. Yannick Bodin. Vous l'avez dit vous-même, c'est l'Europe! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste.*)

Mme Sylvie Desmarescaux. Pourriez-vous me préciser également les dispositions prises pour mieux appréhender les conséquences de cette boisson sur la santé? (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Madame la sénatrice, la boisson d'origine autrichienne dont vous avez cité le nom ne contient pas d'alcool et n'est donc pas concernée par les mesures de santé publique que je présente dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Il s'agit d'un mélange assez détonnant de caféine, de taurine, de glucuronolactone, de vitamines et d'inositols.

M. Charles Revet. Oh! là là! (*Sourires.*)

Mme Raymonde Le Texier. Ça donne envie...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce mélange est commercialisé dans vingt-trois pays européens et dans plus de cent quarante pays dans le monde. Il fallait donc, pour que je puisse l'interdire, que je fournisse la preuve de sa dangerosité.

J'ai mandaté l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments pour une étude approfondie. Celle-ci n'a pas donné d'éléments suffisamment probants pour que je puisse procéder à l'interdiction. J'ai donc donné l'autorisation, mais en l'assortissant d'un certain nombre de mesures de précaution.

J'ai, en particulier, demandé à l'Institut de veille sanitaire une étude destinée à répertorier de façon précise les événements indésirables liés à la consommation de cette boisson.

Les premiers éléments de cette étude me sont parvenus. Ils n'ont pas révélé de cas suffisamment graves et, en tout cas, les cas graves étaient fortement corrélés à la consommation de caféine et d'alcool. Mais on peut aussi penser que l'absence de cas graves tient précisément au fait que j'ai assorti l'autorisation de mesures de précaution.

C'est ainsi que j'ai organisé une campagne d'information à destination des jeunes dans les discothèques, et diffusé une plaquette rappelant certaines règles, comme le fait que la consommation de cette boisson est réservée aux adultes et qu'elle est déconseillée chez les femmes enceintes et les sportifs.

J'ai aussi, avec mon collègue Xavier Darcos, fait paraître une circulaire, le 11 juillet 2008, interdisant la consommation de cette boisson dans les établissements d'éducation.

Nous suivons donc ce dossier avec beaucoup d'attention. L'AFSSA va être mandatée pour poursuivre cette œuvre de vigilance grâce à un amendement de votre collègue André Trillard à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ainsi, la vigilance sera totale. Je souhaite en effet que nous ne relâchions pas l'attention toute particulière portée à ces boissons énergisantes, que je considère comme particulièrement dangereuses. *(Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.)*

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions d'actualité au Gouvernement.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à seize heures, est reprise à seize heures quinze.)

M. le président. La séance est reprise.

4

RÉFORME DE L'HÔPITAL

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI
DÉCLARÉ D'URGENCE

(Texte de la commission)

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

Nous poursuivons l'examen des amendements déposés à l'article 2.

Article 2 (suite)

M. le président. L'amendement n° 656, présenté par M. Dériot, est ainsi libellé :

Après le V^{ter} de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

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

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

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

La parole est à M. Gérard Dériot.

M. Gérard Dériot. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, cet amendement tend à organiser des visites de conformité des représentants de l'agence régionale de santé après la mise en service des équipements autorisés, alors qu'elles constituent aujourd'hui un préalable à cette mise en service.

En effet, la visite préalable ne peut contrôler qu'une installation au repos, vide de patients, et des procédures se trouvant seulement à l'état de documents écrits. En revanche, une visite postérieure se fonde sur l'installation en situation de marche, en présence de patients et de tous les personnels requis.

Cette disposition réduit ainsi les délais de mise en service des installations autorisées, tout en offrant plus de sécurité et de garanties quant à leur fonctionnement.

L'amendement prévoit que la visite de conformité doit intervenir dans un délai de six mois après la mise en service de l'installation.

Par ailleurs, les dispositions actuelles n'instituent cette vérification que lors des autorisations initiales d'ouverture. L'amendement tend donc à rendre possible une vérification lors de changements apportés par l'établissement dans le fonctionnement de l'activité ou de l'équipement autorisés, telle une restructuration de service.

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

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de nature réglementaire.

M. Gérard Dériot. Ah !

M. Alain Milon, rapporteur. Il vise d'ailleurs à remplacer une disposition tendant au renvoi à un décret.

Pour ce motif, la commission émet un avis défavorable, tout en soulignant que, sur le fond, elle est très favorable aux mesures de vérification du maintien de la conformité de l'installation proposées.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Je suis rarement en désaccord avec le rapporteur, ...

M. François Autain. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... mais, en l'occurrence, ...

M. François Autain. C'est l'exception qui confirme la règle !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... la proposition de M. Dériot me paraît constituer une amélioration très positive d'une procédure administrative.

Aujourd'hui, en effet, les visites de conformité sont organisées avant que l'installation ne commence à accueillir des patients, aboutissant au paradoxe que vous soulignez, monsieur le sénateur, mais surtout à des difficultés pour en apprécier la qualité et le bon fonctionnement.

La disposition présentée par l'amendement n° 656 permettrait à l'autorité sanitaire de constater la réalité de la mise en œuvre de l'autorisation dans les conditions réelles de fonctionnement et non dans un bloc ou une installation vide.

Cette garantie complète, sous l'angle de la dispensation des soins, les vérifications et contrôles techniques qui demeurent évidemment préalables à toute ouverture ou mise en service : sécurité des bâtiments, incendie, sécurité radiologique contrôlée par l'autorité de sûreté nucléaire.

Je précise que la visite de conformité ne préjuge pas les responsabilités respectives du titulaire de l'autorisation et de l'agence régionale de santé.

En outre, à l'heure de la mise en place de ces agences, l'optimisation de la qualité des procédures qu'elles sont appelées à instaurer, donc de leur efficacité, est un enjeu essentiel.

Telles sont les raisons pour lesquelles le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Monsieur le président, m'étant déjà mis mon ami Gérard Dériot à dos avec mon avis défavorable, je ne vais pas faire de même avec Mme la ministre ! Je me range donc à son avis.

M. Charles Revet. Bravo !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 656.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 188 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Rozier et Henneron et MM. Cambon, César et Gournac, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Alain Gournac.

M. Alain Gournac. Cette disposition vise à mettre fin aux autorisations d'activités de soins délivrées à durée indéterminée.

En effet, des autorisations d'activités de soins, principalement en chirurgie cardiaque, ont été délivrées au début des années 1990 sans limitation de leur durée, sur le fondement de textes plus anciens, et n'ont jamais fait l'objet de renouvellement.

Il est important de remédier à cette situation qui entraîne une rupture d'égalité entre titulaires d'autorisation, et d'appliquer à tous les titulaires d'autorisation le principe de la durée de validité de cinq ans, ainsi que les obligations de renouvellement et d'évaluation régulière qui en découlent.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission avait décidé, dans un premier temps, de s'en remettre à la sagesse du Sénat, en attendant de recueillir des informations susceptibles de l'éclairer sur la situation visée par les auteurs de l'amendement.

Il semble en effet que, au bénéfice d'une faille de la législation, certaines autorisations n'aient pas vu de modification de leur régime en même temps que les autres.

Même s'il est toujours possible, fort heureusement, de supprimer une autorisation au cas où elle poserait un problème sérieux, il n'en est pas moins vrai que la situation actuelle crée une rupture d'égalité et va à l'encontre des obligations d'évaluation périodique que l'on a voulu imposer aux titulaires d'autorisation.

Dans ces conditions, la commission ne peut émettre qu'un avis favorable sur cet amendement.

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

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

M. Charles Revet. C'est bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet, au début des années quatre-vingt-dix, un certain nombre d'autorisations à durée indéterminée ont été données dans des spécialités extrêmement pointues, notamment dans le domaine de la chirurgie cardiaque.

Or il me paraît impératif de procéder à des évaluations régulières de la qualité des soins et de l'égalité de traitement des titulaires d'autorisation.

C'est pourquoi je me félicite de la pertinence de cet amendement et je partage pleinement l'avis favorable de la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 188 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1174, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

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

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

II. Compléter le VII par une phrase ainsi rédigée :

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

III. Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

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

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

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

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

IX. - Les dispositions du VIII entrent en vigueur à compter du 1^{er} mars 2010.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à améliorer les mesures d'encadrement et de financement des activités innovantes.

S'agissant des dispositifs médicaux, la rédaction actuelle de l'article afférent du code de la santé publique vise uniquement ceux qui peuvent présenter « des risques sérieux pour les patients ».

Or cette mention apparaît trop restrictive et n'est pas en cohérence avec l'abrogation parallèle du dernier alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale applicable à tous les dispositifs médicaux faisant appel à des soins pratiqués en établissement de santé. Il existe donc une distorsion entre le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale.

En conséquence, afin que la nouvelle mesure d'encadrement puisse s'appliquer à tous les dispositifs médicaux lorsqu'un besoin est identifié, l'amendement vise à modifier en ce sens le premier alinéa de l'article L. 1151-1.

Par ailleurs, dans ses dispositions annexes, cet amendement vise à maintenir en vigueur les mesures d'encadrement prises sous l'empire de la réglementation antérieure, afin d'assurer la continuité des prises en charge

Il tend également à créer une enveloppe dédiée à l'objectif de dépenses de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie, ou DMCO, afin de financer et de tracer, par un système d'information adapté, la prise en charge des produits, actes et prestations innovants et d'en préciser les conditions de mise en œuvre sous forme de forfaits de prestations facturables en fonction de l'activité réalisée.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je n'ai pas tout compris,...

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

M. François Autain. ... et comme je dois être le seul, je ne participerai pas au vote, me réservant la possibilité d'intervenir ultérieurement à l'occasion de l'examen d'un autre texte de loi.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Bien sûr ! Ou dans la rue !

M. François Autain. J'ai l'esprit assez lent et, contrairement à vous, j'ai du mal à intégrer tout cela ! De plus, cet amendement a été déposé tardivement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1174.

Mme Annie David. Le groupe CRC-SPG ne prend pas part au vote, comme M. Autain !

(L'amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin, pour explication de vote sur l'article 2.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Dans le droit fil des interventions de mes collègues sur l'article 2 consacré à la qualité et à la sécurité des soins dans les établissements de santé, je souhaite m'arrêter sur un cas concret qui me paraît représentatif des conséquences de la logique comptable imposée : il s'agit de la réorganisation des services de réanimation chirur-

gicale et médicale de l'hôpital Ambroise-Paré, à Boulogne, dans mon département des Hauts-de-Seine, hôpital public où j'ai passé une journée, à l'invitation des personnels.

Cet exemple est en effet un révélateur parfait des dangers de ce futur directeur tout-puissant et de l'assujettissement des devoirs médicaux aux règles budgétaires.

Un projet de regroupement des services de réanimation chirurgicale et médicale, auquel les personnels ont adhéré, est prévu d'ici à 2011, dans un nouveau bâtiment bien évidemment aux normes.

Or, dans le cadre de la politique dite de « réorganisation des gardes », le conseil exécutif de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, l'AP-HP, a décidé, en janvier dernier, la fusion de la garde de réanimation médicale et de la garde de réanimation chirurgicale de cet hôpital.

Faut-il rappeler les menaces en termes de dotation en personnel médical que fait peser la suppression d'une garde ?

C'est à partir de cette décision de fermeture de garde qu'a été imposé le « regroupement anticipé » de ces deux services dans les locaux actuels de la réanimation médicale, et ce avant même la réalisation de travaux de mise en conformité complète.

En effet, cette réorganisation anticipée devra se faire dans des locaux non conformes à la réglementation, notamment au décret de 2002 sur les règles d'exercice de la réanimation.

Les personnels de santé estiment donc de leur devoir de dénoncer cette décision d'ordre strictement financier, qui portera atteinte à la qualité et à la quantité de l'offre de soins. Le risque accru d'infections nosocomiales est en effet susceptible d'amputer des lits de réanimation du fait de l'isolement des malades sceptiques, ce qui aurait pour conséquence de réduire l'offre de soins, notamment chirurgicale.

Cette situation a conduit l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France à émettre, le 13 avril dernier, un avis défavorable à cette opération qui « va dans le sens d'une dégradation des conditions de prise en charge des patients, uniquement en chambres à deux lits, et des conditions d'hygiène hospitalière par l'impossibilité d'isoler les patients susceptibles d'être porteurs de bactéries multirésistantes aux antibiotiques ».

Malgré tout, la direction de l'hôpital maintient le cap et fait savoir dans un récent article du journal *le Parisien*, qu'elle « passera outre ».

Quid alors, dans ce dossier, madame la ministre, de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients que défendent les professionnels que j'ai rencontrés ?

Cette sécurité serait renforcée, prétendez-vous, grâce à la nouvelle « gouvernance » que vous mettez en place à l'hôpital ! Cette gouvernance consiste à privilégier la décision individuelle d'un directeur tout-puissant et à réduire le rôle des professionnels de santé à un simple avis.

Avec l'exemple que je viens d'évoquer, on voit clairement les dangers pour la qualité et la sécurité des soins !

C'est pourquoi mes collègues du groupe CRC-SPG et moi-même voterons contre cet article 2.

M. François Autain. Voilà !

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Je souhaite revenir sur les propos de Mme le ministre sur cet article 2 et dire à quel point la politique d'amélioration et de renforcement de la qualité des soins est importante, notamment au niveau des maladies nosocomiales.

Cet article, largement amélioré par les amendements adoptés sur l'initiative de notre collègue Gérard Dériot, est positif. Dans une autre vie, j'ai été en relation extrêmement étroite et continue avec des associations de malades victimes de ces maladies nosocomiales, notamment Le Lien, dont les actions sont multiples.

Nous sommes tous des malades en puissance. Chacun mesure, s'il a été hospitalisé une fois, l'état de dépendance qui résulte d'une hospitalisation et le caractère anxiogène de l'hôpital.

Les dispositions de l'article 2 sont extrêmement importantes pour la sécurité des soins dispensés aux malades. Il faudra probablement, à un moment ou à un autre, intégrer les associations et les victimes des maladies nosocomiales aux dispositifs de consultation.

Quoi qu'il en soit, c'est avec enthousiasme que je voterai cet article 2.

M. Jean Desessard. Quel optimisme !

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Nous ne pouvons, les uns et les autres, qu'approuver et partager l'objectif incombant à tous les établissements d'une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cependant, l'examen des différents articles a révélé au moins un point de divergence entre nous : je veux parler du rôle de la commission médicale d'établissement et de la partie centrale qu'elle peut jouer dans l'élaboration des différents dispositifs.

Notre collègue Alain Milon, à la page 71 du tome I de son excellent rapport, après avoir indiqué que la rédaction proposée va dans le sens d'une nécessaire simplification des instances de l'hôpital public, écrit ceci : « cette nouvelle rédaction a cependant aussi pour effet de minimiser le rôle – qui doit pourtant rester essentiel – de la CME dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ».

Nous regrettons, pour notre part, que l'examen des différents amendements n'ait pas permis de traduire cette idée dans les faits.

Mme Annie David. Tout est dit !

M. Yves Daudigny. C'est la raison pour laquelle nous ne pourrions voter cet article 2.

M. le président. Je mets aux voix l'article 2, modifié.

(L'article 2 est adopté.)

Article 3

(Texte modifié par la commission)

I. - L'intitulé du chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ».

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Le sixième alinéa est supprimé ;

3° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

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

4° Le huitième alinéa est supprimé ;

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

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

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Suppression maintenue par la commission

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

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

3° bis Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

« Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé et de l'autonomie. Ils fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre.

« Les contrats sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. À défaut de signature du contrat

ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de santé et de l'autonomie fixe les objectifs quantifiés et les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 et les obligations relatives aux missions de service public qu'elle assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière. » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

2° Le second alinéa est supprimé.

M. le président. La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

Mme Annie David. Cet article concerne les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, qui seront conclus demain entre l'agence régionale de santé et les établissements publics de santé, tout comme avec les établissements de santé privés commerciaux auxquels pourraient être confiées des missions de service public.

Si nous pouvons nous féliciter de l'existence de contrats pluriannuels – cela sous-tend en effet une certaine stabilité dans les missions et dans les financements qui leur sont affectés –, nous soulignons cependant combien ces contrats attestent de l'inefficacité du mode de financement imposé par la majorité : la tarification à l'activité, ou T2A.

En effet, si la T2A permettait un financement pérenne de toutes les missions de santé assumées par les hôpitaux, il n'y aurait nul besoin de contrats pour compenser la réalisation de telles missions.

C'est la démonstration que la onzième version de la tarification à l'activité, comme les précédentes, est conçue comme un élément de pression comptable et non comme un mode de financement destiné à assurer aux établissements qui en dépendent les moyens financiers suffisants pour assumer pleinement leurs missions.

Ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens permettront également au Gouvernement de mener à bien l'opération de privatisation du service public de la santé, et nous le regrettons.

En effet, les établissements privés commerciaux – les cliniques détenues par des banques ou des fonds de pensions, par exemple – recevront, au titre des missions de service public que le Gouvernement leur offre, un financement qu'il aurait mieux valu attribuer aux établissements publics de santé.

En somme, les CPOM constituent un nouvel outil de gestion sur les établissements publics de santé dans la mesure où ces contrats sont conclus entre l'ARS et l'hôpital – le directeur de l'ARS a d'ailleurs la possibilité de remercier le directeur de l'hôpital – sans que les représentants du corps médical des établissements de santé soient associés à cette décision.

Le projet médical est clairement limité par le projet d'établissement, lui-même corseté par le projet régional de santé et le CPOM. En fait, vous partez des moyens pour aller aux besoins. Vous subordonnez donc la demande de soins à l'offre.

Cet article ne fait d'ailleurs mention ni du projet médical d'établissement ni de la satisfaction des besoins de santé. Ce point fera l'objet d'un amendement de notre groupe : si les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens il doit y avoir, ceux-ci doivent non seulement être conformes au projet médical des établissements intéressés, mais aussi et surtout apporter les financements nécessaires à la réalisation des objectifs de santé.

Pour illustrer mes propos, je citerai M. Bernard Debré, député UMP, qui rappelle qu'il est « indispensable que la commission médicale d'établissement soit associée à l'élaboration de ce contrat pluriannuel. Il serait complètement illogique, invraisemblable, qu'elle en soit tenue à l'écart ». Autant vous dire que nous partageons cette critique.

M. François Autain. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

M. Bernard Cazeau. L'article 3, qui concerne les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, manie le bâton et la carotte.

Nous sommes bien sûr d'accord sur les orientations stratégiques, l'innovation et la qualité des soins.

Néanmoins, les objectifs quantifiés des activités des soins prêtent à réflexion, d'autant que l'objectif du texte est – il faut bien le dire – la productivité, dont la T2A est l'élément moteur.

Cet indice de productivité nous semble difficilement référentiel, et ce pour deux raisons : premièrement, la prévision en matière sanitaire n'est pas une science exacte ; deuxièmement, la quantification médicale s'avère être plus proche de l'astrologie que du respect des principes de solidarité.

En effet, la T2A, d'une part, et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, d'autre part, risquent de privilégier la sélectivité au niveau tant des malades que des pathologies. À la limite, vous encouragez des médecins hospitaliers à jongler avec les différentes tarifications.

À cet égard, l'état d'esprit des CPOM est schizoïde. Comment peut-on inscrire parmi les missions de service public l'obligation d'accueillir tous les patients et de leur assurer des soins de qualité, et dans le même temps fixer des objectifs quantifiés des activités de soins ? N'y a-t-il pas là une contradiction ? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Mireille Schurch, sur l'article.

Mme Mireille Schurch. Je ferai deux remarques sur la forme et une remarque sur le fond.

Tout d'abord, je me félicite de l'adoption à l'Assemblée nationale des amendements déposés par la gauche dans son ensemble, amendements qui tendent à réintégrer dans les CPOM la question des soins palliatifs que vous aviez exclue, madame la ministre, en contradiction avec les engagements officiels du Président de la République lui-même.

Cela prouve – et c'est ma seconde critique portant sur la forme – que nos travaux, les projets de loi, gagnent à être débattus. C'est pourquoi je tiens à renouveler l'opposition de mon groupe au recours systématique à la déclaration d'urgence ou à la procédure accélérée pour les textes soumis à notre examen.

Quant à ma critique sur le fond, elle rejoint celle qui a été formulée précédemment sur le caractère comptable des CPOM, lesquels traduisent une approche technocratique et financière là où, de toute évidence, il aurait fallu reconnaître la satisfaction des besoins de santé de la population des territoires concernés.

Comment imaginer un instant que ces contrats aient une autre finalité que celle que nous dénonçons ? Ne prévoient-ils pas explicitement des sanctions financières à l'encontre des établissements publics de santé s'ils ne satisfont pas aux exigences imposées par les directeurs d'agence régionale de santé en termes de retour à l'équilibre ?

Là encore, c'est la logique comptable qui s'impose. Soit les établissements publics de santé dont on sait qu'ils sont en grande difficulté financière prennent les mesures nécessaires pour réduire leur déficit, soit ils ne le font pas, et le directeur de l'agence pourra seul décider de rompre le CPOM qui le lie avec l'établissement concerné et interrompre les financements qui y sont liés.

Là encore, la logique est presque absurde. Les hôpitaux vont mal, ils sont en déficit, ils ne parviennent pas à retrouver l'équilibre. La solution, pour le Gouvernement, est de leur retirer les moyens prévus dans les CPOM. On voudrait achever les hôpitaux publics que l'on ne s'y prendrait pas autrement !

Par ailleurs, je regrette que les CPOM n'intègrent pas un volet social. De toute évidence, ce sont les salariés des établissements publics de santé qui auront à subir en premier, peut-être très lourdement, les conséquences de cette logique comptable.

Comment croire un seul instant que les directeurs des établissements publics de santé, qui peuvent être démis par le directeur de l'ARS pour la non-observance des règles, notamment en ce qui concerne le retour à l'équilibre, décideront de maintenir, de former ou d'embaucher du personnel supplémentaire lorsque l'on sait que le personnel représente 70 % de la dépense hospitalière publique ? Naturellement, ils ne le feront pas, et les personnels concernés continueront à subir les heures supplémentaires à la chaîne, le stress professionnel et la compression des salaires.

Les personnels des établissements publics de santé seront donc les victimes de cette politique de rigueur appliquée à l'hôpital, politique dont on sait déjà qu'elle se traduira, dans les faits, par près de 20 000 suppressions de poste.

M. François Autain. Eh oui !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai déjà largement répondu aux intervenants qui se sont exprimés sur un certain nombre de points généraux, comme la tarification à l'activité. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

Je veux simplement dire à Mme Schurch que son allusion à une prétendue exclusion des soins palliatifs me paraît assez médiocre. Si l'on reprend le débat tel qu'il s'est déroulé, force est de reconnaître que j'ai simplement souligné le fait qu'une énumération faisait courir le risque d'exclure des priorités tout aussi importantes.

Les soins palliatifs sont l'une des trois priorités fixées par le Président de la République, avec le cancer et la maladie d'Alzheimer. Nous y consacrons des moyens extrêmement importants et nous nous sommes fixés pour objectif de doubler le nombre de places en soins palliatifs d'ici à 2012. Le calendrier de cette ambition est parfaitement réalisé. Il y a les actes, et c'est ce qui compte pour déterminer une priorité.

Revenons-en à l'article 3, relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Monsieur le président, les quelques mots que je vais dire vaudront également pour l'article 26.

Ce type de contrat est un outil extrêmement important du projet de loi. Les agences régionales de santé signent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, que certains appellent les CPOM, avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisations d'activités ou d'équipements lourds et les établissements et services médico-sociaux.

Le projet de loi y ajoute les structures de soins coordonnées en ambulatoire, comme les maisons de santé, les centres de santé et les réseaux de santé, dès lors qu'elles bénéficient de fonds publics. C'est parfaitement légitime, et cela devrait constituer un point de consensus dans cet hémicycle !

Pour cette raison, les contrats sont mentionnés à l'article 3, au titre des établissements de santé, et à l'article 26, concernant les relations de l'ensemble des offreurs de services de santé avec l'ARS.

En premier lieu, les contrats sont un outil de mise en œuvre opérationnelle des schémas régionaux d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale. En fait, le dispositif existant est repris quasiment à l'identique, à deux exceptions près : d'une part, le contrat devient le support de l'attribution des missions de service public, évoquées à l'article 2 ; d'autre part, les éventuelles pénalités prévues en cas de non-respect des engagements contractuels, initialement décrites dans la partie réglementaire du code, relèvent désormais de la loi.

Par ailleurs, certaines dispositions législatives ont été transférées dans le champ réglementaire. Le projet de loi en tire les conséquences en les retirant de la partie législative du code de la santé publique. Les textes d'application à venir allégeront et rendront plus opérationnel le contenu des contrats.

En second lieu – et j'anticipe sur l'article 26 –, l'approche contractuelle est généralisée. Des contrats « allégés », pour tenir compte de la taille et de la mission des structures concernées, peuvent également être passés avec les maisons de santé, les centres de santé, les réseaux de santé. La conclusion de ces contrats sera obligatoire en cas de subvention de l'ARS, de l'État ou des collectivités territoriales, de façon à garantir la cohérence et la lisibilité des politiques publiques.

Pour les établissements de santé, comme pour les structures de soins coordonnées en ambulatoire, les contrats doivent être des outils négociés et opérationnels. Ils permettent l'ouverture d'un dialogue entre l'ARS et les professionnels de santé, auxquels peuvent être associées, en fonction des thèmes, des collectivités territoriales – beaucoup d'entre vous y sont très sensibles – ou d'autres parties aux contrats, telles les universités, s'agissant de l'enseignement ou de recherche, car les centres hospitalo-universitaires ne détiennent pas de monopole en ce domaine.

Enfin, le projet de loi complète le dispositif en prévoyant que l'ARS peut proposer aux professionnels de santé, à titre individuel ou collectif, aux établissements de santé, aux établissements et services médico-sociaux, aux réseaux de santé et autres entités déjà mentionnées, d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé, élaboré soit sur la base d'un contrat-type national, soit, en son absence, sur la base d'objectifs régionaux.

Cet article 3 revêt donc une importance particulière.

M. le président. L'amendement n° 544, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Cet article 3 contribue activement à ce que d'aucuns ont appelé la « cépomisation » du système de santé, c'est-à-dire sa soumission à la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ou CPOM.

Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé et, éventuellement, des groupements de coopération sanitaire, décrivent les transformations nécessaires à opérer dans les établissements, ainsi que d'autres dispositions, telles que la participation des établissements de santé à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation.

Cet amendement tend donc à apporter une précision importante quant à la signature de ces contrats. En effet, s'il est logique que les établissements publics de santé puissent être automatiquement invités à signer un CPOM, en raison de leur participation légitime au service public de santé, il est nécessaire de préciser que l'agence ne peut conclure de tels contrats avec les établissements de santé commerciaux que dans l'hypothèse où ces derniers se voient confier une ou plusieurs missions de service public.

En effet, sans ces missions, autant dire que les CPOM, qui peuvent prévoir des modalités de financement de la part des ARS, n'ont pas de sens, à moins de considérer comme normal que l'agence régionale de santé ait recours à des fonds publics pour financer des établissements de santé privés commerciaux qui ne seraient pas chargés d'une ou plusieurs missions de service public.

Cet amendement nous paraît donc apporter une précision utile.

M. François Autain. Très bien !

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission est en total désaccord avec les auteurs de cet amendement, car elle estime que la contractualisation constitue un excellent moyen pour inciter à l'adaptation de l'offre de soins et à l'amélioration de la sécurité et de la qualité, ainsi que pour assurer une évaluation périodique des établissements. La contractualisation trouve même un intérêt accru, en permettant la définition des conditions dans lesquelles seront assurées les missions de service public.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Même avis défavorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 544.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 396, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

le contrat est

insérer les mots :

soumis à délibération du conseil de surveillance et

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens joueront, demain sans doute plus qu'aujourd'hui, un rôle très important dans l'organisation des établissements de santé – sur ce point, nous sommes d'accord avec M. le rapporteur –, puisqu'ils définiront, notamment dans les établissements de santé privés, les missions de services à assurer, ainsi que leurs conditions d'exécution.

Je ne donnerai pas lecture de la liste des sujets pouvant être abordés dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, mais ceux qui connaissent le fonctionnement des hôpitaux, notamment la sixième partie du code de la santé publique, en particulier le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} relatif aux contrats pluriannuels, comprennent quelles transformations dans le fonctionnement de ces établissements ceux-ci entraîneront. En effet, l'article L. 6114-3 du code de la santé publique prévoit expressément que « ces contrats précisent également les transformations relatives à leur organisation et leur gestion ». Ils seront d'autant plus importants que le manquement aux engagements qui y figurent fera l'objet d'une sanction financière représentant 5 % au plus des produits reçus par les établissements de santé.

Dans le contexte actuel de contrôle des agences régionales de santé sur les hôpitaux, nous craignons que ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne se révèlent être, en fait, des outils de contraintes plutôt que des outils de travail en commun.

C'est pourquoi, fidèles à notre volonté d'introduire plus de démocratie dans ce projet de loi – nous avons bien compris que cette volonté n'est pas partagée par le Gouvernement ni, bien entendu, par la commission –, nous proposons que ces

CPOM ne puissent entrer en vigueur du seul fait de leur approbation par le directeur de l'hôpital. En effet, ce dernier sera très fragilisé pour négocier avec l'agence régionale de santé, puisqu'une part de sa rémunération sera demain variable et définie par le directeur général de l'ARS.

M. Jean Desessard. C'est incroyable !

Mme Annie David. Et je ne parle pas de la possibilité offerte au directeur de l'agence de placer autoritairement le directeur de l'hôpital en recherche d'affectation, en invoquant la situation financière de l'établissement qu'il dirige !

C'est pourquoi nous considérons que, si négociation il doit y avoir – et celle-ci s'impose, puisque la notion de contrat implique la rencontre de deux volontés –, il est important de prévoir des garanties d'indépendance, afin d'assurer un véritable équilibre entre les parties.

Dans ces conditions, afin de permettre aux directeurs des établissements publics de santé de s'extraire de ce rapport de subordination et, par conséquent, de défendre au mieux les intérêts des établissements de santé qu'ils dirigent, nous proposons de sortir d'une logique verticalisée à l'extrême, en soumettant ces CPOM, signés pour une durée de cinq ans, au conseil de surveillance de chacun des établissements concernés.

Tel est le sens de notre proposition, qui, j'en suis persuadée, ne manquera pas de recevoir le soutien de toutes celles et tous ceux qui ont à cœur de défendre les notions d'équité et de démocratie dans les établissements publics de santé.

M. François Autain. Bravo !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Le conseil de surveillance n'est pas une instance de représentation démocratique !

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

M. Alain Milon, *rapporteur.* Avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Avis défavorable également.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 396.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 397, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le 2° du II de cet article.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. L'article 3 du présent projet de loi apporte d'importantes modifications aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Ces modifications manquent parfois d'ambition ou de cohérence et nuisent à la conception que nous nous faisons de la démocratie sanitaire.

En effet, avec le 2° de cet article, que notre amendement tend à supprimer, vous supprimez vous-même le sixième alinéa de l'article L.6114-1 du code de la santé publique qui dispose : « La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé ».

Si le projet de loi restait en l'état, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, signés entre les établissements de santé et les ARS pour une durée de cinq ans, pourraient comporter la mention d'un certain nombre d'objectifs et de contreparties que je ne détaillerai pas, sans aucune précision concernant leur échéance. En revanche, les agences régionales de santé pourraient décider arbitrairement de la résiliation de ces contrats en cas de manquements graves à ces obligations. Ces manquements pourraient, par exemple, se caractériser par le refus ou l'impossibilité du directeur de l'hôpital de procéder aux suppressions d'emploi qu'exige de lui le directeur de l'ARS. Chacun appréciera ici l'importance des pouvoirs attribués à ce dernier !

Si vous repoussiez notre amendement, mes chers collègues, vous supprimeriez la seule disposition faisant obstacle au pouvoir du tout-puissant directeur de l'ARS, à savoir l'obligation pour ce dernier de motiver le refus de renouvellement des CPOM.

Certes, en matière de démocratie, le texte du projet de loi a évolué sur quelques points concernant la gouvernance. Il est vrai que, sous la pression des manifestants,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Ils étaient peu nombreux, aujourd'hui !

Mme Isabelle Pasquet. ... vous avez consenti, madame la ministre, à associer le président de la commission médicale d'établissement aux décisions prises par le directeur de l'hôpital. Mais, en réalité, rien n'a changé dans la vraie gouvernance des hôpitaux, puisque le pouvoir des ARS n'a pas été réduit. J'en veux pour preuve la suppression de la disposition prévoyant l'obligation, pour les « superpréfets » sanitaires, de justifier les raisons de leur refus.

Mes chers collègues, si j'ai bien entendu vos interventions générales, vous voulez renforcer la démocratie sanitaire : faites-le donc en adoptant notre amendement !

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

M. Alain Milon, *rapporteur.* Les auteurs de cet amendement entendent s'opposer à la suppression du sixième alinéa de l'article L.6114-1 du code de la santé publique, qui concerne le renouvellement des autorisations accordées aux établissements de santé.

La commission observe que le contenu de cet alinéa est de nature réglementaire. Elle émet donc un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Le Gouvernement émet un avis défavorable, puisqu'il s'agit du déclassement de certaines dispositions législatives, évoqué dans mon propos introductif sur cet article.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 397.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 543, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cet amendement tend au maintien dans sa rédaction actuelle du huitième alinéa de l'article L.6114-1 du code de la santé publique, qui dispose : « les contrats fixent les éléments nécessaires à leur mise en œuvre, le calendrier d'exécution et mentionnent les indicateurs de suivi et de

résultats nécessaires à leur évaluation périodique. Le titulaire de l'autorisation adresse à l'agence régionale un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final ».

Pour nous, ces précisions sont importantes, car le CPOM nous semble devoir être le plus complet possible afin de donner ainsi aux directeurs des établissements de santé la possibilité de s'appuyer sur lui pour ne pas céder aux pressions du directeur de l'ARS.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai expliqué que ces dispositions étaient non pas supprimées, mais reportées dans la partie réglementaire du code de la santé publique. J'é mets donc, au nom du Gouvernement, un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je voudrais simplement être certain que les dispositions visées par notre amendement continueront à être appliquées, en dépit de leur déclassement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Bien sûr !

M. François Autain. Dans ce cas, nous le retirons.

M. le président. L'amendement n° 543 est retiré.

L'amendement n° 317, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

notamment

La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. À la lumière des débats en cours, nous retirons cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 317 est retiré.

L'amendement n° 399, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Avec cet amendement, nous entendons nous opposer à la logique comptable consistant à préciser que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens fixent les engagements mis en œuvre par les établissements publics de santé pour retrouver l'équilibre financier.

Au final, c'est bien de cela qu'il s'agit : prendre toutes les mesures que le directeur général de l'agence régionale de santé jugera nécessaires pour ramener les établissements de santé à l'équilibre.

Il faut prendre toutes les mesures nécessaires... y compris celles qui mettent en jeu la qualité des soins et la sécurité des établissements puisque, je le rappelle, le directeur de l'agence régionale de santé pourra exiger des établissements qu'ils opèrent des suppressions massives d'emploi.

Madame la ministre, franchement, considérez-vous que le personnel hospitalier, médical et paramédical, est en surnombre dans nos hôpitaux ?

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

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Il suffit de visiter les hôpitaux de notre pays ...

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

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. ...pour constater combien le personnel y fait défaut. Je vous remets en mémoire, par exemple, le conflit engagé par le personnel infirmier pour le paiement des heures supplémentaires, qui nous a permis de vérifier combien le manque de personnel était prégnant.

Vous comprendrez donc, madame la ministre, que nous nous étonnions de ce que vous défendiez aujourd'hui un principe de suppression de postes, étant rappelé que les organisations syndicales ont évalué ces suppressions à plus de 20 000.

Si nous demandons la suppression de cette disposition, ce n'est pas parce que nous considérons que les établissements publics de santé n'ont pas besoin de financement supplémentaire. Bien au contraire, ce financement doit, selon nous, être pérenne, organisé nationalement, et il ne doit pas être la contrepartie d'un chantage consistant à gratifier les établissements publics de santé qui accepteraient de se saborder en partie.

Par ailleurs, nous estimons que la dotation qu'il est proposé de moduler est mal choisie puisque, au final, vous jouez encore avec les dotations perçues au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC.

Madame la ministre, cette dotation a une utilité spécifique. La manière dont vous entendez la moduler est symptomatique de votre conception et de votre volonté d'en finir avec le principe de solidarité de la santé. En effet, même si tous les fonds affectés aux MIGAC n'ont pas été utilisés, ils ne doivent pas servir à encourager une réorganisation dont le seul objectif est le retour à l'équilibre financier.

On peut examiner les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sous tous les angles. On en revient toujours à ce qui constitue leur raison d'être : la gestion comptable de l'hôpital !

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission ne partage pas l'interprétation du texte qui est donnée par les auteurs de l'amendement. Elle estime que, quelle que soit l'origine d'un déficit, il est souhaitable de chercher à revenir à l'équilibre financier. On relèvera par ailleurs que la disposition contestée s'applique à tous les titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

Je rappelle – je l'ai déjà indiqué hier, en réponse aux orateurs – que 60 % de nos hôpitaux publics présentent un budget à l'équilibre ou excédentaire, et que l'essentiel des déficits se concentre sur quelques établissements. C'est la vérité ! Même au niveau des centres hospitaliers universitaires, on peut constater que vingt et un établissements sur les trente et un existants sont à l'équilibre ou affichent des déficits de l'épaisseur du trait, représentant moins de 1 % des produits. Le déficit n'est donc pas une fatalité à l'hôpital public !

M. Alain Gournac. Absolument !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il ne faut pas se lasser de le répéter !

Le retour à l'équilibre est un impératif, car le déséquilibre financier représente aussi une menace pour les hôpitaux publics.

Nous ne laissons pas ces structures mener seules cette opération de restauration.

Nous les accompagnons d'abord sur un plan logistique. Ainsi, je vous le rappelle, j'ai créé l'Agence nationale d'appui à la performance.

Mais le soutien que nous apportons aux établissements publics dans leur démarche de retour à l'équilibre passe surtout par des enveloppes financières, parfois très substantielles. J'ai cité, par exemple, l'enveloppe que nous avons affectée à l'accompagnement des Hospices civils de Lyon : 20 millions d'euros l'an dernier et 25 millions d'euros cette année. Ce n'est pas rien ! C'est une aide extrêmement importante ! J'ai indiqué à Gérard Collomb que, pour chaque euro d'effort réalisé de son côté, l'État ferait un euro d'effort pour l'accompagner dans son action.

Nous assurons donc un accompagnement logistique et financier.

En situation de retour à l'équilibre, il s'agit non pas de jeter l'opprobre sur le gestionnaire, mais plutôt de définir et de négocier les modalités d'accompagnement, qui transiteront par l'agence régionale de santé, sur la base d'un diagnostic financier partagé. La « soutenabilité » des déficits en dépend.

Bien entendu, nous ne réduisons pas les financements des hôpitaux. Alors que l'inflation est nulle cette année et que nous sommes en récession économique, notre objectif de dépenses d'assurance maladie pour l'hôpital augmente de 3,1 %, ce qui représente plus de 2 milliards d'euros d'argent frais à destination de nos hôpitaux.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je crois, madame la ministre, que c'est l'interprétation du déficit qui nous sépare.

Si l'hôpital était une entreprise comme une autre,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est pas une entreprise, sinon je ne lui donnerais pas autant d'argent !

M. François Autain. ... on pourrait effectivement trouver cette situation anormale, considérant qu'il y a, pour cette entreprise enregistrant des déficits, une production de soins, d'un côté, et des personnes qui consomment ces soins, de l'autre côté. Or soit le prix du soin n'est pas fixé à la bonne hauteur, soit les missions attribuées à l'hôpital sont insuffisamment financées.

Pour nous, le déficit de l'hôpital public est lié au fait que le Gouvernement lui confie des missions qu'il ne peut pas remplir, compte tenu des ressources qui lui sont fournies.

Il y a là quelque chose qui nous sépare, madame la ministre : je ne pense pas que vous puissiez demander à un hôpital de retrouver un équilibre financier si, dans le même temps, vous lui demandez d'atteindre les mêmes objectifs sans lui donner les moyens financiers pour le faire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais on l'aide !

M. François Autain. La démarche que nous menons au travers des amendements que nous déposons, amendements qui semblent rencontrer de votre part un refus systématique, procède donc d'une conception tout à fait différente du service public et de son mode de financement.

M. Alain Gournac. Ah oui !

M. François Autain. Je crois que nous aurons beaucoup de difficultés à réduire cette divergence.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 399.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 315, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. Dans le texte qui nous est proposé, il n'est fait aucune obligation à l'agence régionale de santé de motiver sa décision en cas de refus de renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Cette disposition ne nous semble ni très moderne ni très pédagogique.

Cet amendement vise donc à introduire une disposition contraignant l'agence régionale de santé à motiver sa décision.

M. Jean Desessard. Très bien !

M. le président. L'amendement n° 597 rectifié, présenté par MM. Barbier et Charasse, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

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

La décision doit être motivée et prévoir une procédure contradictoire. Le cas échéant, l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation peut saisir l'inspection générale de la santé.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement va un peu dans le même sens que le précédent.

La résiliation du contrat par l'agence régionale de santé, en cas de manquement grave, risque d'avoir des conséquences très lourdes sur le fonctionnement de l'établissement concerné. Par conséquent, on ne peut se fier uniquement à une décision quelque peu arbitraire de l'ARS.

Je propose donc de prévoir, outre la motivation de la décision, une procédure contradictoire et, éventuellement, une possibilité d'arbitrage au travers, par exemple, d'un appel auprès de l'inspection générale de la santé.

On ne peut pas admettre qu'une décision autoritaire soit prise comme cela, sans aucune explication. Des conflits de personnes, qui seront difficiles à trancher, risquent ainsi d'apparaître.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 315, je voudrais rappeler que la décision de résiliation ou de refus de renouvellement des contrats devra de toute façon être motivée, en application de la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public. Cette décision pourra également faire l'objet d'un recours.

Par conséquent, j'invite au retrait de cet amendement ; s'il n'en allait pas ainsi, j'émettrais alors un avis défavorable.

Il en va de même pour la première partie de l'amendement n° 597 rectifié. En revanche, la commission a émis un avis favorable sur la disposition relative à la saisine de l'inspection générale de la santé.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La nécessité d'une motivation de la décision est absolue, mais cette obligation figure déjà aux articles R. 6114-11 et R. 6114-12 du code de la santé publique. Cette nécessaire motivation, que les auteurs des deux amendements appellent de leurs vœux, est donc satisfaite.

Par conséquent, j'invite au retrait de l'amendement n° 315.

Par ailleurs, monsieur Barbier, la seconde partie de votre amendement n° 597 rectifié pose problème : vous proposez un recours à l'inspection générale de la santé, alors qu'il n'existe aucun corps portant ce nom.

M. Alain Gournac. C'est lui qui l'a créé ! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Si votre intention était d'instaurer une voie de recours auprès de l'Inspection générale des affaires sociales, ce serait également impossible, cette dernière n'étant pas une juridiction.

Je vous invite donc à retirer cet amendement, dont la première partie est déjà satisfaite dans le code de la santé publique et dont la seconde partie n'a pas de fondement juridique.

Je veux néanmoins vous rassurer : toutes les décisions de l'agence régionale de l'hospitalisation et, demain, de l'agence régionale de santé peuvent et, par définition, sont susceptibles de faire l'objet d'un recours.

La première voie de recours, il ne faut pas l'oublier, est celle du recours gracieux auprès du ministre. La seconde est celle du recours contentieux devant le tribunal administratif. Ces deux procédures garantissent donc pleinement aux établissements qu'ils pourront faire valoir leurs droits.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Les propos de Mme le ministre sont très intéressants et figureront au procès-verbal. Cela permettra d'apporter des assurances quant à cette procédure, qui paraît un peu brutale et arbitraire. Les voies de recours étant conformes à ce qui peut exister, je retire l'amendement n° 597 rectifié.

M. le président. L'amendement n° 597 rectifié est retiré.

Monsieur Jeannerot, l'amendement n° 315 est-il maintenu ?

M. Claude Jeannerot. Même si nous avons bien noté que la motivation de la décision était implicitement prévue dans la loi,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pas implicitement, explicitement !

M. Claude Jeannerot. ... nous préférons, par souci de sécurité, que le Sénat se prononce sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 315.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 545, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer la seconde phrase du second alinéa du 4° du III de cet article.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Depuis le début de nos travaux, et avant même en commission, nous n'avons eu de cesse de dénoncer un projet de loi à la visée d'abord comptable, ensuite anti-démocratique et, au final, un peu médicale.

Pour prendre une image, nous pourrions – c'est votre objectif ! – regarder l'hôpital comme une entreprise, une entreprise qui fabriquerait des soins comme d'autres fabriquent des pneus. Cette entreprise serait dirigée par un PDG aux pouvoirs considérables, à peine gêné par un conseil de surveillance qui, lui, aurait des pouvoirs plus que limités et tirerait ses ordres d'un personnage plus puissant que lui, l'actionnaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Oh ! là là !

Mme Isabelle Pasquet. Cet actionnaire unique, madame la ministre, c'est votre gouvernement, et les directeurs des agences régionales de santé ne sont que vos représentants ! Leurs lettres de mission, dictées rue de Ségur ou à l'Élysée, ont toutes un même objectif : la réduction des coûts.

Naturellement, pour parvenir à vos fins, comme tout bon capitaine d'entreprise, vous instaurez une rémunération variable et vous jouez sur la masse salariale.

Mais comme cela n'y suffit plus, il vous faut trouver un autre levier. Ces leviers, mes chers collègues, s'appellent, dans les entreprises, « rentabilité » et « productivité » ; ils se nomment, dans ce projet de loi, « objectifs quantitatifs et qualitatifs ». Voilà la réalité !

Si l'on peut facilement mesurer ce qui relève des objectifs qualitatifs, on voit mal ce que pourraient être, dans les établissements publics de santé, les objectifs quantitatifs. De tels objectifs sont contraires à la notion même de service public, qui prévoit la prise en charge de tous les patients, sans distinction de revenus, de pathologies, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Voilà les obligations qui relèvent du service public.

Les objectifs quantitatifs n'ont pas de sens puisque cela reviendrait à refuser certains patients dès lors que l'établissement public de santé aurait atteint son quota d'accidentés de la route, de malades du cancer ou de personnes en vie. C'est à la fois intenable, irréaliste et contraire à tous nos principes républicains.

Naturellement, vous allez tenter de discréditer nos propos. Vous êtes, ce faisant, dans votre rôle.

Les objectifs quantitatifs que vous auriez dû retenir sont ceux qui auraient dû contraindre les établissements de santé privés commerciaux et les praticiens qui y exercent à réaliser un nombre minimal d'actes aux tarifs opposables.

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

M. Alain Milon. Il ne s'agit pas pour la commission de « restreindre [...] l'offre de soins » ni de « limiter dans certains secteurs le nombre d'actes coûteux pouvant être réalisés », comme cela est affirmé dans l'objet de cet amendement ; il s'agit surtout de s'assurer que l'établissement fonctionne dans des conditions garantissant la sécurité des patients et qu'il répond effectivement à un besoin.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il y a confusion sur ce que signifie « un objectif quantifié des activités de soins ».

Ces objectifs permettent de définir la nature de l'offre de soins que chaque établissement de santé peut proposer pour répondre au mieux aux besoins de la population. Ils sont établis à partir d'une analyse régionale de l'adéquation de l'offre aux besoins, telle qu'elle est définie dans le SROS.

Nous aurions tort de sous-estimer l'intérêt pour la collectivité de disposer d'un tel outil permettant de rendre plus pertinente la répartition de l'offre de soins, en adaptant cette dernière aux besoins de proximité et de qualité des soins pour nos concitoyens.

Les objectifs quantifiés étant définis, il est tout à fait normal qu'ils figurent dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le CPOM, lequel constitue en quelque sorte le cadre général dans lequel l'activité de l'établissement va s'inscrire.

Pour autant, les objectifs quantifiés n'enferment pas l'établissement. Je rappelle que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est révisable à tout moment ; et rien n'interdit, en fonction de l'évolution de l'activité et si les besoins de santé le justifient, de faire évoluer le niveau d'objectifs fixé avec l'agence régionale de santé.

Il va de soi aussi que les objectifs quantifiés, qui sont opérationnels depuis plusieurs années, n'ont jamais conduit personne à rationner les soins, et j'en appelle sur ce point au témoignage des acteurs de terrain ! Mais c'est un indicateur indispensable pour piloter le système.

Je tiens d'ailleurs à rappeler que notre pays bénéficie d'un système de santé qui, contrairement à bien d'autres, ignore les listes d'attente...

M. François Autain. Il commence à y en avoir !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... et que la réforme a précisément pour objectif de pérenniser l'organisation de soins fluide et performante qui est la nôtre aujourd'hui. Celle-ci s'est toujours très bien accommodée d'objectifs quantifiés, qui resteront un outil indispensable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 545.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 207 rectifié, présenté par Mmes Morin-Desailly et Férat, M. J.L. Dupont, Mme Dini, M. Détraigne, Mme Dumas, MM. Thiollière, Pozzo di Borgo et Merceron, Mmes Mélot et Payet et MM. Amoudry et Chauveau, est ainsi libellé :

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 6114-3 du code de la santé publique par les mots :

et culturel

La parole est à Mme Catherine Morin-Desailly.

Mme Catherine Morin-Desailly. Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, les ministères de la santé et de la culture ont développé un partenariat afin de faire entrer à l'hôpital la culture sous toutes ses formes.

Après des initiatives pionnières portées par Mme Veil et M. Toubon, une convention a été signée le 4 mai 1999 entre les deux ministères, qui définit un programme appelé « Culture à l'hôpital » et qui a posé les premiers jalons.

Le protocole du 10 janvier 2006 a renforcé cette dynamique, initiée par la convention de 1999.

À la fin de l'année 2008, ce programme s'est concrétisé par la signature de dix-neuf conventions entre les agences régionales de l'hospitalisation, les ARH, et les directions régionales des affaires culturelles, les DRAC, et la réalisation d'environ deux cent cinquante jumelages entre des établissements de santé et des équipements culturels situés dans toutes les régions.

L'ensemble des CHU et des plus grands établissements de santé ont ainsi recruté des médiateurs culturels qui ont pour mission de tisser des liens entre l'univers de l'hôpital et celui de la culture.

On peut le dire aujourd'hui, c'est une véritable réussite au service des patients, de leur mieux-être, mais aussi du personnel médical et des visiteurs.

La culture permet de tisser des relations nouvelles, différentes entre soignants et soignés, entre visiteurs et patients, entre soignants et visiteurs. Elle investit également un lieu et des espaces inquiétants, douloureux, porteurs d'appréhension, et constitue une fenêtre sur l'extérieur. Elle crée également des moments de partage, d'émotion, d'échange et d'évasion.

Qui n'a pas en tête le bénéfice qu'en retirent les enfants qui, par exemple, reçoivent en pédiatrie la visite de clowns ? Quel patient n'est pas touché de la visite de bénévoles venus apporter des livres ?

Des expériences extrêmement intéressantes sont réalisées en milieu hospitalier. Je pense, par exemple, dans ma ville, au formidable travail que mène le danseur et chorégraphe Sylvain Groud, de l'Opéra de Rouen, auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Des expériences similaires sont conduites avec des artistes de très haut niveau à Strasbourg, à Garches, à Toulouse, à Lille et dans bien d'autres villes encore.

Rendre accessible la culture, quelle que soit sa forme, au plus grand nombre, notamment au public empêché, est un objectif du ministère de la culture, et nombre de collectivités

s'inscrivent aujourd'hui dans cette dynamique partagée. En effet, si des patients ne peuvent aller à la culture, c'est certainement à elle de venir à eux, et nous devons encourager tout ce qui peut le permettre.

Aussi, au regard de ces considérations, il me semble que la politique culturelle hospitalière mérite aujourd'hui d'être encouragée; nous devons donc en faire figurer le principe dans la loi.

Tel est le sens de cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 208 rectifié, présenté par Mmes Morin-Desailly et Férat, M. J.L. Dupont, Mme Dini, M. Détraigne, Mme Dumas, MM. Thiollière, Pozzo di Borgo et Merceron, Mmes Mélot et Payet et MM. Amoudry et Chauveau, est ainsi libellé :

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 6114-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Ils peuvent également comporter des éléments de politique culturelle.

La parole est à Mme Catherine Morin-Desailly.

Mme Catherine Morin-Desailly. Cet amendement va dans le même sens que le précédent. On constate en effet que de nombreux établissements hospitaliers ont inscrit des éléments de politique culturelle dans leur contrat d'établissement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 207 rectifié, la commission considère que, compte tenu du nombre important de sujets à traiter dans les CPOM, il n'est pas nécessaire d'y ajouter la culture. Mais celle-ci pouvant effectivement constituer un élément positif pour les malades, comme le soulignent les auteurs de l'amendement, elle a décidé de s'en remettre à la sagesse de la Haute Assemblée.

Quant à l'amendement n° 208 rectifié, comme je l'ai indiqué pour l'amendement n° 207 rectifié, la commission est très consciente du rôle que peut jouer la culture à l'hôpital. Toutefois, le contenu des CPOM est déjà très dense; surtout, s'il peut y avoir une action en ce domaine, elle ne doit pas être soutenue par les mêmes financements.

La commission pense donc que l'action culturelle devrait être développée dans le cadre d'une coopération avec le ministère de la culture ou les collectivités territoriales, plutôt que dans celui des CPOM.

Elle émet par conséquent un avis défavorable sur l'amendement n° 208 rectifié, même si elle a parfaitement entendu le message porté par ses auteurs.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je tiens tout d'abord à remercier Mme Morin-Desailly de faire passer le souffle de la culture sur nos débats.

L'accès à la culture est très important pour les malades. C'est un élément majeur qui peut permettre à ces derniers de mieux appréhender leur parcours de soins et favoriser leur rétablissement en cas d'hospitalisation. J'en parle en connaissance de cause, étant moi-même responsable d'une association qui promeut la diffusion de la musique et du chant auprès de personnes malades.

J'émet donc un avis favorable sur l'amendement n° 207 rectifié.

En revanche, je souhaite le retrait de l'amendement n° 208 rectifié, compte tenu de son impact financier.

Chacun doit rester dans son rôle : s'il revient aux établissements de santé de financer les soins, c'est en revanche aux grands acteurs de la politique culturelle – le ministère de la culture, les collectivités territoriales qui développent des politiques culturelles, les théâtres, les associations culturelles... – de s'impliquer à cet égard.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour explication de vote sur l'amendement n° 207 rectifié.

Mme Colette Mélot. Je voudrais insister à mon tour sur l'importance de l'accès à la culture, que Mme la ministre vient excellemment d'évoquer et dont Mme Morin-Desailly nous a démontré l'importance.

En tant que vice-présidente de la commission des affaires culturelles, je tiens à dire qu'on ne peut pas laisser passer l'occasion d'inscrire la culture dans la loi. Même si ce n'est pas une obligation, cela peut être une option.

La culture est non pas un luxe, mais une nécessité. Elle rend possible la création de liens entre les membres de la société. Une activité culturelle permet à un malade qui se sent isolé, même si c'est de façon temporaire, de rompre son isolement. En participant à son mieux-être, elle favorise sa guérison.

Il faut donc voter cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Godefroy. Je voterai les deux amendements présentés par Mme Morin-Desailly.

Je suis ravi que vous ayez émis un avis favorable sur l'amendement n° 207 rectifié, madame la ministre. Les expériences qui sont menées en ce sens dans un certain nombre d'établissements de santé sont extrêmement importantes.

Au centre hospitalier de Cherbourg, nous menons des actions qui permettent aux malades de rester en contact avec l'extérieur. Nous avons ainsi délocalisé une bibliothèque et une médiathèque. Ce contact culturel est très important, surtout pour les enfants, qui sont parfois hospitalisés sur de longues périodes en pédiatrie.

C'est pourquoi il serait bon d'inscrire cette référence à la culture dans le texte que nous examinons.

Quant à l'amendement n° 208 rectifié, dont vous avez demandé le retrait, madame la ministre, il faut savoir que des difficultés se posent. Il ne serait pas inutile, même si l'on sait les problèmes que connaissent les hôpitaux pour boucler leur budget, que ces derniers puissent appuyer l'effort des collectivités territoriales, qui financent en totalité ces actions.

Ainsi, à Cherbourg, nous avons été confrontés à certaines difficultés parce qu'il était extrêmement compliqué de maintenir une bibliothèque dans un établissement hospitalier qui, lui, n'avait pas même les moyens de prêter des locaux.

Ces deux amendements me paraissent donc extrêmement importants et, pour ma part, je les voterai.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. L'hôpital d'Argentan porte le nom de Fernand Léger, qui est né dans cette ville. On peut y voir des mosaïques prêtées par le Musée d'art moderne, des reproductions de tableaux. Toute une symbolique inspirée de son œuvre se retrouve ainsi dans les couloirs, sur les blouses des

infirmières, etc. Quand on sait combien il est parfois difficile d'introduire un peu de gaïté dans les hôpitaux, le lien systématique avec Fernand Léger est un point extrêmement important.

En ce qui concerne le second amendement, je rappellerai que nous disposons maintenant d'un certain nombre de fonds de dotation. Pour supporter les coûts qu'induirait l'adoption de cet amendement, nous pourrions lancer un appel au mécénat!

M. le président. La parole est à Mme Catherine Morin-Desailly, pour explication de vote.

Mme Catherine Morin-Desailly. Madame la ministre, monsieur le rapporteur, je vous remercie d'avoir porté une attention particulière à ces amendements qui, vous l'avez compris, sont largement soutenus par l'ensemble de mes collègues.

À mes yeux, ces deux amendements allaient de concert, d'autant que j'avais veillé à ce que le second comporte le terme « peuvent », de façon que le dispositif soit progressif et que chacun se sente libre.

Je voudrais tout de même souligner que les coûts sont aujourd'hui partagés entre les ARH et les DRAC, à hauteur de 1,5 million d'euros chacune. Les collectivités territoriales investissent aussi énormément, tandis que la participation des CHU est le plus souvent assez modeste.

Madame la ministre, ces deux amendements méritent d'être maintenus d'autant que je ne propose que d'ouvrir une faculté. De l'inscription du principe d'une politique culturelle à l'hôpital, en découle forcément à terme, me semble-t-il, un contrat.

Il est important que nous posions un tel principe. La France qui est déjà en pointe dans ce domaine – cela a été souligné lors des secondes rencontres internationales de la culture à l'hôpital à Dublin en 2004 – montrerait ainsi l'exemple.

L'adoption de ces amendements constituerait en outre un signal fort lancé à l'ensemble des mécènes regroupés au sein du Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital, qui investissent chaque année 400 000 euros dans ces opérations culturelles.

M. le président. Ma chère collègue, je tiens à vous faire remarquer que vos deux amendements ne sont pas compatibles et ne peuvent être adoptés tous les deux. Par ailleurs, la rédaction de l'amendement n° 208 rectifié me semble moins lisible que celle de l'amendement n° 207 rectifié.

M. François Autain. Vous avez raison, monsieur le président!

M. le président. La parole est à Mme Catherine Morin-Desailly.

Mme Catherine Morin-Desailly. Le premier amendement est le plus important puisqu'il définit le principe d'une politique culturelle à l'hôpital, dont découleront les contrats d'établissement. Je retire donc l'amendement n° 208 rectifié, que j'avais déposé dans un souci de clarification.

M. le président. L'amendement n° 208 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 207 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Madame Morin-Desailly, je constate que votre amendement a recueilli une belle unanimité.

Je mets aux voix l'article 3, modifié.

(L'article 3 est adopté.)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, par respect pour la Haute Assemblée, et même si cela prend du temps, j'ai à cœur d'apporter certaines précisions en réponse à vos interpellations, même si elles ne sont pas directement liées au débat.

M. Jean Desessard. Vous ne m'avez pas répondu sur le centre de prévention de Twenké!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'essayerai de répondre à chacun de la façon la plus complète possible!

Je voudrais pour l'instant évoquer la situation de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt, qui s'explique ni par des difficultés financières ni par le pouvoir prétendument autocratique de son directeur, contrairement à ce qui a été dit. Un projet de fusion entre la réanimation chirurgicale et médicale a été élaboré et suscite une différence d'appréciation au sein de la communauté médicale. Il s'agit d'un débat tout à fait légitime entre deux chefs de service.

Actuellement, l'hôpital comprend huit lits de réanimation chirurgicale, huit lits de réanimation médicale et huit lits de surveillance continue, sur trois étages différents. On imagine évidemment les difficultés que cette situation pouvait entraîner. Le projet, qui augmente d'ailleurs les capacités hospitalières, lesquelles seront portées à douze lits de réanimation médico-chirurgicale et à quatorze lits de surveillance continue – cette restructuration va coûter 7,3 millions d'euros, ce n'est pas rien! –, va permettre de regrouper ces structures sur un seul niveau. Il n'en demeure pas moins qu'elle suscite, je le répète, une différence d'appréciation dans la communauté médicale.

Je souhaiterais donc, mesdames, messieurs les sénateurs, que l'on n'utilise pas des débats tout à fait légitimes pour stigmatiser le pouvoir prétendument autocratique du directeur ou le désengagement financier, puisqu'il ne s'agit ni de l'un ni de l'autre!

Articles additionnels après l'article 3 (réservés)

M. le président. L'examen des articles additionnels après l'article 3 a été réservé jusqu'après l'article 13 *quater*.

CHAPITRE II

STATUT ET GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Article 4

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé:

« *Art. L. 6141-1.* - Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est

national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie dans les autres cas.

« Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directeur. »

II. - L'article L. 6141-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est supprimé ;

2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.

III. - Après l'article L. 6141-2 du même code, il est inséré un article L. 6141-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6142-2-1.* - Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre :

« 1° Les produits de l'activité hospitalière et de la tarification sanitaire et sociale ;

« 2° Les subventions et autres concours financiers de l'État, des collectivités territoriales et de leurs groupements et de toute personne publique, les dotations et subventions des régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les revenus de biens meubles ou immeubles et les redevances de droits de propriété intellectuelle ;

« 4° La rémunération des services rendus ;

« 5° Les produits des aliénations ou immobilisations ;

« 6° Les emprunts et avances ;

« 7° Les libéralités, dons, legs et leurs revenus ;

« 8° Toutes autres recettes autorisées par les lois et règlements en vigueur. »

IV. - Après l'article L. 6141-7-2 du même code, il est inséré un article L. 6141-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6141-7-3.* - Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche mentionnées à l'article L. 6112-1.

« Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

« Les règles applicables aux fondations d'utilité publique, prévues notamment par la loi n° 87-751 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, s'appliquent aux fondations hospitalières sous réserve des dispositions du présent article.

« Un décret en Conseil d'État détermine les règles générales de fonctionnement des fondations hospitalières. Il précise en particulier les modalités d'exercice du contrôle de l'État et les conditions dans lesquelles la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation.

« Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé. »

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, le discours du Président de la République à Strasbourg...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous avez de bonnes lectures !

M. Guy Fischer. ... censé rassurer les professionnels hospitaliers, et vos propos, madame la ministre, qui l'ont suivi, m'ont quelque peu étonné, et ce n'est pas peu dire !

En effet, à vous entendre, il faudrait doter les établissements publics de santé d'un véritable directeur, ce qui revient à dire que les hôpitaux français ne sont actuellement pas gérés. Il s'agirait de navires sans capitaine ou d'hydres sans tête.

M. François Autain. Belle métaphore !

M. Guy Fischer. Les personnels de direction des établissements publics de santé apprécieront. Ils apprécient d'ailleurs tellement qu'ils sont aujourd'hui de plus en plus nombreux, parmi les membres des actuels conseils d'administration ou au sein des commissions médicales, à dénoncer ce projet de loi.

Madame la ministre, quand vous consentez toutefois à reconnaître l'existence et le rôle des directeurs des établissements publics de santé, c'est pour mieux dénoncer leur présumée incompétence, puisqu'ils ne parviendraient pas à résorber le déficit des établissements dont ils assurent la direction. Vous les croyez tellement responsables que vous mettez même en œuvre des mécanismes de mise sous tutelle, n'hésitant pas à confier la gestion des hôpitaux aux mains du directeur général de l'ARS.

En somme, la politique de votre gouvernement, notamment en matière budgétaire ne serait responsable de rien. Si l'hôpital connaît quelques problèmes d'organisation, ce n'est pas en raison de la succession des réformes, qui ne sont d'ailleurs même pas pleinement mises en œuvre alors que vous en imposez une nouvelle. Si les hôpitaux sont déficitaires, ce n'est naturellement pas la faute d'une politique budgétaire de rigueur. Tout le monde reconnaît que les hôpitaux publics sont sous-financés.

Une question toutefois me brûle les lèvres.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ah !

M. Guy Fischer. Si les directeurs des établissements publics de santé sont, comme vous le dites, madame la ministre, dépourvus de tout pouvoir, comment pourraient-ils être, à eux seuls, responsables d'une situation financière aussi grave ? S'ils ne sont pas personnellement responsables de ces déficits, pourquoi alors prévoir de les remplacer dans leurs fonctions lorsque les établissements sont mis sous tutelle ?

Personne n'est dupe, ce projet de loi, particulièrement cet article 4, vise en fait, sous couvert de moderniser les établissements publics de santé, à leur appliquer les règles de direction, de management devrais-je dire, appliquées dans les entreprises, comme dans les cliniques privées.

Votre tropisme en faveur du modèle commercial vous conduit à vouloir appliquer aux établissements publics de santé les mêmes règles que celles qui s'appliquent aux établissements de santé commerciaux, notamment la première d'entre elles qui consiste à privilégier d'abord la rentabilité. C'est cette orientation que nous condamnons. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG. – M. Jean Desessard applaudit également*)

M. le président. La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Madame la ministre, cet article 4 vise à imposer à tous les établissements publics de santé un modèle que votre majorité présente comme la transformation de l'hôpital en une entreprise de soins.

Cet hôpital-entreprise devra naturellement satisfaire à l'obligation première des entreprises commerciales, celle de la rentabilité. Il suffit, pour s'en convaincre, de confronter cet article avec le précédent, qui prévoit que les établissements publics de santé pourront se voir sanctionnés s'ils ne satisfont pas aux obligations quantitatives imposées par les CPOM.

On pourrait donc se trouver dans une situation très paradoxale, dans laquelle un établissement public de santé pourrait se voir contraint par son CPOM, et par les obligations liées à la rentabilité qui s'impose à cet hôpital-entreprise, de ne plus pratiquer certains soins parce qu'il a dépassé son quota d'actes. Et, pourtant, cet établissement, en vertu de l'obligation de service public qui s'impose à lui, doit accueillir et soigner tous les patients qui se présentent.

À n'en pas douter, cette logique de rentabilité jouera bien évidemment contre les intérêts des patients et des concitoyens dans leur ensemble.

Madame la ministre, vous le savez bien, ces établissements accueillent de préférence les patients dont les pathologies sont fortement rémunératrices et n'hésitent pas à renvoyer aux établissements publics de santé les patients dont les pathologies sont si lourdes qu'elles sont plus coûteuses que rentables. C'est d'ailleurs pour cela que les établissements publics de santé et les établissements du secteur privé à but non lucratif, sont les seuls à accueillir les patients atteints de pluri-pathologies ou ceux qui sont en fin de vie.

J'en veux pour preuve la pratique, qui a parfois lieu et que nous condamnons, qui consiste à rediriger les patients en fin de vie, notamment les plus âgés, soignés dans les établissements privés, vers les établissements publics, puisque plus de 90 % des dépenses de santé sont réalisées dans les dernières années de la vie et que ces soins sont très largement sous-tarifés.

C'est pourquoi le groupe CRC-SPG s'oppose à cette logique de transformation du service public de santé en un vaste service de soins dans lequel les établissements publics de santé ne seraient au final qu'un opérateur parmi d'autres, tous répondant à la même logique de rentabilité.

Madame la ministre, cette logique n'est pourtant pas transposable aux hôpitaux, car la santé n'est pas, contrairement à ce que vous voudriez en faire, une marchandise. Certaines missions et certains actes ne sont pas rentables et ne pourront jamais l'être.

Le directeur, que vous entendez imposer au travers de ce projet de loi, ne sera donc en fait que l'opérateur de la politique de rigueur imposée par l'ARS et décidée par votre gouvernement. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG. – M. Jean Desessard applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Madame la ministre, avec cet article 4, vous entendez unifier les différents établissements de santé autour d'une même organisation, que vous voulez inspirée des entreprises.

Pour ce faire, vous placez à la tête de l'hôpital un directeur tout-puissant, du moins tout-puissant pour imposer les décisions prises par le directeur général de l'ARS au sein de l'hôpital qu'il dirige. Ainsi, ce directeur décidera quasiment seul du projet médical d'établissement puisque les autres membres du directoire seront seulement saisis pour avis.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est faux !

Mme Isabelle Pasquet. Il disposera également de la possibilité de recruter seul les médecins, de procéder à la rupture de leur collaboration, et pourra également appliquer dans son établissement des dispositions visant à instaurer la rémunération variable des médecins qu'il embauche.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Inexact ! La rémunération variable ne concerne que les médecins en exercice et vise à mieux les payer !

Mme Isabelle Pasquet. Toutefois, ce directeur, qui sera tout-puissant en interne, s'avérera être l'opérateur d'une personne bien plus puissante que lui : le directeur général de l'ARS.

Celui-ci ne dispose-t-il pas de la possibilité de placer l'établissement sous tutelle, de retirer l'affectation d'un directeur d'hôpital, de réduire les subventions accordées au titre du MIGAC ou de peser sur la part variable de la rémunération du directeur de l'établissement ? Autant de dispositions qui permettent au directeur de l'ARS de peser sur les établissements publics de santé et de les inciter – pour ne pas dire de les contraindre – à mener la politique décidée en réalité par votre ministère, madame la ministre.

Je voudrais d'ailleurs que vous nous éclairiez sur un sujet très précis, à savoir la part variable de la rémunération des directeurs d'hôpital. Sur quels critères sera-t-elle établie ? La réduction de la masse salariale et celle des dépenses qui y sont liées feront-elles partie de ces critères ? Entendez-vous accorder des primes aux directeurs qui se feraient remarquer par leur capacité à mener de véritables petits plans sociaux dans leur établissement ?

Les sénatrices et les sénateurs de mon groupe déposeront sur ce sujet un certain nombre d'amendements, car nous considérons que l'introduction d'une part variable dans la rémunération des directeurs d'établissement est inquiétante en regard des contreparties qui pourraient être exigées. Elle constitue une mesure d'inégalité entre les directeurs et l'ensemble des personnels qui ne permet pas un véritable travail en équipe, lequel repose avant tout sur la confiance en l'autre et en la hiérarchie.

À l'Assemblée nationale, le député Jean-Luc Prével, quant à lui, dénonçait la création d'une AP-régionale, craignant la confiscation des pouvoirs. On ne peut que le rejoindre sur ce dernier point.

Si l'on regarde l'organisation que vous nous proposez, on y trouve un modèle décidément très vertical : le directeur de l'hôpital est tout puissant en son sein, mais il est tenu dans toutes ses décisions par le directeur général de l'ARS, lequel tient d'ailleurs ses ordres et ses objectifs du ministère de la santé. De là à dire que, demain, le Président de la République et ses collaborateurs géreront directement les ARS, il n'y a qu'un pas.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est un peu insultant pour les ministères !

Mme Isabelle Pasquet. Tout de même, ce mouvement vertical de concentration des pouvoirs, qui écarte tous les contre-pouvoirs, à commencer par les représentants des personnels et les élus, nous inquiète pour la qualité de notre démocratie.

C'est à croire que M. Sarkozy n'accepte pas que l'on puisse s'opposer à lui. Les dernières réformes sont d'ailleurs toutes marquées par ce même constat : réforme de l'audiovisuel, réforme du juge d'instruction, réforme des universités, réforme constitutionnelle et, aujourd'hui, réforme d'un

hôpital caporalisé. Tout laisse à penser que le Président de la République cherche à concentrer les pouvoirs autour d'un nombre réduit de personnes, sans doute pour mieux peser sur elles.

Pour conclure, je ne peux que dénoncer avec force la multiplication des mesures de financement non pérennes. Dons, legs, emprunts, ventes de biens immobiliers, ressources issues des brevets, tout cela ne constitue que de maigres palliatifs au désengagement financier de l'État. Quant à votre proposition de financer les établissements publics de santé par des placements financiers, elle nous semble être mal inspirée.

Il serait dommage d'attendre qu'il faille un jour connaître dans notre pays une importante crise sanitaire, à l'image de la crise bancaire que nous venons de connaître, pour que l'UMP redécouvre les bienfaits d'un système de santé public, reposant sur des financements assis sur la solidarité nationale.

M. le président. La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Je vais intervenir à la place de M. Billout, qui a dû s'absenter pour une raison indépendante de sa volonté.

M. Billout voulait illustrer les conséquences néfastes que peut avoir l'application de cet article en citant le cas du centre hospitalier de Lagny-Marne-la-Vallée, en Seine-et-Marne, où la psychiatrie a été utilisée cette année comme variable d'ajustement budgétaire, au détriment des patients de ce secteur.

Au début de cette année, le chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de cet hôpital a remis sa démission, refusant de devenir, selon ses propres termes, un « syndic de faillite ». Avec ses collaborateurs, il s'est ainsi opposé à cette gestion purement comptable qui fait de la psychiatrie, du fait de la différence de comptabilité – à l'acte pour les services somatiques et à l'enveloppe globale pour la psychiatrie –, une variable d'ajustement des budgets des hôpitaux quand celle-ci est rattachée à un hôpital général et non à un hôpital psychiatrique.

C'est le résultat d'une politique où les objectifs budgétaires semblent être les seuls « impératifs catégoriques » retenus. À Lagny, cela s'est traduit par l'amputation de 300 000 euros au secteur psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ce qui correspond à la suppression de quatre postes et à la relocalisation d'une structure, le CESA, le centre d'évaluation et de soins pour adolescents.

Cette décision va à l'encontre de tous les efforts menés par l'équipe en place depuis onze ans pour rééquilibrer les structures de soin en santé mentale de Seine-et-Marne. Or ce département a la densité médicale la plus faible de l'Île-de-France, alors que son évolution démographique est l'une des plus importantes sur le plan national – 12,15 % pour la Seine-et-Marne nord – et que Marne-la-Vallée, la plus grande ville nouvelle de l'Île-de-France, a été déclarée territoire prioritaire dans le contrat État-région.

Les perspectives d'évolution démographique du territoire de santé de ce secteur géographique montrent un passage de 601 382 habitants, en 1999, à 708 185, en 2000, pour près de 800 000, en 2015. J'ajoute que les moins de vingt ans représentent 29 % de cette population.

Le coût par habitant consacré à la pédopsychiatrie, en 2005, était de 85 euros pour la Seine-et-Marne, contre 299 euros pour Paris, 121 euros pour la Seine-Saint-Denis et 163 euros seulement pour le Val-de-Marne!

La gestion du type « entreprise » que vous souhaitez développer a été dans ce cas catastrophique : les décisions financières diminuant le budget de ce service ont contraint l'équipe médicale à réduire l'offre thérapeutique, alors qu'elle est débordée de demandes. L'attente pour une consultation, malgré tous les efforts, est de plusieurs mois!

Cet exemple montre bien qu'une gestion comptable est incompatible avec l'article L. 6112-3 du code de la santé publique tel qu'il ressort du projet de loi, qui, je le rappelle, dispose que « L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions [...] l'égal accès à des soins de qualité ».

Nous aurons certainement l'occasion de revenir sur ce problème lors de l'examen du titre II du projet de loi.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les interventions sur cet article ont été l'occasion, une fois de plus, d'entendre un certain nombre d'antennes sur l'hôpital-entreprise et le rationnement des soins.

M. Alain Gournac. Eh oui!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Figurez-vous, mesdames, messieurs les sénateurs, que j'ai eu l'idée de regarder l'ONDAM hospitalier au moment où la gauche fixait son taux de progression, c'est-à-dire entre 1997 et 2002. Je pensais découvrir quelque chose de magnifique, d'extraordinaire. (*Exclamations amusées sur les travées de l'UMP.*)

M. François Autain. À l'époque, il n'y avait pas de déficit!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'argent devait couler à flot, me suis-je dit, puisque telle est la solution. Pas de chance : l'hôpital était en fait au régime sec!

Dans les années 1997 à 2002, les taux étaient de 1,2 %, de 1,8 %, de 2 %. La progression moyenne de l'ONDAM hospitalier, sous la gauche, se situait à 2,93 %, alors que, depuis 2002, sous notre majorité, elle s'établit à 4,07 %. (*Eh oui! sur les travées de l'UMP.*)

M. François Autain. La gauche gérait mieux!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je reconnais qu'il y a un moment où la gauche a quand même fait un gros effort : l'année des élections. (*Sourires sur les travées de l'UMP.*) En 2002, la progression, tenez-vous bien, a été de 9,3 % ... pour les cliniques privées!

Quelle générosité! Bravo l'hôpital-entreprise! Alors, vos leçons, vous pouvez les garder pour vous! (*Vifs applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Guy Fischer. Non, on ne va pas se décourager!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'en viens à l'article 4, qui est très important.

M. Alain Gournac. C'est vrai!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le projet de loi vise à modifier le statut des établissements publics de santé, première étape de la modernisation de leur gouvernance. Aussi l'article 4 propose-t-il une unification du statut des établissements publics de santé, une définition générale de la gouvernance et la possibilité de créer des fondations hospitalières.

Premièrement, cet article crée un statut unique pour l'ensemble des établissements publics de santé en vue de simplifier leur gestion et de faciliter leur coopération.

Un mode de gouvernance et un système de ressources communs régiront désormais ces établissements. Toutefois, il existera des modulations pour les établissements de petite taille, notamment les hôpitaux locaux, qui conserveront toute leur place dans le système de soins.

M. Raymond Vall. Ah !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je sais qu'un certain nombre d'interrogations étaient apparues à ce sujet, monsieur Vall. Il faut bien entendu envisager des adaptations. C'est pourquoi le texte, aussi bien dans sa partie législative que dans sa partie réglementaire, prévoira les modalités de ces modulations. Nous ne voulons pas créer un lit de Procuste qui imposerait la même organisation à tous les établissements alors que leurs contraintes ne sont pas les mêmes.

M. Raymond Vall. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Deuxièmement, les établissements publics de santé seront désormais dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur, assisté d'un directoire, dont il sera le président. Nous revenons sur cette gouvernance lors de l'examen de l'article 6.

Troisièmement, les établissements publics de santé auront la possibilité de créer une ou plusieurs fondations hospitalières en vue de concourir à des missions de recherche, tout en facilitant le développement des partenariats et des financements.

Cette disposition répond aux conclusions de la mission sur les centres hospitalo-universitaires ainsi qu'aux préconisations qui sont faites depuis des années par de nombreux chercheurs pour favoriser la recherche dans nos établissements hospitaliers.

Voilà, mesdames, messieurs les sénateurs, l'architecture de l'article 4 que je voulais vous exposer.

MM. Gérard Dériot et Alain Gournac. Très bien !

M. le président. L'amendement n° 403, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Par cet amendement, nous entendons supprimer l'article 4, qui vise à organiser le remplacement du conseil d'administration, seul organe de direction associant l'ensemble des personnels, qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou administratifs, par un conseil de surveillance aux compétences très limitées.

Cette disposition, inspirée des règles de fonctionnement des entreprises commerciales privées, satisfait à la perfection votre désir d'appliquer dans les établissements publics de santé les règles de la « nouvelle gouvernance » et des fameux hôpitaux-entreprises, ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et allez-y !

Mme Annie David. ... qui visent à concentrer le pouvoir politique autour d'une seule et unique autorité. Cette autorité, vous l'aurez compris, ce sont les agences régionales de santé, qui, comme les préfets de régions, doivent accomplir une mission politique : contraindre les établissements publics à réduire leurs dépenses.

En fait, ce qui importe dans cet article, c'est l'application des règles managériales et capitalistiques à notre système de santé publique, ce que nous refusons, car, pour nous, la médecine n'est pas une marchandise.

M. Alain Milon, rapporteur. Pour nous non plus !

Mme Annie David. Les pathologies, les patients ne sont ni des biens que l'on produit ni des éléments que l'on choisit de fabriquer. Votre désir de transformer l'hôpital en une entreprise de soin est diamétralement opposé à l'idée que nous nous faisons d'un hôpital solidaire et performant.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Voilà de nouveau une demande de suppression d'un article de la part des membres du groupe CRC-SPG.

M. Gilbert Barbier. C'est classique !

M. Alain Milon, rapporteur. Nous reconnaissons leur logique et leur constance.

La commission ne souhaite évidemment pas supprimer cet article, qui définit la catégorie particulière d'établissement public que sont les établissements publics de santé, ou EPS.

En toute logique et avec constance, elle a donc émis un avis défavorable.

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

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

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. On peut contester ou critiquer les dépenses de la gauche lorsqu'elle était au Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Avec des taux d'inflation qui n'avaient rien à voir !

M. François Autain. Reste que le régime de protection sociale était alors à l'équilibre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La gauche n'a pas connu la crise !

M. François Autain. Cette année, nous aurons un déficit de 20 milliards d'euros, ce qui n'est pas négligeable, de même que l'année prochaine et l'année suivante. Comme le Premier ministre a indiqué qu'il ne comptait augmenter ni la CSG ni les autres cotisations, vous allez être obligés de créer une nouvelle CADES pour reporter sur les générations futures les dépenses que vous ne pouvez pas financer aujourd'hui !

M. Guy Fischer. Eh oui !

M. François Autain. Une telle gestion calamiteuse, comparée à celle de la gauche, ne peut que nous faire regretter ces temps où le budget était en équilibre.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 403.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 575, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L.6141-1 du code de la santé publique, supprimer le mot :

principal

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement vient clarifier une rédaction de l'article qui précise que l'objet principal des établissements publics de santé n'est ni industriel ni commercial. Tel qu'il est rédigé, l'article pourrait en effet laisser entendre que ces objectifs demeurent possibles, à titre secondaire.

Or il doit rester bien clair que l'hôpital – je le répète une nouvelle fois au risque de lasser – n'est pas une entreprise.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sinon, il aurait déjà déposé le bilan depuis longtemps...

M. François Autain. Ceux qui travaillent à l'hôpital y sont attachés et ont manifesté leur inquiétude, à la lecture du projet de loi HPST, face à ce qu'ils dénoncent comme la mise en œuvre d'une logique entrepreneuriale conduisant inéluctablement à une baisse de la qualité dans les traitements.

Madame la ministre, vous avez l'occasion de prouver que votre objectif n'est pas de créer un « hôpital-entreprise » en indiquant clairement que les objectifs commerciaux et industriels, à titre principal et secondaire, ne sont pas ceux de l'hôpital public.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il paraît difficile de nier que les établissements publics de santé, les EPS, fournissent des prestations à des usagers, mais ce ne sont pas pour autant des EPIC, des établissements publics à caractère industriel ou commercial.

Tout l'intérêt de cette définition, reprise des textes en vigueur, est justement de mettre en relief le particularisme des EPS, qui sont en quelque sorte à la fois des établissements publics administratifs et des EPIC.

La commission a émis un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les hôpitaux ont une mission de santé publique et le fait qu'ils n'aient ni un but industriel ni un but commercial va de soi. Le texte de la commission des affaires sociales l'a très justement rappelé.

Vous souhaitez d'ailleurs, monsieur le sénateur, modifier une formule à laquelle vous êtes très attaché, correspondant mot pour mot aux dispositions antérieures qui définissaient le statut des établissements publics.

Telles sont les raisons pour lesquelles je suis également défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Vous ne voulez décidément pas apporter la preuve que vous ne voulez pas d'un hôpital-entreprise. J'en prends acte et je maintiens l'amendement afin qu'il soit soumis au vote.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 575.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 617 rectifié, présenté par M. Vall et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Supprimer le II de cet article.

La parole est à M. Raymond Vall.

M. Raymond Vall. L'intervention de Mme la ministre sur l'article 4, que j'ai écoutée avec beaucoup d'attention, va certainement rassurer l'Association nationale des hôpitaux

locaux, qui fédère 355 établissements, et qui me faisait part, ce matin encore, de ses inquiétudes de voir disparaître, au paragraphe II de l'article 4, la notion d'hôpital local.

Madame la ministre, je vous avais déjà interrogée à ce sujet lors de la discussion budgétaire, au cours de la discussion générale du présent projet de loi et je pensais recommencer aujourd'hui, à l'occasion de la défense de cet amendement. Je considère que la réponse que vous venez d'apporter, ainsi que l'article 8 du texte, qui prévoit la possibilité pour l'ARS d'autoriser l'exercice de la médecine adapté à l'établissement de santé local, répondent en partie à notre préoccupation de pérenniser les hôpitaux locaux, qui sont nécessaires pour répondre aux problèmes des territoires, en particulier ruraux.

Je vous demande de bien vouloir me confirmer, madame la ministre, que la notion d'hôpital local sera conservée et adaptée.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Mon cher collègue, le projet de loi ne supprime pas physiquement – heureusement – les hôpitaux locaux. Au contraire, il les fait rentrer dans le droit commun en leur donnant la même dénomination qu'aux autres hôpitaux, celle de « centre hospitalier ».

Nous avons souhaité éviter tout malentendu à cet égard en précisant au paragraphe I de l'article, à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, que les centres hospitaliers peuvent avoir, entre autres, un ressort communal, donc local, intercommunal ou départemental.

La commission souhaite par conséquent le retrait de votre amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je tiens à vous rassurer complètement, monsieur Vall. Cette unification du statut juridique, fort utile par ailleurs, permet aux hôpitaux locaux de garder leur mode de fonctionnement.

M. le rapporteur vient d'évoquer la dénomination de « centre hospitalier », mais les établissements pourront parfaitement garder, s'ils le souhaitent, celle d'« hôpital local » : on ne leur mettra pas de brodequins d'acier !

Sous le bénéfice de ces explications et compte tenu des assurances qui vous sont données, je vous invite à retirer votre amendement.

M. le président. Monsieur Vall, l'amendement n° 617 rectifié est-il maintenu ?

M. Raymond Vall. Je vous remercie de votre réponse, madame la ministre, et je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 617 rectifié est retiré.

L'amendement n° 407, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le IV de cet article.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Par cet amendement, nous proposons de supprimer la possibilité pour les établissements de santé de créer des fondations dédiées à la recherche.

Ces fondations s'inspirent des fondations universitaires instaurées par l'article 28 de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités, dite loi LRU, votée en 2007. Contrairement à leur modèle, les fondations hospitalières seront dotées de la personnalité morale.

Avec cette disposition, vous ouvrez la possibilité de développer le mécénat pour assurer le financement des missions de recherche mentionnées à l'article 1^{er} du texte, ce qui reviendrait à faire reposer sur des capitaux privés – donc aléatoires – une partie du financement de la mission de recherche des établissements publics de santé.

La création de ces fondations hospitalières vise en réalité à palier le désengagement progressif de l'État en la matière. Nous défendons au contraire le principe d'une recherche publique et nationale reposant avant tout sur des financements publics.

De plus, donner aux établissements publics de santé la possibilité de recourir au mécénat risque de déséquilibrer un peu plus le paysage hospitalier : il y aura les établissements qui auront réussi à attirer des mécènes et des capitaux privés, grâce à leur renommée ou à la nature rentable des travaux de recherche promus, et puis les autres.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous n'avons pas vraiment compris pourquoi nos collègues du groupe CRC-SPG voulaient empêcher la création de fondations hospitalières, sur le modèle des fondations universitaires, pour financer les actions de recherche.

M. Guy Fischer. Nous sommes très réticents sur les fondations.

M. Alain Milon, rapporteur. Leurs explications ne nous ayant pas convaincus, nous avons émis un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Quand on voit la part dévolue à la recherche dans la richesse nationale, on se rend compte que le niveau de la recherche publique est très élevé dans notre pays. Ce sont les fonds privés qui font défaut.

Je ne vois pas pourquoi nous nous priverions de la possibilité de faire appel à des fonds qui pourraient mobiliser des capitaux privés et permettre ainsi à la recherche biomédicale française d'évoluer d'une manière intelligente et performante. Nous savons bien que c'est un facteur d'avenir, une possibilité de développement considérable dans notre pays, mais aussi de création de très nombreux emplois à partir des applications de la recherche biomédicale.

Il faut vraiment autoriser la création des fondations dans notre pays. Nous avons pu constater à quel point cet outil était performant en faisant du « parangonnage », comme disent les Québécois.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Il s'agit plutôt d'une demande d'explications, monsieur le président, afin d'orienter mon vote.

Madame la ministre, existe-t-il des hôpitaux qui bénéficient déjà de fonds, sous une autre forme puisque le statut juridique dont nous débattons est nouveau, et, si oui, lesquels ?

Dans votre esprit, l'appel de fonds concernera-t-il les particuliers, les entreprises, les legs ? Une fondation doit-elle être rentable ? Est-ce un partenariat qui s'installe ? Peut-on savoir pourquoi vous souhaitez créer de telles fondations ? Des fonds

sont déjà récoltés en faveur de la recherche sur le cancer : pouvez-vous nous expliquer en quoi ce statut apporte quelque chose de différent ? Sur quelle expérience vous fondez-vous pour préconiser sa généralisation ?

J'espère, madame la ministre, que vos réponses amélioreront ma compréhension du texte.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Des travaux de parangonnage, de comparaison, sont en cours. Je vous livrerai les résultats de ces travaux, qui ressortent des très nombreux documents dont nous disposons mais auxquels je n'ai pas accès ici.

Pour l'instant, je ne peux pas vous parler de telles fondations puisque nous n'en avons pas dans notre pays ! La loi vise précisément à les créer.

M. Guy Fischer. Et la fondation Mérieux, c'est quoi ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ces fondations seront évidemment assorties de dispositions fiscales incitant les entreprises à mobiliser des fonds pour les hôpitaux et la recherche.

Bien entendu, certains fonds peuvent d'ores et déjà être utilisés à l'hôpital public, mais de façon moins transparente que dans le système de fondation que nous instaurons.

Je compléterai ultérieurement mon propos avec les exemples qui fondent notre proposition, monsieur Desessard.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Le paragraphe IV de l'article, que l'amendement n° 407 vise à supprimer, est tout à fait intéressant dans l'état actuel des finances publiques. Le Gouvernement nous propose en effet d'augmenter l'effort de recherche en installant des fondations dans certains établissements publics hospitaliers, avec les règles, les statuts et les obligations auxquels elles doivent se soumettre.

Vouloir supprimer la création de ces fondations pour conserver uniquement une recherche publique financée par des fonds publics, c'est vraiment fermer les yeux sur le monde qui nous entoure, sur la compétition que nous subissons de toutes parts.

Madame la ministre, le groupe UMP approuve unanimement, comme la commission, la création des fondations. C'est un élément important pour faire sortir la recherche du strict domaine du financement public, afin que notre effort de recherche nationale, public et privé, atteigne le même niveau que celui de nos principaux compétiteurs.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Absolument !

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, mon intervention ira dans le même sens que celle de notre collègue Jean-Pierre Fourcade. Je souhaite simplement apporter un élément complémentaire.

La loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie a institué un fonds de dotation pour des missions d'intérêt général.

Par conséquent, et cela devrait, me semble-t-il, répondre aux interrogations de notre collègue Jean Desessard, je pense que nous pourrions utiliser ce fonds pour contribuer au financement de la recherche.

Nous pouvons également mobiliser le crédit impôt recherche, ainsi que les différents dispositifs destinés à collecter des fonds pour maintenir la France dans le peloton de tête des pays qui consacrent des efforts importants en matière de recherche mais où, comme aux États-Unis, la problématique du financement et des fonds privés ne se pose pas.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je voudrais vous faire part d'une expérience.

Notre collègue Jean-Pierre Fourcade déclarait à l'instant que les fondations permettaient de dynamiser les investissements en faveur de la recherche. Il est vrai que la combinaison de différents fonds provenant d'entreprises mondialement connues permet de véritables avancées. D'ailleurs, nous connaissons bien cela dans l'agglomération lyonnaise.

Mais c'est parfois le contraire qui se produit. Je pense notamment à l'Institut Pasteur, structure à l'origine financée par des fonds publics, mais qui a été progressivement phagocytée...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'Institut Pasteur n'est pas « phagocyté » !

M. Guy Fischer. ... par les prises de participation successives du groupe Mérieux.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est parce que l'État verse de moins en moins !

M. Guy Fischer. Il convient donc de demeurer vigilants et de chercher un juste équilibre entre les fonds publics et les fonds privés.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 407.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 4.

M. Guy Fischer. Le groupe CRC-SPG vote contre.

(L'article 4 est adopté.)

Article 5

(Texte modifié par la commission)

I. - L'intitulé du chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Conseil de surveillance, directeur et directoire ».

II. - L'article L. 6143-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-1. - Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

« 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;

« 2° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

« 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

« 3° bis Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une action de coopération ou à une communauté hospitalière de territoire, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs autres établissements publics de santé ;

« 4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

« 5° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

« 6° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

« Il donne son avis sur :

« - le budget prévisionnel ;

« - la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

« - le programme d'investissement ;

« - les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;

« - le règlement intérieur de l'établissement.

« Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

« À toute époque de l'année, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

« Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes. »

III. - Les articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du même code sont ainsi rédigés :

« Art. L. 6143-5. - Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« 1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant ;

« 2° Au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, dont au plus deux nommées par le maire de la commune siège de l'établissement ou le président de groupement, une par le président du conseil général et deux représentants des usagers, au sens de l'article L. 1114-2, désignés par le représentant de l'État dans le département où est situé l'établissement.

« Le nombre de membres de chacun des collèges doit être identique.

« Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°. Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

« Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

« Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par décret.

« *Art. L. 6143-6.* - Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est membre du directoire ;

« 4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;

« 5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;

« 6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;

« 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. »

IV. - L'article L. 6143-6-1 du même code est abrogé.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet, sur l'article.

Mme Isabelle Pasquet. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'article 5 a pour objet de remplacer les conseils d'administration des établissements publics de santé par des « conseils de surveillance ».

Il s'agit là d'une évolution importante. En effet, madame la ministre, pour instaurer un véritable patron à l'hôpital, vous n'hésitez pas à dépouiller l'instance représentant l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux et les élus des collectivités territoriales concernées des prérogatives qui étaient jusqu'alors les siennes.

Alors que les conseils d'administration participaient activement à l'organisation et à la gestion de l'hôpital, le conseil que vous proposez d'instituer aura un simple rôle d'observateur. Ce sera une chambre d'enregistrement et de vérification des décisions prises par les directeurs d'hôpital.

Si ce projet de loi était adopté en l'état, le conseil de surveillance n'aurait plus à délibérer sur le budget, perdant ainsi une partie de ses compétences.

On peut donc légitimement s'interroger sur ce qui vous conduit à instituer un organe de direction n'ayant même pas voix au chapitre sur les questions financières, donc sur le devenir de l'établissement. Et la formulation employée dans le texte issu des travaux de la commission, où il est précisé que le conseil « se prononce », est plutôt ambiguë.

Pour notre part, nous sommes convaincus qu'une telle compression des compétences – les missions du conseil de surveillance passent de l'élaboration à la simple vérification – vise en fait à réduire au maximum les contre-pouvoirs.

Ainsi, en matière budgétaire, vous saviez que des conseils d'administration qui conserveraient leurs prérogatives actuelles seraient un obstacle sérieux face aux projets de rationalisation des dépenses et aux politiques de rigueur imposés par les ARS. En effet, dans leur forme actuelle, ces conseils auraient certainement très majoritairement refusé de voter de tels budgets. Ils auraient déclenché partout en France des mouvements de contestation que vous auriez eu du mal à endiguer.

Il vous est donc plus simple d'instaurer un conseil de surveillance dont la composition est dès l'origine conçue comme « rabougrie » et dont les compétences sont plus que limitées.

Nous ne pouvons pas accepter votre choix de privilégier le pouvoir individuel en lieu et place de l'expertise collective.

Au sein du groupe CRC-SPG, nous sommes persuadés qu'en raison même de sa composition – il intègre en son sein des personnels médicaux et non médicaux –, le conseil d'administration aurait pu être une véritable chance pour les établissements publics de santé. Il aurait eu toute légitimité à participer à l'élaboration du projet d'établissement.

Comme nous considérons que la notion de « conseil de surveillance » est contraire aux intérêts même des établissements publics de santé, nous proposerons la suppression de cet article. Nous avons également déposé de nombreux

amendements tendant à réintroduire la démocratie sanitaire et sociale, que le Gouvernement cherche à écarter, dans la direction des hôpitaux.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. Sous l'impulsion de son rapporteur, M. Alain Milon, et sous la haute autorité de son président, M. Nicolas About, la commission des affaires sociales a procédé à un important travail de réécriture de l'article 5, comme elle l'a également fait sur d'autres articles relatifs à la gouvernance. Elle n'a pas hésité à contredire le Gouvernement sur des choix effectués de longue date ; je pense notamment à la place centrale des directeurs.

Certes, des modifications importantes ont été apportées. Par exemple, je me félicite de la possibilité offerte aux conseils de surveillance de connaître la situation des comptes financiers et de se prononcer sur la participation à une communauté hospitalière de territoire, structure qui a par ailleurs été particulièrement remaniée. Nous saluons ces deux ajouts, puisque nous avons nous-mêmes déposé des amendements en ce sens.

Toutefois, cela ne nous empêchera pas de défendre un certain nombre d'amendements visant à renforcer encore la compétence des conseils de surveillance.

De la même manière, nous apprécions la place accordée aux représentants des collectivités locales et territoriales, qui pourront désormais nommer trois des cinq personnalités qualifiées. Mais cette avancée est, là encore, à confronter avec le reste du projet de loi.

Malgré nos propositions, les élus locaux ne présideront plus automatiquement le conseil de surveillance. Une disposition que nous proposons de supprimer a même pour objet de permettre à une personnalité qualifiée d'en exercer la présidence. Nous y sommes formellement opposés.

D'une manière plus générale, la commission reconnaît que, sur cet article au moins, le texte initial proposé par le Gouvernement était fondé sur un mépris total des différents acteurs de la gouvernance de l'hôpital. Après le passage en commission, l'article 5 a été quelque peu rééquilibré, même si la logique du « directeur-patron » n'est pas totalement remise en cause.

Nous défendrons donc nos amendements et, sauf adoption de ceux-ci – mais nous ne nous faisons guère d'illusions sur ce point –, nous ne pourrions pas voter en faveur de cet article.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. L'article 5 et l'article 6 qui concerne le directoire sont au cœur de nos divergences dans le titre I^{er} du présent projet de loi.

En l'occurrence, je reconnais que l'architecture de ce texte a le mérite de la cohérence, même si je n'en partage pas les finalités. Elle traduit tout de même une réalité que nous devons souligner.

Madame la ministre, vous faites preuve d'une profonde défiance non seulement à l'égard des élus,...

M. Guy Fischer. C'est vrai !

M. Jacky Le Menn. ... qui sont appelés à prendre des places au sein de ces conseils de surveillance, puisqu'il ne faut désormais plus parler de « conseil d'administration », mais également à l'égard de ceux qui sont le cœur même de l'hôpital, c'est-à-dire les médecins et les personnels soignants.

Alors que ces professionnels auront des choses extrêmement importantes à faire, comme se rendre en salle d'opération ou auprès des malades souffrants, ils devront siéger pendant des heures au sein du conseil de surveillance. Et pour y faire quoi ? Pour se prononcer sur la « stratégie », comme cela est pompeusement indiqué à l'article 5. D'ailleurs, de quelle « stratégie » parle-t-on ? Lorsque j'ai demandé s'il s'agissait de la stratégie financière, on m'a répondu que cela relevait de la compétence des véritables professionnels...

En réalité, un conseil peut s'exprimer de trois manières différentes.

D'abord, il peut être appelé à délibérer. En l'occurrence, nous voyons que les possibilités de délibération accordées au conseil de surveillance sont plus que restreintes.

Ensuite, le conseil de surveillance peut émettre un avis. Dans la hiérarchie des prérogatives, l'avis se situe un cran en dessous de la délibération, mais il est tout de même important, puisqu'il permet d'échanger, d'apporter un certain nombre de précisions et d'aider le *manager* – c'est bien ainsi qu'il faudra désormais appeler le directeur d'hôpital – à prendre des décisions. Bien évidemment, l'avis requis est un avis simple, et non un avis conforme...

Enfin, le conseil peut « entendre » tel ou tel acteur. Ainsi, aux termes d'un amendement gouvernemental, que nous avons examiné entre la poire et le fromage, le conseil de surveillance « entend le directeur sur le budget prévisionnel ainsi que sur le programme d'investissement. » En d'autres termes, les membres de cette instance, qui ont fait le choix d'œuvrer pour la collectivité, pour les malades, pour la santé, pour le bien de tous, auront juste le droit d'« entendre » le directeur de l'établissement...

Je vous pose donc la question, madame la ministre. Voulez-vous aligner le conseil de surveillance sur le conseil des ministres, où la parole présidentielle tombe sans que quiconque ait le droit de s'exprimer ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Avez-vous assisté à beaucoup de conseils des ministres ?

M. Jacky Le Menn. Je suppose que ce n'est pas ce que voulez pour nos hôpitaux.

À mon sens, la profonde méfiance dont vous témoignez ne nous aide pas à avancer.

Certes, nous sommes tous conscients de la nécessité d'améliorer les modes de fonctionnement de l'hospitalisation publique.

Mais, comme je l'ai déjà souligné lors de la discussion générale, dans le théâtre d'ombres que vous mettez en place, le directeur d'hôpital sera en fin de compte – je ne voudrais pas être trop méchant à l'égard de mes anciens collègues – le simple porte-voix d'un autre acteur, extérieur, lui, à l'établissement. C'est ce dernier qui sera le véritable relais des services ministériels.

D'ailleurs, madame la ministre, vous avez déposé un amendement visant à réduire encore l'indépendance du directeur, alors que nous défendons le contraire en commission. Nous suggérons que le chef d'établissement puisse être choisi parmi une liste de trois noms proposés par le directeur de l'ARS, ce qui aurait laissé une petite illusion quant à son indépendance. Au lieu de cela, il sera pieds et poings liés. Il devra se rendre à Canossa, la corde au cou, pour négocier le

budget. Et cette négociation n'aboutira certainement pas à la conclusion d'un contrat synallagmatique, dans lequel les deux parties s'engageraient !

Pour notre part, nous ne pouvons pas accepter une telle caricature de gestion.

Peut-être nos hôpitaux étaient-ils mal gérés auparavant. Dans ce cas, ayant moi-même formé de nombreux directeurs d'hôpital,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Dont vous dites beaucoup de mal aujourd'hui !

M. Jacky Le Menn. ...je devrais sans doute battre ma coulpe.

M. Guy Fischer. Ça y est ! On tient le responsable ! *(Sourires.)*

M. Jacky Le Menn. Mais, madame la ministre, quand on lit ce que vous préparez, il y a de quoi s'inquiéter !

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. Jacky Le Menn. Ainsi, l'article 6 prévoit la mise en place d'un directoire.

Il est vrai qu'après la Révolution française le Directoire a donné naissance à une belle institution : le Sénat ! *(Sourires.)* Je crains que le directoire que vous voulez mettre en place ne provoque une nouvelle révolution, cette fois très défavorable à nos concitoyens. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Cet article a pour objet de définir la composition et les compétences du conseil de surveillance, appelé à devenir le nouvel organe délibérant des établissements publics de santé.

La commission Larcher avait dressé un bilan dans l'ensemble positif des réformes récentes tendant à faire émerger une « nouvelle gouvernance » de l'hôpital en recherchant un « meilleur équilibre entre pouvoirs administratifs et médicaux » et avait proposé de clarifier les rôles des organes décisionnels. Elle suggérait « une évolution équilibrée sur trois piliers complémentaires : « un directeur conforté et responsabilisé, « un organe délibérant recentré sur la définition d'orientations stratégiques, « un conseil exécutif resserré impliquant fortement les médecins. »

La commission des affaires sociales s'est appuyée sur cette analyse et a ainsi souhaité renforcer non seulement les pouvoirs, mais aussi l'indépendance du conseil de surveillance.

En ce qui concerne le renforcement de ses pouvoirs de décisions et de son rôle consultatif, elle a précisé que le conseil de surveillance exercera « un contrôle permanent de la gestion de l'établissement ».

Elle a également donné au conseil de surveillance un pouvoir de délibération sur la participation de l'établissement à toute action de coopération ou à une fusion avec d'autres établissements.

Elle a prévu que le conseil de surveillance serait consulté sur le budget prévisionnel de l'établissement, ainsi que sur le programme d'investissement, les opérations immobilières de l'établissement et son règlement intérieur, qu'il pourrait présenter au directeur général de l'ARS des observations sur le rapport annuel du directeur et la gestion de l'établissement, qu'il pourrait opérer à tout moment tous contrôles et vérifications et se faire communiquer les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission, que, conformément au droit

commun, c'est à lui qu'il reviendrait, si l'établissement était soumis à certification, de nommer le commissaire aux comptes.

La commission a prévu en outre que le maire de la commune siège de l'établissement participerait au conseil de surveillance, que, sur les cinq personnalités qualifiées membres du conseil de surveillance, deux seraient nommées par le maire de la commune siège de l'établissement ou le président du groupement, un par le président du conseil général et les deux représentants des usagers par le préfet du département dans lequel serait situé l'établissement.

Il était nécessaire, avant de commencer la discussion de cet article 5, de réaffirmer les positions de la commission des affaires sociales sur ce sujet.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Chacun, dans cette enceinte, aura bien compris que, s'agissant du rôle du super-directeur, majorité et opposition était bien loin d'être parvenues à un consensus. Comme l'a remarqué M. Le Menn, il y a là un point dur de divergence.

Je rappelle que le super-directeur, lui-même directeur de l'ensemble de l'hôpital, devra néanmoins prendre ses ordres ailleurs ou, en tout cas, sera obligé d'appliquer la politique qui lui sera dictée par des super-directeurs régionaux.

Monsieur le rapporteur, vous n'avez pas été complet dans votre présentation. Vous nous avez expliqué, hier ou ce matin, que tout s'était bien passé jusqu'à ce que le texte soit examiné à l'Assemblée nationale et que, deux députés s'étant mis en valeur en présentant des amendements, les médecins et, plus largement, les personnels du corps hospitalier ont alors pris connaissance du texte et ont manifesté leur opposition. Soit ! En tout cas, cela illustre bien les limites des consultations préalables auxquelles il a été procédé.

On ne peut pas dire, monsieur le rapporteur, que les choses n'aient pas évolué depuis : M. Sarkozy a pris certaines décisions, Mme la ministre a déclaré à la télévision qu'il s'agissait d'un projet de loi évolutif, ce qui était chose naturelle dans une démocratie.

Monsieur le rapporteur, si vous annoncez que vous faites le point sur l'article 5 et l'évolution des débats, vous devez souligner les changements intervenus par rapport à la rédaction initiale. Pourquoi les médecins auront-ils désormais moins de pouvoir ? Quels étaient les points de désaccord ? Dans le texte initial étaient prévus des super-directeurs. Vous annoncez que des concessions ont été faites, mais quelles sont-elles ? Comment sont aujourd'hui réparties les compétences ?

Le flou s'installe. Masque-t-il un retour au projet de loi initial, dans lequel était prévu un super-directeur appuyé d'un directoire, et un comité de surveillance réduit ?

En tout cas, votre présentation des débats, que ceux-ci aient eu lieu dans le milieu hospitalier ou ici même, n'a pas, selon moi, été exhaustive.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'article 5, aux termes duquel est institué un conseil de surveillance, est effectivement un article central dans l'architecture de ce projet de loi.

Avant de l'aborder en détail, je souhaiterais revenir sur le centre hospitalier de Lagny, à propos duquel j'ai été interpellée.

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai, le 17 octobre dernier, posé la première pierre de ce nouveau centre hospitalier. Il s'agit de la première opération complète de construction d'un établissement public de santé en Seine-et-Marne. Le montant total de l'opération s'élève à 265 millions d'euros, 218 millions d'euros ayant été consacrés aux travaux, 35 millions d'euros aux équipements, 10 millions d'euros au système d'information hospitalier et 5 millions d'euros à l'acquisition du terrain.

Le programme qui a été validé prévoit 460 lits et places en médecine chirurgie obstétrique, soit 104 lits et places supplémentaires – grâce à ce projet, l'offre de soins sera donc améliorée considérablement – et 125 lits en psychiatrie. Il s'appuie sur une analyse des besoins de la population de Marne-la-Vallée.

J'ai été interrogée sur le sens de l'expression « objectifs quantifiés » : il s'agit d'évaluer les besoins de la population et d'y répondre de façon très précise, ce qui nécessite des investissements extrêmement importants. Il faut noter que la population de Marne-la-Vallée est l'une de celles qui, en Île-de-France, connaît la plus forte croissance démographique.

Les besoins en pédopsychiatrie ont évidemment été pris en compte : une mission d'appui a été envoyée sur place à l'automne dernier, mission dont les premières conclusions ont été mises en œuvre par l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de Seine-et-Marne. Il va de soi que des crédits spécifiques seront dédiés à ce secteur.

La psychiatrie est bien loin d'être ignorée en Seine-et-Marne. Je tiens à rassurer M. Autain, qui, au nom de M. Billout, m'a interrogée sur ce sujet.

M. Guy Fischer et M. François Autain. Nous vous remercions, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'en reviens à l'article 5.

Aux termes de cet article, le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance doté de missions et d'attributions très importantes : la définition des orientations stratégiques, notamment celles qui sont contenues dans le projet d'établissement, le contrôle de la gestion et du fonctionnement de l'établissement.

Le conseil de surveillance exercera un contrôle sur l'ensemble de l'activité de l'établissement et délibérera sur le compte financier. À cette fin, son président aura accès à toutes les informations concernant le fonctionnement de l'établissement : il exprimera des avis sur des éléments importants, par exemple le budget prévisionnel, le programme d'investissements ou le règlement intérieur.

La composition du conseil de surveillance est diversifiée : trois collèges comprenant un nombre égal de membres réuniront élus, personnels et personnalités qualifiées, ce afin que les intérêts de la société civile, des territoires et des usagers – leur proportion sera plus importante qu'elle ne l'est actuellement au sein des conseils d'administration – soient équitablement pris en compte. C'est aussi cela, la démocratie sanitaire. Les instances intercommunales, qui, pour l'instant, n'étaient pas représentées, pourront également l'être.

Il est proposé de faire élire le président du conseil de surveillance parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées. S'il n'est d'ailleurs pas douteux que,

dans de nombreux cas, c'est le maire de la commune siège qui sera le plus souvent élu, il devra cependant sa légitimité au choix de ces deux collèges et non plus à une nomination *de facto*, ce qui lui donnera d'autant plus d'autorité.

Dans cet article est prévu le régime d'incompatibilité pour les membres du conseil de surveillance : afin que soit garantie leur indépendance, dans la mesure où ils seront les garants de la bonne marche de l'établissement, il faudra s'assurer qu'aucun conflit d'intérêt ne viendra perturber cette démarche.

Je souhaite, sur certains points, aller plus loin que la commission des affaires sociales : je présenterai donc, au nom du Gouvernement, un certain nombre d'amendements.

En premier lieu, je vous proposerai, mesdames, messieurs les sénateurs, de modifier les compétences délibératives et consultatives du conseil de surveillance.

En effet, il ne me paraît pas souhaitable de maintenir l'avis du conseil de surveillance pour le budget prévisionnel. *A contrario*, je vous proposerai d'ajouter qu'il donne son avis sur toutes mesures relatives à la participation d'un établissement à une action de coopération, en particulier avec les communautés hospitalières de territoire ou les groupements de coopération sanitaire, et qu'il puisse délibérer sur ces mesures de coopération dès qu'un CHU est partie prenante au projet.

M. François Autain. Merci, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nombre d'entre vous craignaient que les gros poissons ne mangent les petits, pour employer une image. Je vous soumets une démarche prudentielle de nature à vous rassurer.

En second lieu, il m'apparaît important de modifier le processus de désignation des personnalités qualifiées du conseil de surveillance.

En effet, le fait que les trois personnalités qualifiées siégeant audit conseil des établissements publics de santé soient désignées par les membres du collège des élus territoriaux et que les deux représentants des usagers soient nommés par le préfet du département porte atteinte à l'équilibre recherché, s'agissant de la composition de cette instance de contrôle.

Pour ces raisons, je vous proposerai de modifier la rédaction de cet article de façon que ces personnalités qualifiées soient désignées comme suit : deux représentants des usagers nommés par le représentant de l'État, deux personnes désignées par le directeur général de l'ARS et une personne appelée par le président du conseil économique et social régional.

Enfin, je souhaite élargir les compétences de contrôle et d'alerte du conseil de surveillance : il disposerait désormais de la faculté générale de communication au directeur de l'agence régionale de santé et d'observation sur la gestion de l'établissement.

Vous pouvez donc constater, mesdames, messieurs les sénateurs, à quel point je compte améliorer et élargir, grâce à de nombreux dispositifs, les prérogatives du conseil de surveillance.

M. le président. L'amendement n° 408, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Malgré les propos de Mme la ministre, propos qu'elle a voulu rassurants, nous souhaitons, par cet amendement, supprimer l'article 5, qui vise à instaurer le conseil de surveillance.

En effet, nous considérons que, de la structure proposée, destinée à se substituer au conseil d'administration, sont écartés un certain nombre d'acteurs, notamment les représentants des usagers et des élus locaux, même si, évidemment, ils siègeront toujours dans l'un des collèges de ce nouveau conseil.

Par ailleurs, nous constatons que cette disposition est clairement contraire aux objectifs officiels annoncés par le Gouvernement,...

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* C'est totalement faux!

Mme Annie David. ... qui entend mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire.

De notre point de vue, c'est un mauvais signal que vous envoyez à celles et à ceux qui, travaillant aux côtés des personnels médicaux, font la force de nos hôpitaux.

Ensemble, ces femmes et ces hommes demandent une direction réellement collégiale, une direction reposant sur le travail collectif et la confiance, mais vous préférez une conception autoritaire des responsabilités reposant sur une logique libérale du pouvoir.

Qui voudrait croire en l'existence d'un manager d'hôpital-entreprise, sauveur des comptes publics? Qui voudrait croire qu'un homme seul puisse sauver des équilibres financiers?

Cette conception est, selon nous, dangereuse, car elle pourrait entraîner, à tous les niveaux de la société, une réduction des pouvoirs que nous avons par ailleurs déjà eu l'occasion de dénoncer, lors des débats sur la réforme constitutionnelle ou sur celle de l'audiovisuel public.

Ce sont ces raisons, en plus de celles qu'ont données mes amis Guy Fischer et Isabelle Pasquet, qui nous conduisent à demander la suppression de cet article. Nous avons beau savoir, madame la ministre, monsieur le rapporteur, que notre volonté est contraire à la vôtre, nous maintenons notre cap.

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

M. Alain Milon, *rapporteur.* La commission émet évidemment un avis défavorable sur cet amendement de suppression de l'article. Nous ne voyons pas en quoi la suppression du conseil de surveillance serait de nature à améliorer l'équilibre que nous entendons instaurer entre les instances dirigeantes des EPS.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Le Gouvernement est défavorable à cet amendement, et ce pour des raisons évidentes.

M. Guy Fischer. Ce n'est pas vraiment argumenté!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Je m'en suis expliquée tout à l'heure!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 408.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission. (*Exclamations amusées.*)

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

(*Il est procédé au comptage des votes.*)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 156 :

Nombre de votants	333
Nombre de suffrages exprimés	318
Majorité absolue des suffrages exprimés	160
Pour l'adoption	139
Contre	179

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 410, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

se prononce sur

par le mot :

arrête

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Le Gouvernement et sa majorité souhaitent instaurer une nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : on passerait ainsi de feu le conseil d'administration à un conseil de surveillance aux pouvoirs fortement réduits.

Ainsi, ce nouveau conseil, qui réunira l'ensemble des acteurs de la santé au sein de l'établissement, sera cantonné à un rôle consultatif, puisqu'il ne pourra que se « prononcer » sur un sujet aussi fondamental que la stratégie de cet établissement.

Jusqu'à là, les membres du conseil d'administration, dont les compétences avaient déjà été réduites par une ordonnance de 2005, arrêtaient au moins la politique générale de l'établissement.

C'est pourquoi nous proposons de revenir à cette formulation et d'inscrire dans la loi que le conseil de surveillance « arrête » la stratégie de l'établissement, pour lui donner véritablement la possibilité de délibérer.

Par ailleurs, avec cet amendement, nous ne faisons que nous conformer au principe de la démocratie sociale dans l'entreprise, qu'il est juste de transposer aux établissements publics de santé.

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

M. Alain Milon, *rapporteur.* La commission émet un avis défavorable sur cet amendement. Avoir à se prononcer sur quelque chose, c'est un peu plus qu'avoir un rôle consultatif.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 410.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Monsieur le président, compte tenu du fait que le Gouvernement vient de déposer de nouveaux amendements, notamment à l'article 5 (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG*), je vous demande de suspendre la séance afin que la commission puisse se réunir pour les examiner. Nous reprendrions alors nos travaux après le dîner.

M. Guy Fischer. Cela mérite un rappel au règlement!

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Je suis de nouveau un roseau flexible entre les mains du président de la commission! (*Sourires.*)

Rappels au règlement

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour un rappel au règlement.

M. Guy Fischer. Madame la ministre, vous venez, une nouvelle fois, de nous faire la démonstration de la façon dont vous traitez les parlementaires!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Oh!

M. Guy Fischer. Eh oui! Alors que nous avons d'ores et déjà commencé l'examen de l'article 5, nous découvrons que de nouveaux amendements viennent d'être déposés,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Cela s'est toujours passé ainsi!

M. Guy Fischer. ... qui sont prétendument destinés à nous apaiser.

Mme Annie David. Quand bien même!

M. Guy Fischer. En fait, ce ne sont que des écrans de fumée! Madame la ministre, j'insiste, vous voulez nous enfumer!

Mme Annie David. Cela devient une habitude!

M. Guy Fischer. Vous passez votre temps à cela, ce n'est pas sérieux! Nous travaillons vraiment dans des conditions détestables!

Mme Annie David. Absolument! Ce n'est pas possible de travailler ainsi!

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Pierre Godefroy. Madame la ministre, je ne peux qu'appuyer les propos de mon collègue Guy Fischer, car nous ne pouvons pas continuer ainsi. Hier, lorsque j'ai défendu la motion tendant au renvoi à la commission, j'ai pris soin de vous expliquer à quel point nous travaillions déjà dans des conditions difficiles. À l'évidence, celles-ci se sont encore dégradées!

Nous voyons régulièrement apparaître des amendements du Gouvernement, dont la plupart visent à remettre en cause le texte voté par la commission. Certes, en agissant ainsi, le Gouvernement est dans son droit, mais encore faut-il que nous ayons le temps d'étudier ses nouvelles propositions!

Se voir contraints de suspendre la séance parce que des amendements viennent d'être déposés sur un article dont nous venons de commencer l'examen, c'est tout à fait inacceptable!

En effet, Mme la ministre a pu travailler ses amendements avec ses collaborateurs, ce qui est normal. Le président, le rapporteur et les administrateurs de la commission ont sans

doute eu le temps de les examiner aussi. Quant à nous, nous sommes censés nous prononcer sur ces amendements sans pouvoir mener aucune investigation préalable. Nous allons devoir juger sur pièce.

Madame la ministre, je vous l'ai dit en commission, vous avez tort de ne plus vouloir des maires comme présidents de conseil d'administration. De la manière dont vous vous comportez à notre égard il ressort clairement que vous reconnaissez notre capacité à réagir promptement à toute demande. En tant que présidents de conseil d'administration, nous sommes tout aussi forts!

Je le répète, ce genre de comportement est inacceptable!

M. Guy Fischer. On en a assez! On va faire grève!

M. Bernard Cazeau. Faites venir Sarkozy!

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Pierre Chevènement. Madame la ministre, la réforme institutionnelle qui a été adoptée devait – c'est du moins ce que l'on nous a dit – démocratiser le travail parlementaire...

Mme Annie David. Exactement!

M. Jean-Pierre Chevènement. ... puisque, désormais, nous sommes amenés à débattre sur le texte adopté par la commission, ce qui déjà comporte certains inconvénients, comme nous venons de le voir: ainsi, les rapports des commissaires nous parviennent très tardivement.

Mais, alors que cette réforme était censée renforcer les droits du Parlement, force est de constater que, en termes de démocratie, nous avons régressé!

Proposer, comme vous le faites, d'en revenir à votre texte initial, c'est détruire le travail effectué tant en commission qu'en séance, c'est contredire l'esprit de la réforme institutionnelle – certains, ici, l'ont adoptée, d'autres, non –, dont l'objectif affiché était tout de même de donner au Parlement un droit de regard sur les textes d'origine gouvernementale.

Madame la ministre, je vous le dis très respectueusement, vous devriez réfléchir à la portée de vos actes: à ce stade de la procédure, vous ne devriez pas déposer ces amendements. (*Bravo! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Premièrement, M. le président de la commission des affaires sociales a demandé à réunir sa commission, ce qui est tout à fait son droit. Je me plie, bien évidemment, à l'organisation des travaux décidée par le Sénat, sa majorité, son opposition, ses différents organes. J'ai donc déféré sans faire de difficulté à la demande de suspension de séance, extrêmement courtoise, que m'a adressée M. le président de séance. Je suis en effet à la disposition de la Haute Assemblée pour travailler avec elle, selon les procédures qu'elle fixe.

Je tiens, deuxièmement, à répondre plus précisément à M. Chevènement.

M. Guy Fischer. Et nous? (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Ainsi qu'aux autres intervenants, certes! (*Nouveaux sourires.*) L'observation de M. Chevènement ne portait pas sur le projet de loi lui-même mais sur les principes.

Le Gouvernement a proposé un texte. Selon les dispositions du nouveau règlement, le texte débattu en séance publique est désormais celui de la commission, et non plus celui du Gouvernement.

Pour autant, le Gouvernement a-t-il perdu ses prérogatives et son pouvoir d'amendement? Non, bien entendu!

M. Jean-Pierre Godefroy. Mais pas dans ces conditions!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il est tout à fait normal que le Gouvernement puisse défendre ses amendements afin de définir sa position.

C'est le point très important qui a changé avec la réforme constitutionnelle. Auparavant, c'est vous qui étiez en position seconde: le texte du Gouvernement était examiné en séance publique et vous aviez le pouvoir d'amender. C'est désormais le texte de la commission qui est examiné, et le Gouvernement a le pouvoir d'amender.

MM. François Autain et Jean-Pierre Godefroy. Il y a un délai limite pour le dépôt des amendements!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En déposant des amendements, je ne dépasse en aucune façon mes prérogatives.

Heureusement que le Gouvernement peut encore défendre la philosophie de son texte devant le Parlement et n'est pas pieds et poings liés par les décisions de la commission! Sinon, la démocratie marcherait sur la tête!

M. Guy Fischer. C'est le cas!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il vous appartiendra ensuite d'adopter ou non ces amendements.

Cela dit, les dispositions en cause ne surgissent pas au dernier moment. Nous les avons déjà largement examinées. Elles ont été débattues par la commission des affaires sociales et dans bien d'autres enceintes. M. le président de la commission et M. le rapporteur vont donc faire un travail de réglage, mais le Gouvernement garde, bien entendu, la possibilité de définir sa position en proposant des amendements.

MM. Jean-Pierre Godefroy et François Autain. Pas à tout moment!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais si, à tout moment! C'est le règlement.

M. le président. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures, est reprise à vingt et une heures trente.)

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Dans la discussion des articles, nous continuons l'examen de l'article 5.

Article 5 (suite)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 409, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé:

I. - Au début du quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 de la santé publique, ajouter les mots:

Le budget prévisionnel,

II. - Supprimer le dixième alinéa du même texte.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Depuis son passage à l'Assemblée nationale, ce projet de loi a connu, c'est le moins que l'on puisse dire, d'importantes modifications. Il est même complètement transformé!

Aussi, sous la pression des manifestants, et pour éviter une situation absurde où les budgets prévisionnels des établissements publics de santé auraient pu être décidés sans que jamais personne en dehors du directeur de l'hôpital en connaisse le contenu, vous avez proposé que le conseil de surveillance, qui est censé venir remplacer le conseil d'administration, soit tenu informé du budget prévisionnel et donne sur ce dernier un avis, comme sur les investissements.

Cet avis, que nous avons obtenu à force de mobilisation, ne nous satisfait pas totalement. En effet, nous n'entendons pas participer à la création d'un organe de contrôle en lieu et place d'un organe de direction. Le mouvement n'est pas que sémantique puisque, nous le voyons ici, c'est bien de toute une partie de ses missions que vous amputez le conseil d'administration!

Je me souviens avoir entendu le Président de la République dire qu'il fallait une organisation nouvelle à l'hôpital, car il y avait d'importants blocages. Il a fait à cet égard une démonstration très compliquée, peu claire, visant à montrer que ceux qui avaient la force de dire « oui » étaient moins nombreux que ceux qui disaient « non » et que le « oui » était parfois une manière de dire « non ». Bref, il a noyé le poisson pour éviter d'aborder le sujet de fond!

Est-ce à dire que, demain, les représentants des personnels et des usagers, les élus des collectivités locales ne pourront plus s'opposer à un certain nombre de dérives comptables? Bel aveu du Président, qui a décidé de bâillonner le conseil de surveillance!

Il suffit, pour s'en convaincre, de prendre connaissance de la disposition que vous prévoyez pour le budget. Le conseil de surveillance n'aura plus à se prononcer, il ne pourra plus faire part de son opposition à des budgets insuffisants en votant contre. À peine pourra-t-il, dans son avis, faire part de son désaccord. Le directeur, quant à lui, n'aura plus qu'à écouter, à remercier le conseil de surveillance, et voilà! C'est la réalité de votre conception de la démocratie dans l'hôpital. Pour vous, les personnels administratifs et ouvriers n'ont pas leur mot à dire. C'est à croire que vous considérez que les représentants de ces personnels et des élus locaux ne disposent pas des capacités suffisantes pour participer réellement à la gestion de leurs établissements!

Naturellement, nous sommes opposés à votre conception d'une démocratie rabougrie à l'extrême. C'est pourquoi nous entendons permettre aux conseils de surveillance de se prononcer sur le budget de leurs établissements.

Madame la ministre, mes chers collègues, lors de sa candidature à l'élection présidentielle, Nicolas Sarkozy annonçait vouloir instaurer une démocratie irréprochable. On comprendra qu'il y a les discours de campagnes et la réalité des faits !

M. le président. L'amendement n° 1224, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Supprimer le dixième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

II. - Supprimer le douzième alinéa du même texte.

III. - Compléter le même texte par un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil de surveillance entend le directeur sur le budget prévisionnel ainsi que sur le programme d'investissement. »

La parole est à Mme la ministre, pour défendre l'amendement n° 1224 et donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 409.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je souhaite, à l'occasion de la présentation de cet amendement, rappeler que l'avis du conseil de surveillance n'est pas sollicité sur le budget prévisionnel ni sur le programme d'investissement et qu'en revanche le directeur est entendu sur ces deux points par le conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance joue un rôle majeur, précisément défini dans le projet de loi. Il doit orienter les décisions stratégiques de l'établissement, surveiller que son action répond bien à ses orientations. Il s'occupe, en amont, de la définition des objectifs et, en aval, du contrôle des résultats.

Aller plus loin serait contre-productif, car l'intervention directe du conseil de surveillance dans le domaine opérationnel se ferait au détriment de la cohérence de son action stratégique. Quand le conseil de surveillance se réunit, ce n'est pas pour entrer dans la méticulosité et dans le détail des choses. Nous sommes collectivement plus efficaces quand chacun remplit son rôle.

Laissons au directeur et au directoire un minimum de respiration pour conduire les actions permettant de mettre en œuvre la stratégie que le conseil de surveillance aura préalablement validée !

Agir autrement ne peut produire que de l'inertie et déresponsabiliser le directoire et son président, alors que je veux, au contraire, mettre chacun devant ses responsabilités.

Il faut, en revanche, évaluer les résultats, ce qui est, sans conteste, le rôle du conseil de surveillance. Il est évidemment très important de bâtir le dialogue permanent entre le directeur, chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement, et le conseil de surveillance auquel le président rend des comptes.

Par conséquent, afin de favoriser la transmission d'informations indispensables au contrôle et au maintien d'une relation de confiance entre le directeur et le conseil, le présent amendement vise à prévoir que le conseil de surveillance entend le directeur sur le budget prévisionnel, ainsi que sur le programme d'investissement de l'établissement.

Pour toutes ces raisons, je vous propose, d'abord, de supprimer l'extension du domaine de compétences consultatives du conseil de surveillance dans le programme d'investissement et le programme de recherche et de développement : le

conseil de surveillance se prononcera sur l'élément essentiel de formalisation de la stratégie de l'établissement, à savoir le projet d'établissement.

Je vous propose, ensuite, de prévoir que le conseil de surveillance entend le directeur sur le budget prévisionnel, ainsi que sur le programme d'investissement de l'établissement.

C'est ainsi que nous aurons une gouvernance d'hôpital, parfaitement cohérente, chacun étant dans son rôle.

Évidemment, le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 409.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 409 et 1224 ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 409 a pour objet de demander une délibération du conseil de surveillance sur le budget prévisionnel et sur les investissements. Cela ne correspond pas à l'objet du projet loi et ne figure pas dans le texte adopté par la commission des affaires sociales. Celle-ci a donc émis un avis défavorable.

Elle est, en revanche, favorable à l'amendement n° 1224.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Reprenons le texte de la commission, tel qu'il a été rédigé voilà quelques jours : « Le conseil de surveillance donne son avis sur le budget prévisionnel. » Ce soir, le Gouvernement propose la formule suivante : « Le conseil de surveillance entend le directeur sur le budget prévisionnel. », ce qui signifie une nette diminution des pouvoirs du conseil de surveillance.

Je ne comprends pas que M. le rapporteur ait accepté un tel recul par rapport à la rédaction que la commission a retenue il y a quelques jours. Nous avons, quant à nous, proposé des amendements qui allaient beaucoup plus loin puisque nous souhaitions que le conseil de surveillance délibère sur le budget prévisionnel.

Après discussion en commission, nous étions arrivés à un compromis, le conseil de surveillance donnant son avis sur le budget prévisionnel.

Et voici qu'aujourd'hui, cédant à la pression du Gouvernement, M. le rapporteur déclare accepter que le conseil de surveillance entende le directeur sur le budget prévisionnel ! Pourquoi ne pas aller encore plus loin et écrire que le directeur daigne, de temps en temps, informer les membres du conseil de surveillance de certaines dispositions du budget !

Nous avons bien raison de dire depuis quelques jours que l'influence des membres du conseil de surveillance ne cesse de reculer. Leur consultation tourne à la farce puisqu'ils n'ont même pas la possibilité de donner leur avis sur le budget prévisionnel que le directeur vient leur présenter !

Bref, nous sommes en désaccord total sur l'amendement du Gouvernement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 409.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1224.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

(*Il est procédé au comptage des votes.*)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 157 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	341
Majorité absolue des suffrages exprimés	172
Pour l'adoption	186
Contre	155

M. Guy Fischer. Cela devient intéressant !

M. le président. Le Sénat a adopté.

L'amendement n° 1176, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le cinquième alinéa (3° *bis*) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique :

« 3° *bis* Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement tend à modifier les compétences délibératives du conseil de surveillance sur les projets de fusion ou les projets de CHT incluant les CHU.

Plusieurs d'entre vous, mesdames, messieurs les sénateurs, m'avaient alertée sur la nécessité d'une telle modification. Je pense en particulier à Jean-Pierre Raffarin,...

M. François Autain. Si c'est Jean-Pierre, il n'y a pas de problème ! (*Rires sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... – mais pas seulement à lui (*Nouveaux sourires*) – qui avait appelé mon attention sur le fait qu'il pouvait y avoir en quelque sorte un déséquilibre entre un CHU, forcément très important, et les hôpitaux du territoire concerné, avec le risque que le gros poisson mange les petits.

Évidemment, on aurait pu envisager d'interdire la création d'une CHT autour d'un CHU, mais une telle option aurait sans doute été trop drastique, car ce peut être une solution.

Pour passer entre ces deux écueils – d'un côté, le risque d'une CHT trop dominée par un CHU ; de l'autre, l'impossibilité d'inclure un CHU dans une CHT alors que cela pourrait être utile –, j'ai donc proposé d'étendre le pouvoir de délibération du conseil de surveillance à la stratégie de coopération de l'établissement, ce qui recouvre l'adhésion à une CHT ou les projets de fusion.

Je souligne que les coopérations se font dans l'intérêt de chaque établissement et qu'elles traduisent des complémentarités de projets d'établissements entre structures comparables. Je m'inscris donc en faux, comme vous, par rapport à une approche qui pourrait conduire à des fusions par trop déséquilibrées.

Par ailleurs, j'insiste sur le fait que le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie globale par le biais de la délibération sur le projet d'établissement.

Toutefois, si je persiste dans l'idée que le conseil de surveillance doit non pas s'impliquer dans la politique opérationnelle mais renforcer son rôle de stratège et que le président du directoire est responsable de la gestion de l'hôpital, j'ai entendu la volonté du législateur, exprimée par nombre d'entre vous.

Par conséquent, je vous propose, mesdames, messieurs les sénateurs, un amendement qui permet au conseil de surveillance de délibérer sur une adhésion à une CHT dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante au projet.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis favorable.

M. Guy Fischer. Vous ne nous en dites pas plus?... Il y a une combine là-dessous !

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Je suis surpris, d'abord par la position du rapporteur...

M. Alain Milon, rapporteur. C'est celle de la commission !

M. Jean Desessard. Alors, je suis surpris par la position exprimée par le rapporteur...

Mme Marie-Thérèse Hermange. Elle a été exprimée en commission, et vous étiez présent !

M. Jean Desessard. ... et, surtout, par les arguments de Mme la ministre.

Si l'on s'en tient au 3° *bis* tel qu'il a été rédigé par la commission – puisque c'est en principe le texte que celle-ci a acté que nous examinons... –, est visée « toute mesure relative à la participation de l'établissement à une action de coopération ou à une communauté hospitalière de territoire, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs autres établissements publics de santé ».

Ce que vient de dire Mme la ministre, à savoir que le conseil de surveillance délibère sur les projets de fusion ou de coopération, est donc déjà dans le texte, à une différence près : Mme la ministre ôte une partie de son pouvoir au conseil de surveillance puisqu'elle vise, elle, « toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ». L'action de coopération disparaît donc.

Je m'étonne que la commission ratifie ce grignotage permanent des pouvoirs du conseil de surveillance, qui ne pourra ainsi plus donner son avis ni même délibérer sur une mesure relative à la participation de l'établissement à une action de coopération.

Je ne vois pas en quoi l'amendement empêchera les gros poissons de s'occuper des petits poissons ; au contraire, il donne toute liberté au directeur de faire ce qu'il veut, orientation que nous dénonçons depuis plusieurs jours.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1176.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 321, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz,

MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le huitième alinéa (6°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 7° La nomination et la révocation des membres du directoire.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement vise à donner un pouvoir supplémentaire au conseil de surveillance, qui pourra donner son avis sur la nomination et sur la révocation des membres du directoire.

M. François Autain. C'est une bonne idée.

M. Jean Desessard. Les membres du directoire qui auront à gérer au quotidien le fonctionnement et l'organisation de l'établissement doivent avoir non seulement la confiance du directeur d'établissement, mais aussi celle de l'ensemble des membres de la communauté hospitalière.

Leur nomination ne doit donc pas se faire sans l'aval du conseil de surveillance, qui doit donc pouvoir non pas simplement donner son avis mais aussi délibérer.

De même, la révocation d'un membre du directoire n'est pas un événement anodin dans la vie de l'hôpital. S'il existe un désaccord de fond entre le directeur d'établissement et un membre de l'équipe de direction, ce désaccord doit être réglé devant le conseil de surveillance.

Pour être sûr d'être bien compris, je rappelle que le directoire comprend des membres de droit, mais aussi des membres nommés par le directeur ; ce que je demande, c'est que la nomination comme la révocation des membres nommés par le directeur reçoivent au préalable l'aval du conseil de surveillance, afin qu'en cas de désaccord les quinze personnes qui composent le conseil de surveillance délibèrent et donnent leur avis.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Si le conseil de surveillance nomme et révoque le directoire, autant nommer le conseil de surveillance directoire, supprimer le directoire, se passer du directeur et donner au conseil de surveillance tous les pouvoirs de direction dans l'hôpital !

M. Jean Desessard. Je n'ai pas osé le proposer ! (*Rires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Alain Milon, rapporteur. L'avis de la commission est, évidemment, défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je suis très favorable à l'amendement présenté par mon collègue et ami Jean Desessard.

En effet, dans le texte qui est proposé par la commission, le directeur ne fait qu'informer le conseil de surveillance de la nomination et, éventuellement, de la révocation de membres du directoire. J'estime que ce n'est pas suffisant, en tout cas en ce qui concerne la révocation, car c'est un acte grave. Par conséquent, il faut non seulement que le conseil de surveillance soit informé, mais aussi qu'il donne son avis.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Monsieur le rapporteur, notre but n'est pas que le président du conseil de surveillance nomme les membres du directoire, mais qu'il délibère sur les propositions de nomination du directeur.

Allons donc au fond des choses. Normalement, on entend par directoire un ensemble de personnes indépendantes les unes des autres qui décident. Il se trouve que l'on parle là d'un directoire dont deux ou quatre membres, suivant qu'il s'agit d'un centre hospitalier ou d'un centre hospitalier universitaire, sont nommés par le directeur.

Autant dire que le directeur nomme deux ou quatre personnes qui voteront pour lui. Au directoire réel, composé des membres de droit, en particulier du président de la CME, s'ajoutent deux ou quatre membres qui ne sont là que pour lever le bras lorsque le directeur le souhaite.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Ses associés !

M. Jean Desessard. Avec en son sein une équipe constituée dans le but de contrebalancer le pouvoir de ses membres de droit, ce n'est donc pas un directoire au sens habituel du terme.

J'ajoute que ce n'est pas du tout la même chose que de prévoir que les nominations soient validées par le conseil de surveillance ou qu'elles soient décidées par le président du conseil de surveillance. Encore une fois, vous avez une vision un peu trop autoritariste du conseil de surveillance, lequel peut très bien débattre et prendre en considération les propositions du directeur.

M. François Autain. Il a raison !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 321.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 323, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. - Après le huitième alinéa (6°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

II. - En conséquence, supprimer le onzième alinéa du même texte.

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

M. Jean-Pierre Godefroy. L'article 5 remplace le conseil d'administration par un conseil de surveillance dont les compétences sont recentrées sur la définition d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle.

À l'Assemblée nationale, ces compétences ont été élargies sur deux points, à propos desquels le conseil de surveillance peut émettre un avis, mais non délibérer : la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en

charge des usagers, d'une part ; l'adhésion à une communauté hospitalière de territoire et à un groupement de coopération sanitaire ou le retrait de telles structures, d'autre part.

Cet amendement a pour objet de permettre la délibération du conseil de surveillance sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

En effet, à l'heure actuelle, les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers constituent un sujet crucial pour les conseils d'administration des centres hospitaliers. Tous ceux qui ont présidé un conseil d'administration d'hôpital le savent bien : le président, c'est-à-dire le maire, est extrêmement sollicité par la population sur les conditions d'accueil, notamment dans le service des urgences.

Si le texte reste en l'état, une fois qu'aura été institué le conseil de surveillance, lorsque le maire sera sollicité par ses administrés sur les problèmes d'accueil à l'hôpital, il n'aura plus qu'à leur répondre qu'il pourra seulement émettre un avis lors de la prochaine réunion du conseil de surveillance !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce sera déjà bien !

M. Jean-Pierre Godefroy. Ce n'est pas une bonne solution. Il faut que le conseil de surveillance ait à délibérer sur ces questions, car elles ont une incidence très directe sur l'organisation de nos villes.

M. le président. L'amendement n° 411, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

I. - Après le huitième alinéa (6°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

II. - Supprimer le onzième alinéa du même texte.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Avec cet amendement, nous entendons intégrer la définition de la politique d'amélioration continue des soins et des conditions d'accueil des usagers dans les domaines sur lesquels le conseil de surveillance sera amené à délibérer.

En effet, bien que nous ne soyons pas favorables à la manière dont est envisagé ce conseil de surveillance, nous prenons acte du fait qu'il sera le seul organe à réunir une grande diversité d'acteurs détenant tous des compétences et des connaissances leur permettant d'agir efficacement. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons lui conférer un pouvoir délibératif en matière de qualité et de sécurité des soins, de gestion des risques, de conditions d'accueil et de prise en charge des patients, car il s'agit de préoccupations majeures pour nos concitoyens.

Un sondage IFOP-*Le Quotidien du médecin* du mois de novembre 2007 montrait déjà que, si 90 % des Français interrogés estimaient avoir un bon système de santé, ils étaient en revanche 47 % à considérer que la qualité des soins baissait. Un sondage plus récent encore indiquait que, pour 56 % des personnes interrogées, notre système de santé ne permettait pas à tous les habitants de notre pays de bénéficier de la même qualité de soins.

M. Guy Fischer. C'est vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et pourtant l'espérance de vie progresse !

Mme Annie David. Le souci essentiel et permanent des établissements hospitaliers n'est-il pas, d'ailleurs, l'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des patients ? Il nous semble donc important que le conseil de surveillance, tel que vous l'organisez dans ce projet de loi, ait son mot à dire en la matière.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Ayant décidé de retenir sur cette question le texte de l'Assemblée nationale, la commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements, quasi identiques.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Dans ces conditions, le conseil de surveillance ne sert à rien !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet également un avis défavorable.

Nous avons de la chance : nous habitons un pays dans lequel, selon Mme David et M. Autain, nous sommes de plus en plus mal soignés, alors que l'espérance de vie ne cesse d'y augmenter !

M. Guy Fischer. Nous n'avons pas dit qu'on était de plus en plus mal soigné en France !

M. François Autain. Caricature ! Vous déformez délibérément nos propos !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est un véritable succès : les indicateurs de santé dans notre pays ne cessent de s'améliorer !

Je trouve ces amendements assez curieux : l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est évidemment un acte technique, qui incombe à une équipe composée de médecins, d'infirmiers, de logisticiens, de spécialistes de l'hygiène hospitalière.

Mme Annie David. C'est essentiel dans un hôpital !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Après tout, au nom de la démocratie, on pourrait aller encore beaucoup plus loin et proposer que le conseil de surveillance se rende au chevet des malades pour les soigner ! (*Exclamations sur les traversés du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est vraiment dérisoire comme argument !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce serait une innovation et une avancée tout à fait intéressantes !

M. Guy Fischer. Vous vous moquez de nous !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est vous qui vous moquez !

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 323.

M. Guy Fischer. Tout le monde n'est pas placé sur le un pied d'égalité en matière d'accès aux soins.

Mme Annie David. Exactement !

M. Guy Fischer. Il est vrai que notre système de santé place la France parmi les premières nations à cet égard.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ah, tout de même !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est grâce au service public !

M. Guy Fischer. Eh oui ! L'existence du service public permet aujourd'hui à une très grande partie de la population d'accéder aux soins.

Il reste que, à l'heure actuelle, les inégalités se creusent de plus en plus, madame la ministre,...

Mme Annie David. Vous le savez bien !

M. Guy Fischer. ...et que les plus démunis ont particulièrement du mal à accéder aux soins.

Mme Annie David. Bien sûr !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Et la CMU ?

M. Guy Fischer. Certes, la création de la CMU et de la CMU-C a permis aux 6 millions de Français qui n'avaient pas de couverture santé de mieux se soigner, mais il nous faut encore accomplir un effort d'information très important.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Ça, c'est vrai !

M. Guy Fischer. En effet, qu'il s'agisse d'actes médicaux ou d'appareillage, les plus démunis de nos concitoyens ne bénéficient pas de tout ce à quoi ils ont droit. Cette réalité-là, madame la ministre, vous ne pouvez pas la nier !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* C'est vrai, et je le répète souvent, mais où est le rapport avec votre amendement ?

M. Guy Fischer. Il n'est qu'à voir l'état physique de certains de nos concitoyens dans les quartiers populaires !

Il est de notre responsabilité d'être très attentifs à l'accroissement des inégalités.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Godefroy. Madame la ministre, vous nous avez suggéré ironiquement de proposer que le conseil de surveillance se rende au chevet des malades pour les soigner. Il n'est évidemment pas question de cela,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Me voilà rassurée ! (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Godefroy. ... mais, pour ma part – j'ignore comment font les autres présidents de conseil d'administration –, il m'est très souvent arrivé de me rendre dans les services hospitaliers. Certes, je n'y allais pas pour soigner les malades, je n'ai pas les compétences pour le faire, mais, lorsqu'il faut procéder à des restructurations ou lorsqu'il faut gérer des mouvements dans l'hôpital, le président, voire certains membres du conseil d'administration, ainsi que le président de la commission médicale d'établissement visitent les services.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Ils pourront évidemment continuer à le faire !

M. Jean-Pierre Godefroy. La configuration actuelle des conseils d'administration leur donne le pouvoir de délibérer sur ces questions. Demain, avec ce texte, les maires pourront toujours se rendre dans les établissements hospitaliers, mais ils n'auront plus qu'un seul pouvoir, celui de prendre l'engagement qu'ils feront part de ce qu'ils ont vu au conseil de surveillance. Si les amendements que nous avons présentés en commission sont maintenus, ce sera déjà mieux, mais nous en parlerons tout à l'heure.

Sur l'accueil, je réitère mon propos : l'accueil ne se réduit pas à ce qui se passe dans l'enceinte de l'hôpital, il englobe tout ce qui se trouve autour.

Accorder au conseil de surveillance le pouvoir d'en délibérer serait la moindre des choses !

M. Guy Fischer. Voilà !

M. Jean Desessard. Tout à fait !

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Madame la ministre, il nous faut constater que, si notre système de santé était il y a quelques années considéré par l'Organisation mondiale de la santé comme le premier du monde, depuis que votre majorité est au pouvoir, la situation s'est considérablement dégradée et la France se trouve aujourd'hui reléguée au treizième rang des pays européens.

Vous ne pouvez pas ne pas vous sentir responsables d'une telle rétrogradation puisque, entre-temps, sont intervenues un certain nombre de mesures, comme les franchises, les contributions diverses,...

M. Guy Fischer. Les déremboursements !

Mme Marie-Thérèse Hermange. Les 35 heures !

M. François Autain. ... qui ont augmenté considérablement la participation que les patients sont obligés de sortir de leur poche !

Voilà cinq ans, 25 % des personnes étaient contraintes de renoncer aux soins faute de moyens suffisants. Aujourd'hui, elles sont 39 % à le faire, parce que les soins sont trop coûteux, malgré une prise en charge partielle par la sécurité sociale.

Il est faux de soutenir que notre système de santé ne s'est pas dégradé depuis que votre majorité est au pouvoir. Et croyez bien que nous sommes les premiers à le regretter et à penser qu'une autre politique aurait certainement permis d'obtenir de meilleurs résultats.

Je conclurai en vous communiquant les résultats d'une enquête menée par l'Observatoire des inégalités sur l'accès aux soins des plus pauvres. Il ressort de cette étude que les personnes plus pauvres consultent plus rarement un médecin ou un spécialiste. Par ailleurs, 22 % d'entre elles, contre 7 % dans le reste de la population, n'ont pas de couverture complémentaire. Parmi celles qui sont âgées de moins de cinquante ans, 21 %, contre 17 % dans le reste de la population, n'ont pas consulté de médecin généraliste au cours de l'année précédant l'enquête de l'INSEE. La proportion est de 53 %, contre 40 % pour le reste de la population, quand il s'agit de spécialistes.

Mme Annie David. Ce sont les chiffres !

M. François Autain. Madame la ministre, vous avez affirmé au cours de la discussion générale que le taux de remboursement des soins était en moyenne de 78 %. C'est une contre-vérité : le chiffre que vous avez présenté intègre les remboursements à 100 % des soins prodigués à l'hôpital.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Cela compte !

M. François Autain. En réalité, le taux de remboursement de la médecine ambulatoire de ville est inférieur à 60 %.

Tous ces éléments attestent que la qualité des soins et l'accès aux soins se sont dégradés, que le niveau de remboursement a diminué. Tout le monde ne peut plus accéder librement à des soins de qualité. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Je souhaite éclairer la Haute Assemblée.

M. Autain a rappelé des données très importantes : le système de santé français est passé de la première à la treizième place. Comment expliquer une telle rétrogradation ? Est-ce parce que nous avons un système de soins plus mauvais ? Est-ce une question de remboursements, un recul des indicateurs ? Non.

Les organisations sanitaires internationales ont considéré qu'en mettant en place le médecin référent, puis le médecin traitant, la France avait empêché l'accès direct aux soins et au médecin. Voilà ce qui a provoqué ce recul !

Pour ma part, je continue à penser que la création du médecin référent, puis du médecin traitant était une excellente initiative.

M. François Autain. Pourquoi avoir supprimé le médecin référent ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est pareil ! Mais permettez-moi, s'il vous plaît, monsieur Autain, d'aller au bout de mon raisonnement !

C'est donc l'instauration dans notre pays du parcours de soins, qui est un élément tout à fait capital de notre système de santé, que les organisations internationales de santé considèrent comme un élément perturbateur.

Ne vous laissez donc pas, mesdames, messieurs les sénateurs, impressionner par ce recul apparent de la France : j'estime qu'il s'appuie sur des paramètres qui ne sont pas recevables. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. À l'instar de mon collègue Jean-Pierre Godefroy, je souhaite réagir aux propos de Mme la ministre lorsqu'elle a déclaré : « Vous n'imaginez tout de même pas le conseil de surveillance se rendant au chevet des malades ! »

Eh bien si, justement, cela me paraît tout à fait imaginable ! Le conseil de surveillance ne compte-t-il pas au moins cinq professionnels de santé, qui sont en contact direct avec les malades, ce qui n'est pas le cas du directeur ? Et y siègent aussi deux représentants des usagers, qui sont par définition en contact permanent avec les malades.

M. Jean-Pierre Raffarin. Nous sommes tous des usagers !

M. Jean Desessard. Dès lors, madame la ministre, je ne comprends pas bien le sens de votre remarque.

Par ailleurs, dans votre réponse à M. Autain, vous avez estimé que les choses allaient bien.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, je n'ai pas dit cela !

M. Jean Desessard. Si, madame la ministre, et vous avez dit à M. Autain d'arrêter de faire du catastrophisme.

Mais alors, puisque les choses vont si bien, pourquoi changer le système ? Pourquoi instaurer un conseil de surveillance qui n'aura plus de pouvoirs ? En général, lorsqu'une situation est satisfaisante, on ne cherche pas à la modifier. Lorsqu'une équipe marque des buts, en principe, elle est reconduite. À l'inverse, si elle perd plusieurs matchs d'affilée, on change l'entraîneur. Là, les choses vont bien, mais vous changez tout : je ne comprends pas votre logique !

Par ailleurs, même au sein des entreprises, le directeur ne décide plus tout seul. Toute décision est précédée de multiples discussions et échanges entre les différents niveaux concernés.

L'hôpital, c'est par excellence un lieu de complexité, notamment parce qu'il faut concilier un projet médical et la rigueur financière. Or c'est justement le compromis au sein du conseil

de surveillance qui permet de dégager un projet. Si j'osais, je dirais même que l'hôpital, plus que la complexité, c'est la « complexité » ! (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Raffarin. Ce n'est pas ainsi que vous allez nous séduire, mon cher collègue ! (*Rires sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 323.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 411.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 135, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

Dans le neuvième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

donne son avis

par les mots :

délibère également

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Ayant l'impression que les choses sont dites,...

M. François Autain. La messe n'est pas dite !

M. Jean Desessard. ... je défendrai rapidement cet amendement.

M. Guy Fischer. Ne vous résignez pas, mon cher collègue ! (*Sourires sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Jean Desessard. On commence tout de même à voir clair !

Il y a ceux qui pensent qu'un directeur va résoudre tous les problèmes : il dispose d'une certaine somme d'argent, et il faut que ça marche, non pas en fonction de ses convictions sur ce qui doit être fait, mais uniquement en fonction de cette somme qui lui est attribuée. Bien sûr, on lui adjoint un comité de surveillance parce qu'il faut bien que, à un moment donné, les professionnels de santé puissent donner leur avis.

Nous pensons, nous, qu'en raison de la complexité intrinsèque de l'hôpital deux pouvoirs doivent cohabiter : le pouvoir qui incarne la rigueur financière et qui est assumé par le directeur, car l'argent des contribuables investi dans le domaine de la santé ne doit effectivement pas être gaspillé, et le pouvoir de l'équipe médicale, dont le poids doit être équivalent. C'est à cette équipe qu'il revient de dire comment on doit soigner et de quels moyens elle a besoin.

Selon nous, ces deux pouvoirs doivent trouver un compromis au sein du conseil de surveillance. C'est pourquoi, par l'amendement n° 135, je propose que le conseil de surveillance délibère sur le budget prévisionnel, sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins – ce sont quand même bien les médecins appelés à siéger dans cette instance qui doivent se prononcer sur ce point ! – et sur le programme d'investissements.

Deux logiques s'affrontent donc : celle selon laquelle, du fait de la complexité de l'hôpital, le pouvoir médical et celui qui incarne la rigueur financière doivent cohabiter et celle selon

laquelle la rigueur financière doit prévaloir. Les tenants de cette seconde logique souhaitent évidemment que le conseil de surveillance ait le moins de pouvoirs possible.

Pour notre part, nous voulons respecter la complexité de l'hôpital et le pouvoir de l'équipe médicale.

M. François Autain. Très bien !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Malgré toute l'énergie que M. Desessard a dépensée pour essayer de convaincre la commission, il n'y est pas parvenu : elle émet donc un avis défavorable. (*Sourires.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Même avis que la commission, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Raffarin, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Raffarin. Comme vous, monsieur Desessard, j'admets le caractère complexe de l'hôpital et j'estime aussi qu'il faut trouver un équilibre entre les fonctions administrative et médicale. Il ne s'agit nullement, aujourd'hui, de nier cette nécessité. C'est d'ailleurs pourquoi de nombreux amendements ont été déposés sur ce point.

Cependant, nous voulons un pouvoir de décision finale. Tout le problème est là : c'est la capacité de décider qui est en cause.

M. François Autain. Comme si les médecins ne décidaient pas !

M. Jean-Pierre Raffarin. Nous acceptons toutes les étapes nécessaires, mais il ne faudrait pas que l'équilibre conduise à l'impuissance.

Ne faites pas semblant de croire que ceux qui ne souscrivent pas à votre approche récuse le rôle des différents acteurs : ceux-ci doivent pouvoir exprimer leur point de vue par le biais de leurs représentants au sein du conseil de surveillance. Simplement, une fois que ces acteurs ont été consultés, il faut que quelqu'un assume *in fine* la responsabilité.

Il s'agit non pas de donner tout le pouvoir à l'administration, mais de déterminer une responsabilité finale, une fois l'équilibre trouvé. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 135.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 322, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le neuvième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« - le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

M. Jean-Pierre Godefroy. Le paragraphe II de l'article 5 dispose que le conseil de surveillance « exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement ». Rappelons que, précédemment, le conseil d'administration arrêtait la politique générale de l'établissement.

Ce paragraphe précise également six points sur lesquels le conseil de surveillance a compétence pour délibérer, alors que le conseil d'administration était précédemment compétent sur quatorze points.

L'amendement n° 322 vise à renforcer les compétences de ce nouveau conseil. Le rôle de ce dernier est, selon nous, bien trop amoindri, même s'il est vrai que, depuis l'examen du projet de loi par l'Assemblée nationale, puis par la commission des affaires sociales du Sénat, il a été quelque peu étoffé. Espérons qu'il demeurera tel !

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est un élément essentiel du développement de l'établissement de santé, lui permettant d'assurer sa mission de service public. Il n'est pas pensable que le conseil de surveillance ne puisse émettre son avis sur ce sujet.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ne fait pas partie des domaines dans lesquels la commission a jugé utile la consultation du conseil de surveillance. Elle émet donc un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 322.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. Guy Fischer. C'est grave !

M. le président. L'amendement n° 136, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediène-Thierry et M. Muller, est ainsi libellé :

Après le onzième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« - la politique environnementale de l'établissement ;

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. J'aborde ici un aspect nouveau. Il s'agit de faire en sorte que le conseil de surveillance puisse donner son avis sur la politique environnementale de l'établissement.

Alors que le Parlement est sur le point d'adopter définitivement le premier volet du Grenelle de l'environnement et s'appête à en examiner le deuxième, le présent projet de loi ne comporte aucune mesure visant à réduire l'empreinte écologique de notre système de santé et semble complètement déconnecté de la dynamique du Grenelle.

Voilà deux ans, lors de la présentation du plan Hôpital 2012, Xavier Bertrand annonçait qu'aucun nouveau projet ne serait financé s'il omettait la dimension environnementale. Pourtant, à l'heure actuelle, en France, seuls trois établissements ont obtenu la certification ISO 14001 pour leur démarche globale d'amélioration des performances environnementales, contre quatre-vingts établissements situés chez nos amis allemands, avec lesquels notre pays entretient les meilleurs rapports, au plus haut niveau...

Maîtrise des consommations, notamment énergétiques, gestion des déchets, achats responsables : les pistes ne manquent pas pour que soit menée une véritable politique environnementale à l'hôpital.

Soigner sans polluer, c'est préserver la santé des générations futures et la planète. Aussi, par cet amendement, très mesuré et dont l'adoption ne devrait donc soulever aucune difficulté, nous vous proposons la mise en place d'une véritable politique environnementale dans chaque établissement, politique à laquelle seraient associés l'ensemble des acteurs de la vie de l'hôpital, à travers son conseil de surveillance.

Certains m'objecteront que cela se fait déjà et qu'il n'est pas besoin de saisir le conseil de surveillance de ces questions. Je leur répondrai qu'il est tout simplement nécessaire de donner des coups de pouce. Dès lors que le directeur sera contraint par les textes de soumettre au conseil de surveillance sa politique en matière d'empreinte écologique, force lui sera d'élaborer des projets précis. On n'imagine pas un directeur devant réduire les dépenses énergétiques de son établissement se présenter devant le conseil de surveillance sans projet ! Il va nécessairement suggérer des pistes, formuler des propositions, fussent-elles peu audacieuses.

Nous souhaitons donc aider les établissements à élaborer un plan tendant à réduire l'empreinte écologique des soins.

Bien sûr, même si nous ne prévoyons aucune obligation, cela n'empêchera pas certains établissements de mener malgré tout une politique environnementale. Mais il n'y aura aucune incitation à aller dans ce sens. En revanche, si l'équipe dirigeante a l'obligation de présenter un plan écologique d'établissement, elle devra proposer des pistes de réflexion au conseil de surveillance, et cela est totalement conforme aux orientations du Grenelle de l'environnement.

Aujourd'hui, étant donné la forte sensibilité écologique dont tout le monde se réclame, chacun s'affirmant plus écologiste que son voisin, des actes s'imposent. L'occasion nous est donnée aujourd'hui d'en accomplir un, et sans frais, par le biais de la présentation d'un projet écologique d'établissement devant le conseil de surveillance.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Selon la commission, la politique environnementale de l'établissement entre dans la sphère du pouvoir gestionnaire et ne relève pas du conseil de surveillance. Elle émet donc un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Même avis que la commission.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Pourquoi ?

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Une telle politique dépend évidemment du directeur. Du reste, je n'ai cessé de dire que le conseil de surveillance avait peu de pouvoirs ! Mais, si ce directeur est obligé une fois par an de présenter un projet écologique d'établissement, il devra auparavant y réfléchir et proposer des solutions. À l'inverse, si une telle obligation n'est pas prévue, les directeurs réticents se dispenseront de toute action en la matière. Or ce sont justement eux que nous souhaitons encourager à agir !

Votre réponse n'est pas sérieuse, monsieur le rapporteur. Bien sûr, vous avez parfaitement le droit de dire : « l'environnement, je m'en fiche ! », mais alors assumez votre position !

M. François Autain. Il n'assume pas !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 136.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1274, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I.- Rédiger comme suit le quinzième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique :

« Le conseil de surveillance peut communiquer au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur la gestion de l'établissement. »

II.- Rédiger comme suit le dernier alinéa du même texte :

« Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance est tenu informé de la procédure de certification. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement tend à imposer une information du conseil de surveillance sur la stratégie et sur la procédure de certification des comptes des établissements publics de santé.

Le conseil de surveillance joue un rôle majeur en matière non seulement de stratégie, mais aussi de surveillance et de contrôle de la gestion de l'hôpital, point extrêmement important. Pour remplir cette mission, il doit être en mesure d'exercer le contrôle permanent de l'établissement. C'est la raison pour laquelle l'amendement n° 1274 vise à étendre son pouvoir de communication auprès de l'ARS à ses observations sur la gestion de l'établissement.

Le texte actuel prévoit que le conseil de surveillance ne communique ses observations au directeur général de l'ARS que sur le rapport annuel présenté par le directeur. Je ne vois absolument pas pourquoi ce droit de communication serait limité à ces seules observations. Je vous propose donc une formulation plus large qui permet un contrôle en continu de la gestion de l'établissement.

Par ailleurs, je vous suggère une nouvelle rédaction de l'alinéa relatif au rôle du conseil de surveillance en matière de certification des comptes. En effet, la rédaction actuelle pose deux problèmes.

Tout d'abord, elle prévoit que les comptes de l'établissement doivent être certifiés par un commissaire aux comptes. Or, aux termes de l'article 47-2 de la Constitution, la coordination de la certification des comptes revient à la Cour des comptes. Dès lors, prévoir que seul un commissaire aux comptes peut certifier les comptes des hôpitaux serait contraire aux dispositions de la Constitution.

Ensuite, dans la rédaction proposée par la commission, c'est le conseil de surveillance qui nomme les commissaires aux comptes, alors que seul le représentant légal de l'établissement, c'est-à-dire son directeur, a la capacité d'attribuer un marché de prestation à un organisme certificateur.

M. Jean Desessard. C'est une règle formidable, comme l'a montré l'exemple des banques !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. À l'évidence, un conseil de surveillance ne passe pas un marché ! *(Exclamations sur les travées du groupe socialiste.)*

Je suis néanmoins très attachée à ce que le conseil de surveillance dispose de toutes les informations utiles à son contrôle.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je vous propose donc une solution qui permettrait de concilier nos objectifs avec les exigences constitutionnelles, en prévoyant que le conseil de surveillance est « tenu informé » de la certification des comptes. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je me permettrai, dans un souci de clarté, de rappeler les termes du texte de la commission sur le point que traite le paragraphe I de l'amendement : « Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement ».

Le Gouvernement propose, quant à lui, le texte suivant : « Le conseil de surveillance peut communiquer au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur la gestion de l'établissement. »

La commission a jugé que cette formulation différait de façon importante de la sienne et a donc émis un avis défavorable.

Pour ce qui est des comptes de l'établissement, deux articles importants du projet de loi se trouvent concernés. Dans le II de son amendement, le Gouvernement ne vise que l'article 5.

Pour notre part, nous avons écrit : « Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes. »

Le Gouvernement propose : « Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance est tenu informé de la procédure de certification. »

Deux problèmes se posent.

Tout d'abord, la commission tient à confier au conseil de surveillance la nomination du commissaire aux comptes.

Ensuite, à l'article 9 du projet de loi, sa rédaction prévoit que la certification est coordonnée par la Cour des comptes, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Dès lors, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je suis désolé d'allonger les débats, mais il est nécessaire de déposer ici un sous-amendement ! En effet, l'amendement du Gouvernement ne saurait être mis aux voix sans que soient ajoutés les mots « et de l'autonomie » après « agence régionale de santé ». Ce point me semble fondamental ! (*Sourires.*)

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Mais cette appellation ne va pas durer !

M. François Autain. Certes, monsieur le président de la commission, mais je suis formaliste, d'autant que cet oubli cache peut-être une volonté du Gouvernement de refuser la modification adoptée par la commission, sur laquelle il ne s'est d'ailleurs jamais prononcé.

Je suis inquiet que les mots « et de l'autonomie » ne soient pas repris ici, car cela signifie peut-être que le Gouvernement n'est pas favorable à cette modification, pourtant fort bienvenue, me semble-t-il.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non ! Il y aura une codification par la suite !

M. François Autain. Nous ne comprendrions pas que cette proposition ne soit pas sous-amendée. Il s'agit bien ici de « l'agence régionale de santé et de l'autonomie ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et que pensez-vous sur le fond de l'amendement ?

M. François Autain. Madame la ministre, je ne m'exprime pour l'instant que sur les questions de forme, qui cachent souvent des problèmes de fond, comme vous le savez. (*M. le président de la commission des affaires sociales s'esclaffe.*)

M. le président. Monsieur Autain, en le sous-amendant, vous soutenez donc l'amendement déposé par le Gouvernement?...

M. François Autain. Monsieur le président, avant de me prononcer sur cet amendement, je propose un sous-amendement ! Si celui-ci est adopté, je m'exprimerai sur le fond.

M. le président. Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 1277, présenté par M. Autain, et qui est ainsi libellé :

Dans le texte proposé par le I de cet amendement pour le quinzième alinéa de l'article L.6143-1 du code de la santé publique, après les mots :

de santé,

insérer les mots :

et de l'autonomie

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1277.

(*Le sous-amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Je ferai simplement observer que le rejet de ce sous-amendement entraîne automatiquement, par coordination, la substitution, tout au long de ce texte, d'« agence régionale de santé » à « agence régionale de santé et de l'autonomie ». À la suite de notre vote sur le sous-amendement de M. Autain, la mention de l'autonomie disparaît !

M. Jean-Pierre Raffarin. Bravo, monsieur Autain ! Quel talent ! (*Sourires sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. J'en viens au fond, car, comme le disait à l'instant M. Autain, après les questions de forme, il faut s'exprimer sur le fond ! (*Sourires.*) Or, sur le fond, je crois que M. le rapporteur a raison.

Mes chers collègues, puis-je vous faire part de mon expérience de président du conseil de surveillance de la caisse nationale d'allocations familiales ? Pendant des années, mes collègues au sein de ce conseil de surveillance et moi-même avons tenté de suivre attentivement l'évolution des comptes, qui semblaient corrects dans l'ensemble. Même si nous éprouvions des difficultés à obtenir certaines informations, tout semblait normal.

Puis, il a été demandé à la Cour des comptes de certifier les comptes de la CNAF, et elle s'y est refusée, par deux fois déjà – nous verrons ce qu'il adviendra à l'avenir –, car bien des irrégularités apparaissaient.

Comme Mme la ministre l'a souligné à juste titre, il est important que la coordination, telle qu'elle est prévue par la Constitution, soit respectée. Toutefois, la commission règle cette question à l'article 9 du projet de loi, où se trouve clairement prévue la coordination des certifications.

Bien sûr, la Cour des comptes est amenée à certifier les comptes de l'État, voire ceux des grandes caisses. Mais comment imaginer qu'elle pourra certifier les comptes de tous les établissements de santé? Pour ma part, je n'y crois pas un seul instant!

Si la CNAF, à l'époque où n'existait pas cette certification de ses comptes par la Cour des comptes, avait bénéficié du travail d'experts au sein de son conseil de surveillance, bien des anomalies auraient été dépestées très vite. Aucun conseil de surveillance ne peut exercer sérieusement sa mission, me semble-t-il, s'il ne dispose pas, chaque année, d'une certification réalisée par des commissaires aux comptes compétents!

M. Jean-Pierre Godefroy. Bravo!

M. Jean Desessard. Je pourrais, moi aussi, donner des exemples!

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote sur l'amendement n° 1274.

M. Yves Daudigny. Je suis très défavorable à l'amendement du Gouvernement.

Pourquoi écrire: « peut communiquer »? Faut-il comprendre que la communication n'est plus obligatoire parce que le directeur de l'agence ne se soucie guère des avis donnés par le conseil de surveillance? Cela signifierait que, une fois encore, on accorde bien peu d'importance à ce dernier!

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Je crois que M. le président de la commission des affaires sociales et M. le rapporteur ont adopté une position de bon sens. En effet, madame la ministre, il ne s'agit plus là d'une question de droite ou de gauche, mais de simple bon sens,...

M. Jean-Pierre Raffarin. Le bon sens est à droite! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

M. Jacky Le Menn. ... que nous pouvons tous partager, me semble-t-il.

Il est impensable que la Cour des comptes, qui a tant à faire, puisse travailler sérieusement sur les comptes de tous les établissements de santé de ce pays!

En outre, la remarque de notre collègue Yves Daudigny sur l'utilisation de l'indicatif présent « communique », qui a valeur d'obligation, est elle aussi de bon sens. Nous devons montrer toute notre considération pour le conseil de surveillance, qui apporte son aide aux établissements, et que l'on a déjà bien déshabillé!

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Nous considérons que le texte de la commission est meilleur que celui qui est présenté par le Gouvernement. Nous sommes donc défavorables à l'amendement déposé par ce dernier.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Très bien! Cela fera du travail pour le privé...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1274.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Madame la ministre, vous n'avez guère de succès...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je cache mon chagrin! (*Sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 674, présenté par Mme Hermange, est ainsi libellé:

I. - Compléter l'avant-dernier alinéa du II de cet article par une phrase ainsi rédigée:

Il se fait communiquer les chiffres du coût des laboratoires de recherche au sein de l'hôpital.

II. - Après le même alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé:

« Le conseil de surveillance veille à ce que les conventions au sens de l'article L. 6142-3 du code de la santé publique précisent les axes stratégiques de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional et portent en particulier sur la politique de recherche de l'université, sur ses conséquences quant à l'organisation hospitalière, les modalités de son déploiement au sein du centre hospitalier et universitaire et les modalités de participation du centre hospitalier régional et le cas échéant des autres établissements de soins à l'enseignement universitaires et post-universitaires;

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Quand j'étais chargée de l'assistance publique à la mairie de Paris, j'ai pu constater que l'hôpital n'avait guère de visibilité sur les laboratoires de recherche installés dans ses murs. J'ai observé également que le CHU ne tirait pas toujours les conséquences de la politique de recherche de l'université sur l'organisation de l'hôpital ni sur les modalités du déploiement de cette politique en son sein.

C'est pourquoi je propose que le conseil de surveillance veille à ce que les conventions au sens de l'article L. 6142-3 du code de la santé publique précisent les axes stratégiques de la politique de recherche menée au sein de l'hôpital.

J'ajoute, madame la ministre, que ce projet de loi relatif à l'hôpital ne fait pas mention de la politique de la recherche. J'en avais fait la remarque en commission des affaires sociales, et le président About m'avait alors incitée à présenter un amendement.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Vous êtes habile, madame Hermange! (*Sourires.*)

Mme Marie-Thérèse Hermange. La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement, mais j'ai tenu à le défendre en séance de manière à susciter une discussion sur cette question et parce qu'il me paraît important que la politique de recherche soit mentionnée dans un projet de loi sur l'hôpital.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 674 comprend deux parties.

S'agissant du I, on peut objecter que le conseil de surveillance a déjà accès à toutes les informations qu'il souhaite. Il peut donc se faire communiquer les chiffres qui sont évoqués ici sans qu'il soit nécessaire de préciser ce point.

Quant au II, il pose un problème de rédaction, lié à l'insertion de cette disposition dans notre texte.

La commission avait choisi de s'en remettre à la sagesse du Sénat, mais elle sera très attentive à l'avis du Gouvernement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'amendement n° 674 vise à permettre la communication au conseil de surveillance du coût des laboratoires de recherche au sein des hôpitaux et à prévoir que les conventions hospitalo-universitaires définissent les axes stratégiques de la politique de recherche menée. Il s'agit là, me semble-t-il, d'objectifs auxquels chacun peut souscrire.

Il est très important que la refondation et la valorisation du cadre et du contenu des conventions hospitalo-universitaires permettent aux CHU de devenir, à côté des universités, bien sûr, des acteurs majeurs de la recherche et de conduire leurs missions d'enseignement et de soins grâce à un pilotage et une gouvernance rénovés. C'est tout le sens de la réflexion menée par la commission sur la réforme des centres hospitalo-universitaires. Je présenterai d'ailleurs quelques amendements qui sont inspirés des conclusions des travaux de cette instance et qui visent à mieux articuler les conventions hospitalo-universitaires avec les autres outils de cadrage, tels que le projet d'établissement et le contrat triennal.

Si Mme Hermange veut bien me créditer de sa confiance, dès lors que ses objectifs sont aussi les miens, je lui demanderai de retirer son amendement, qui sera satisfait par des dispositions que je défendrai ultérieurement.

M. le président. Madame Hermange, l'amendement n° 674 est-il maintenu ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Nous n'avons pas encore connaissance des amendements évoqués par Mme la ministre, mais je lui fais bien sûr toute confiance ! (*Exclamations amusées sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. Vous avez tort ! (*Sourires.*)

Mme Marie-Thérèse Hermange. Il s'agit là d'un élément majeur d'une politique hospitalière. En effet, on ne mesure pas suffisamment les conséquences d'une politique de recherche sur l'organisation hospitalière.

On ne mesure pas non plus combien, à partir d'une politique de recherche, on peut impulser, à l'intérieur de l'hôpital, des partenariats public-privé...

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat et M. Guy Fischer. Ah !

M. François Autain. Le fameux cordon ombilical !

Mme Marie-Thérèse Hermange. ... dans tel ou tel secteur ni combien les modalités de participation du centre hospitalier régional sont importantes, aussi bien pour l'hôpital que pour l'enseignement universitaire et postuniversitaire.

Je retire donc mon amendement, au profit de ceux que proposera le Gouvernement sur ce sujet.

M. le président. L'amendement n° 674 est retiré.

L'amendement n° 413, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

I. - Au début du deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer les mots :

au plus cinq

par les mots :

au moins six

II. - Procéder à la même substitution au début du troisième alinéa (2°) du même texte.

III. - Procéder à la même substitution au début du quatrième alinéa (3°) du même texte.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Cet amendement vise à renforcer les conseils de surveillance des établissements publics de santé en augmentant le nombre de représentants de chacun des collèges.

Par ailleurs, nous proposons de contribuer à la revalorisation du collège des personnes qualifiées en précisant que celui-ci doit être composé en majorité de représentants des usagers du service public hospitalier.

Cet amendement s'inscrit dans le cadre de la démarche de mon groupe tendant à accroître les contre-pouvoirs dans le milieu hospitalier.

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

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

Il est écrit dans le texte : « Au plus cinq ». Nos collègues nous proposent d'écrire à la place : « Au moins six ». Mais je suis sûr que si le texte prévoyait « Au moins six », ils auraient proposé « Au moins sept » ! (*Rires.*)

M. François Autain. Comment pouvez-vous imaginer cela venant de nous ? (*Mêmes mouvements.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Défavorable : nous avons déjà prévu une personne supplémentaire dans chacun des collèges et cela me paraît satisfaisant.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 413.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 412, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

I. - Après les mots :

les autres membres étant

rédiger comme suit la fin du troisième alinéa (2°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

élus à la proportionnelle à l'occasion d'un suffrage organisé au sein de l'ensemble du personnel simultanément avec l'élection du comité technique d'établissement.

II. - Après le troisième alinéa (2°) du même texte, insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Avec cet amendement, nous entendons poursuivre nos efforts pour transformer véritablement ce conseil de surveillance dépourvu de tout pouvoir.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il est élu à la proportionnelle !

M. Guy Fischer. Tous ici, à un moment ou un autre de notre parcours, nous avons fait partie d'un conseil d'administration d'hôpital et nous savons que c'est vraiment là que l'on prend part aux décisions.

Or le fait de remplacer les conseils d'administration des hôpitaux par des conseils de surveillance constitue une régression de la « démocratie sanitaire », non seulement du fait de la diminution de prérogatives que cela entraîne, mais également en raison des règles choisies pour sa composition.

Ce sujet a fait l'objet de longs débats en commission, mais ces règles, que M. le rapporteur a, paraît-il, souhaité clarifier, sont encore, de notre point de vue, particulièrement floues.

Ce que l'on sait, c'est que le conseil de surveillance sera composé au maximum de quinze membres. En revanche, la formulation, qui précise uniquement le nombre maximal de personnes pour chaque catégorie de représentants, donne à penser que les différentes catégories de personnels et les usagers ne seront pas nécessairement représentés.

En l'absence de précision supplémentaire, l'opacité est totale!

En l'état, l'article 5 dispose qu'« au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public » siègeront dans ce conseil, que l'un d'eux sera « un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques », les autres membres étant « désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ».

En somme, la représentation au sein du conseil de surveillance sera essentiellement le fruit de nominations. Mais sur quels critères seront-elles fondées? Sans une véritable démocratisation globale, impliquant une révision de l'équilibre des pouvoirs dans l'organisation de l'hôpital, mais aussi au sein même du conseil de surveillance, cette dernière instance ne permettra pas de répondre aux objectifs que vous avez pourtant vous-mêmes fixés à la loi, et notamment celui-ci : « mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ».

C'est pourquoi nous proposons de supprimer ce système de nominations pour le remplacer par une élection spécifique des représentants du personnel médical et non médical. Une telle mesure répondrait, à notre sens, aux attentes manifestées en matière de transparence et de démocratie au sein des services publics.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission estime que la procédure proposée serait bien trop lourde à mettre en œuvre. Elle est donc défavorable à cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Défavorable, pour les mêmes raisons.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Monsieur le rapporteur, l'argument que vous venez d'avancer n'est pas sérieux. Si maintenant on décide de ne pas organiser une élection au motif que cela est trop compliqué, pourquoi ne pas appliquer le même raisonnement aux autres élections, par exemple aux européennes? (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Chevènement. Très bien! (*Nouveaux sourires.*)

M. Jean Desessard. On ne peut pas tenir de tels raisonnements dans cette enceinte! Ce n'est vraiment pas admissible!

Si vous jugiez que ce n'est pas une représentation syndicale ou une représentation catégorielle du personnel qu'il faut dans ce conseil, je pourrais le comprendre. Si vous disiez qu'on doit plutôt choisir des personnes qui ont l'habitude de gérer des services pour pouvoir assurer la coordination et mener des discussions, tandis que le directeur est, quant à lui, garant de la rigueur financière, je pourrais entendre cet argument fondé sur l'idée que le conseil de surveillance est chargé de faire face à des situations complexes.

Mais dire qu'on ne doit pas organiser d'élections des représentants du personnel au sein du conseil de surveillance parce que c'est trop « lourd », non, vraiment, ce n'est pas une objection recevable dans cet hémicycle!

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. M. le rapporteur nous accuse de faire des propositions conduisant à des procédures trop longues et surtout trop lourdes.

Le sujet sera abordé plus tard, mais je voudrais tout de même signaler que, dans les négociations conventionnelles avec les professions médicales qui sont en cours, le Gouvernement a reculé: il accepte de donner aux différentes professions médicales la possibilité de négocier leurs conventions. Dans cette optique, on va donc créer, si ma mémoire est bonne, sept collèges. Sans doute est-ce pour simplifier les choses...

Certes, il n'est pas obligatoire d'aller jusqu'à sept collèges, mais on a tout de même multiplié par cinq ou six le nombre actuel!

M. François Autain. Ça, en revanche, c'est léger! (*Rires sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. Autrement dit, lorsqu'il s'agit de satisfaire les différentes professions médicales, on est tout prêt à inventer une procédure particulièrement « lourde »! (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'esclaffe.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 412.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1177, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

Rédiger comme suit le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique:

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, dont une désignée par le président du conseil économique et social de région, deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de la santé et deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 désignés par le représentant de l'État dans le département.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Après une discussion approfondie avec M. le président de la commission des affaires sociales, je souhaiterais rectifier mon amendement sur la question du mode de désignation des personnalités qualifiées, de manière que sur les cinq au plus qui seront amenées à siéger au conseil de surveillance, deux soient désignées par le directeur général de l'ARS et trois par le préfet.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 1177 rectifié, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

Rédiger comme suit le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, trois dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 désignées par le représentant de l'État dans le département et deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de la santé. »

Veuillez poursuivre, madame la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le président de la commission a fait valoir que le mode de désignation proposé à travers cette rectification lui paraissait meilleur.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il est plus proche du terrain !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet, monsieur le président de la commission. J'ai donc accepté d'entrer dans ce raisonnement.

Le conseil de surveillance, pour exercer son rôle de contrôle, doit disposer d'une assise large et diversifiée. Le projet de loi, à travers la répartition des membres en trois collèges, répond à cet objectif. Le conseil sera donc composé d'un collège des élus, d'un collège des personnels et d'un collège de personnalités qualifiées.

Ces personnalités qualifiées devront avoir des profils variés et des expériences diversifiées pour contribuer à la définition de la vision stratégique globale des établissements.

Le conseil doit aussi comporter, dès lors que les établissements publics sont financés par la collectivité nationale, des personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département, ainsi que le prévoit le présent amendement.

Mme Annie David. Pardonnez-moi, monsieur le président, mais je voudrais être sûre d'avoir bien compris le contenu de l'amendement du Gouvernement tel qu'il vient d'être rectifié. Les deux représentants des usagers font bien partie des trois personnalités qualifiées désignées par le préfet?...

M. le président. Absolument, ma chère collègue : c'est trois dont deux. Mais il faut convenir qu'il n'est pas très facile de travailler dans ces conditions... (*Marques d'approbation.*)

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Avant la rectification, la présence d'une personnalité qualifiée désignée par le conseil économique et social de région nous gênait un peu. Mme la ministre a su devancer notre souhait. (*Sourires.*)

Dans la mesure où il est désormais prévu que deux personnalités qualifiées seront désignées par le directeur de l'ARS, et trois, dont deux représentants des usagers, désignées par le représentant de l'État dans le département, nous sommes favorables à l'amendement n° 1177 rectifié.

M. le président. La parole est à M. Hugues Portelli, pour explication de vote.

M. Hugues Portelli. Étant totalement ignare sur ces sujets, je voudrais m'instruire : qu'est-ce qu'un usager de l'hôpital? (*Sourires.*)

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ce sont les associations de patients reconnues !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Godefroy. Il faut reprendre les choses depuis le départ, c'est-à-dire depuis la réunion de la commission.

En commission, Mme la ministre avait déjà défendu la nomination des cinq personnalités qualifiées par l'État. Après une longue discussion, la commission s'est prononcée – par vingt-neuf voix contre vingt-quatre, si ma mémoire est bonne – en faveur de la nomination de deux représentants par le maire de la commune siège de l'établissement ou le président du groupement et de deux personnes par le préfet, cette répartition entre les représentants territoriaux et locaux, d'une part, et l'État, d'autre part, lui paraissant équilibrée.

Or, aujourd'hui, je suis surpris et déçu de constater que, devant l'insistance de Mme la ministre, la commission revient sur sa position, alors même qu'elle avait statué en pleine connaissance de cause. Je suppose qu'elle a ses raisons, que j'ignore, mais nous y reviendrons tout à l'heure à l'occasion de la présentation d'un de nos amendements.

Quant à la position que vous défendez, madame la ministre, on voit bien que vous voulez instaurer le « tout État ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais non !

M. Jean-Pierre Godefroy. C'est pourtant clair ! Dès l'instant où vous faites désigner les personnalités qualifiées par des représentants de l'État, où vous donnez les pleins pouvoirs aux directeurs nommés par l'État, où vous ôtez tout pouvoir de contrôle financier au conseil de surveillance, je le répète, vous voulez nous imposer le « tout État » !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. En l'occurrence, pour le conseil de surveillance, c'est plutôt le « tiers État » ! (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Godefroy. Là encore, je suis surpris et je dirai, sans vouloir blesser personne, que cette réforme de la gouvernance hospitalière s'apparente à une « soviétisation libérale » ! (*Rires et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Elle part de tout en haut pour descendre tout en bas, sans que nous n'ayons rien à dire, rien à voir ! Je parle de l'organisation, chers camarades ! (*Nouveaux rires.*)

Dans de telles conditions, ces conseils de surveillance auront beaucoup de mal à fonctionner et la volonté manifeste de limiter le pouvoir et la place des élus locaux ou territoriaux en leur sein est une grande erreur dont vous vous apercevrez un jour.

M. le président. L'amendement n° 618 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le 3° du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département où est situé l'établissement, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-2.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement revient au texte transmis par l'Assemblée nationale concernant le troisième collège du conseil de surveillance, en précisant que les cinq personnalités qualifiées sont désignées par le représentant de l'État dans le département, dont au moins deux représentants des usagers.

Une telle solution présenterait l'avantage de faire nommer par le préfet des personnes connaissant le fonctionnement des établissements, le plus souvent de proximité. En outre, cela

donnerait au conseil de surveillance une certaine indépendance. Je ne suis pas sûr, de ce point de vue, qu'il soit utile de laisser l'ARS désigner deux personnalités qualifiées, comme le propose Mme la ministre.

Concernant les élus, dès lors qu'ils ont cinq représentants, ce qui leur donne à peu près le même poids que dans les actuels conseils d'administration, j'estime que c'est suffisant.

S'il le faut, je me rallierai à l'amendement du Gouvernement, mais je pense que la formule adoptée par l'Assemblée nationale – une fois n'est pas coutume! – était plutôt satisfaisante. (*M. Jean Desessard s'esclaffe.*)

M. le président. L'amendement n° 670, présenté par Mme Hermange, est ainsi libellé :

Dans le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer les mots :

au plus deux nommées

par les mots :

le représentant du comité d'éthique de l'établissement ainsi qu'une nommée

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, dont je suis membre, est souvent saisi par les directeurs d'hôpitaux, notamment sur des questions de coût et d'accès aux soins.

Je propose donc que le représentant du comité d'éthique de l'établissement, quand il en existe un, puisse faire partie du conseil de surveillance.

M. le président. L'amendement n° 1276, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après le septième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il s'agit de permettre au représentant du comité d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'il existe, de siéger au conseil de surveillance avec voix consultative, dans le respect de ses prérogatives et de son indépendance.

Si une réflexion éthique s'impose dans tous les établissements, ces derniers sont libres d'en définir les modalités.

La voix consultative permettra au comité d'intervenir pour éclairer les débats sans avoir à se prononcer sur des sujets qui ne relèvent pas de ses compétences, par exemple en matière de gestion financière.

Je pense, madame Hermange, que cet amendement devrait vous donner satisfaction.

Mme Marie-Thérèse Hermange. La voix consultative du comité d'éthique de l'établissement est effectivement importante.

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

M. Alain Milon, rapporteur. J'indique, tout d'abord, à notre collègue Hugues Portelli que l'article L. 1114-1 du code de la santé publique définit les usagers comme « les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades ».

Je l'ai déjà indiqué, la commission est favorable à l'amendement n° 1177 rectifié.

Elle sollicite le retrait de l'amendement n° 618 rectifié, faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

La commission avait trouvé l'amendement n° 670 excellent, sans toutefois savoir quelle place donner au représentant du comité d'éthique au sein du conseil de surveillance ni, surtout, s'il fallait le doter d'une voix délibérative ou consultative. Le Gouvernement a trouvé la solution !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Et la lumière est arrivée !

M. Alain Milon, rapporteur. La commission demande donc le retrait de l'amendement n° 670 et donne un avis favorable sur l'amendement n° 1276 du Gouvernement.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 618 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Non, monsieur le président, et je me rallie à l'amendement n° 1177 rectifié.

M. le président. L'amendement n° 618 rectifié est retiré.

Madame Hermange, l'amendement n° 670 est-il maintenu ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Non, monsieur le président, je le retire également, au profit de l'amendement n° 1276.

M. le président. L'amendement n° 670 est retiré.

Monsieur Desessard, vous m'avez fait remettre une proposition de sous-amendement à l'amendement n° 1177 rectifié. Malheureusement, ce sous-amendement n'est pas recevable, car il ne se raccroche pas au texte de l'amendement. En fait, ce que vous prétendez proposer, c'est un nouvel amendement. Or, en vertu de notre règlement, nous ne pouvons pas travailler ainsi.

M. Jean Desessard. Là, je suis d'accord, monsieur le président : on ne peut pas travailler ainsi ! (*Rires.*)

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Men, pour explication de vote sur l'amendement n° 1177 rectifié.

M. Jacky Le Men. Comme je l'ai déjà dit en commission, la question dont nous débattons soulève des passions et révèle des incompréhensions.

Il convient de le rappeler, la présence des personnalités qualifiées au sein du conseil de surveillance est destinée à apporter un « plus », à répondre à un besoin, non à politiser les choses, ce qui paraît être le fantasme de Mme la ministre dans cette affaire. Elle considère qu'il revient à l'État de désigner des experts, pris parmi les usagers ou d'autres, pour que les choses marchent bien.

On raisonne comme si nos structures de soins concernaient uniquement les activités de MCO, médecine, chirurgie, obstétrique, alors qu'un grand nombre de structures hospitalières comprennent en réalité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des EHPAD. Et c'est d'autant plus courant – Mme Létard pourrait le confirmer – que l'on a, au cours de la période récente, fait basculer de nombreuses unités de soins de longue durée, ou USLD, dans le cadre des EHPAD.

M. Guy Fischer. Cela coûte moins cher !

M. Jacky Le Menn. Or, par ce biais, on met les finances des départements à contribution.

Ainsi, dans mon département – je suis vice-président du conseil général d’Ille-et-Vilaine –, où j’ai suivi ce problème de près, sur 1 515 lits de soins de longue durée, environ 500 lits ont été conservés en USLD, redéfinie selon la nouvelle méthode – que je ne conteste d’ailleurs pas –, les 1 000 lits restants ayant été transférés dans les EHPAD.

Les conseils généraux contribuant massivement au nouveau système de financement – que je ne détaillerai pas ce soir, compte tenu de sa complexité –, il n’y a aucune raison de ne pas leur donner la possibilité de désigner des personnalités qualifiées pour leur permettre de suivre les politiques qui seront définies au niveau du conseil de surveillance

La commission des affaires sociales avait trouvé une proposition équilibrée, où l’État n’était pas écarté, puisque le représentant du département était présent. À la limite, nous aurions pu aller plus loin, par le biais d’un sous-amendement, par exemple, afin d’essayer de trouver une expertise équilibrée concernant les nombreuses personnes qui, sur le territoire, se trouvent hébergées dans ce type d’établissements.

Je me tue à l’expliquer depuis le début de nos travaux, il s’agit d’instaurer un équilibre permettant de s’opposer à une volonté de la part de l’État de transformer l’ensemble des hôpitaux français en « usines à santé » sous couvert de logique comptable. Il importe d’estomper cette volonté et de dissiper les écrans de fumée ! Le Gouvernement est-il prêt à opérer une telle avancée ?

Sachant que des milliers de lits dans les établissements bénéficient des financements croisés de l’État et des conseils généraux, il est normal que les élus puissent désigner aussi des experts, le cas échéant conjointement avec le directeur de l’ARS ou le préfet, et qu’ils ne soient pas écartés dans une disposition qui prévoirait cinq personnalités désignées par l’État ou par l’ARS. Ce serait totalement incompréhensible, illogique !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Chevènement. « Loi Bachelot : “un texte d’apaisement” au Sénat ». Tel était le titre d’un article du *Figaro* de lundi dernier. Sous la plume de M. Olivier Auguste, il était écrit : « Conséquence de la révision constitutionnelle, dont c’est la première application, le texte issu de la commission des affaires sociales prend de l’importance, car c’est lui qui sera débattu dans l’hémicycle. Un “texte d’apaisement”, selon Henri de Raincourt, le patron des sénateurs UMP. »

En fait de texte d’apaisement, nous sommes revenus sur la rédaction de la commission des affaires sociales et nous constatons, madame la ministre, que la part de l’initiative locale dans la désignation des personnalités qualifiées disparaît.

M. François Autain. Elle est nulle !

M. Jean-Pierre Chevènement. En effet, les représentants des collectivités territoriales sont des élus que les collectivités désignent en leur sein.

Par conséquent, s’agissant de la qualification des personnalités, c’est l’État qui sera seul juge.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Eh bien oui, puisque c’est lui qui paie !

M. Jean-Pierre Chevènement. On peut le regretter tant du point de vue du maire que de celui du président d’EPCI ou du président de conseil général. Il s’agit d’une conception quelque peu abusive.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je regrette que notre rapporteur ait été sensible aux pressions du Gouvernement et ait abandonné son excellent texte au profit de l’amendement cousu de fil blanc présenté par Mme la ministre. (*Mme Nicole Borvo-Cohen-Seat s’esclaffe.*)

Il faut mettre en regard l’amendement n° 1177 rectifié et le septième alinéa du III de l’article 5 : « Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°. »

Cela signifie que, si le président du conseil de surveillance de l’hôpital l’un des membres du collège défini au 3° – je suis tenté de dire le « 3 bulle » ! –, nous aurons d’un côté un président issu des « personnalités qualifiées », désignées par l’État, et, de l’autre côté, un directeur désigné par le directeur général de l’agence régionale de santé et de l’autonomie, lui-même nommé en conseil des ministres.

Le système sera ainsi à la fois parfaitement bouclé et vertical, totalement maîtrisé par l’État puisque celui-ci contrôlera à la fois l’agence régionale de santé, le conseil de surveillance de l’agence régionale de santé, le conseil de surveillance des hôpitaux et les directeurs d’hôpitaux. Quant aux élus, comme le souhaite manifestement le Gouvernement, ils auront été évincés de toutes les structures de décision de l’agence régionale de santé.

M. Guy Fischer. C’est scandaleux, madame la ministre !

M. François Autain. Une telle proposition n’est absolument pas recevable. Dans ces conditions, il nous sera impossible de voter cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Monsieur Autain, vous avez volé la mention des bulles à M. Le Menn, ce qui n’est pas bien ! (*Sourires.*)

M. François Autain. Pas du tout, c’est très ancien !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ici, en tout cas, c’est lui qui en a la paternité ! (*Nouveaux sourires.*)

L’amendement qui nous est proposé par le Gouvernement mérite d’être réécrit.

M. Jean Desessard. Nous sommes d’accord !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il faudrait rédiger ainsi le texte : « 3° Au plus, cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l’agence régionale de santé et trois désignés par le représentant de l’État dans le département, dont deux représentants des usagers au sens de l’article L. 1114-1 ».

M. François Autain. Et l’autonomie, c’est terminé ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Oui, l’autonomie a disparu !

M. Jean Desessard. On avait compris, en tout cas, que le texte n’était pas bon !

M. le président. Tout cela est un peu improvisé et notre travail ne s’en trouve pas facilité !

M. Alain Milon, rapporteur. Chacun son tour !

M. Guy Fischer. On n’a jamais vu ça avant !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Mais si ! Mais si !

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. On nous dit que nous devons avoir confiance. Or, même en étant présents, nous ne retrouvons pas couché sur le papier ce qui a été dit!

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Mais si!

M. Jean Desessard. La confiance suppose tout de même des vérifications: c'est bien pourquoi il faut qu'il y ait un conseil de surveillance!

Je suis d'accord avec vous, monsieur le président: nous ne pouvons pas continuer à travailler ainsi.

Il y a des erreurs à répétition, la ministre rectifie son propre amendement, qui a pourtant été déposé au dernier moment. Il y a des amendements de dernière minute et des sous-amendements de dernière seconde!

Comment pouvons-nous être réactifs dans ces conditions? Il faut vraiment être très rapide! Le fameux « train de sénateur » est décidément un mythe! Quoi qu'il en soit, la commission aurait pu prendre le temps de travailler.

Le groupe CRC-SPG affirme qu'il aurait fallu plus de personnes au sein du conseil de surveillance. Eh bien, moi, il me semble qu'il faudrait sept personnes par collège. Pour le premier collège, je compte cinq élus, plus deux personnalités qualifiées.

M. Gérard Dériot. Mais non!

M. Jean Desessard. Pour le deuxième collège, celui des salariés, je compte cinq personnes désignées, plus deux personnes qui auraient pu être élues à la proportionnelle.

Pour le dernier collège, je compte deux personnes désignées par l'ARS. Il me paraît en effet tout à fait normal que l'ARS ait des représentants au sein d'un conseil de surveillance, précisément pour surveiller. (*Brouhaha.*)

Monsieur le président, je reprendrai mon propos ultérieurement puisque tout le monde parle en même temps que moi. Je crois d'ailleurs qu'il conviendrait de suspendre la séance pendant quelques instants.

M. le président. J'ai sous les yeux une nouvelle rédaction que le Gouvernement vient de me faire tenir pour son amendement n° 1177 rectifié. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. François Autain. C'est lamentable!

M. Guy Fischer. Je demande une suspension de séance, monsieur le président!

M. le président. Il me semble effectivement préférable de suspendre la séance pour quelques instants afin que les collaborateurs de la ministre et ceux de la commission se mettent d'accord.

M. Jean-Pierre Sueur. Les conditions de travail sont lamentables!

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt-trois heures vingt, est reprise à vingt-trois heures trente.*)

M. le président. La séance est reprise.

La nouvelle rédaction de l'amendement n° 1177 rectifié est en cours de distribution.

M. Jean-Pierre Sueur. On a rarement vu une telle improvisation!

M. le président. Pour moi, c'est une découverte!

Mes chers collègues, je vous donne lecture de la nouvelle version de l'amendement n° 1177 rectifié, présenté par le Gouvernement:

Rédiger comme suit le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique:

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 désignés par le représentant de l'État dans le département.

Monsieur Desessard, je vous redonne la parole afin que vous puissiez achever votre explication de vote.

M. Jean Desessard. Je suis vraiment surpris que le rapporteur ait accepté aussi facilement la proposition du Gouvernement, alors que la commission avait sa propre rédaction. Je regrette également que le Gouvernement, qui avait eu une bonne idée, l'abandonne aussi vite. Je vais donc me permettre de la défendre, puisque personne ne la reprendra!

Il ne me semblait pas absurde que le président du conseil économique et social régional désigne un représentant au conseil de surveillance. (*M. Gilbert Barbier proteste.*) C'était une bonne idée! On aurait pu en profiter pour augmenter le nombre de membres de chaque collège. En outre, plus que d'autres, cette personne aurait été susceptible d'anticiper les évolutions sociologiques de la région, du département. La présence d'une personne consciente de ces données au sein d'un conseil de surveillance chargé de réfléchir aux grandes orientations de l'hôpital ne me paraissait donc pas inutile.

Avec la nouvelle rédaction de l'amendement, on en revient à la désignation par le représentant de l'État de personnalités qui seront donc chargées d'appliquer les directives du ministre.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Je ne comprends pas très bien la nouvelle rédaction de l'amendement n° 1177 rectifié. Elle prévoit deux personnalités désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé, plus trois désignées par le préfet, dont deux représentants des usagers. Cependant, l'objet de l'amendement mentionne toujours quatre personnalités, deux désignées par le directeur de l'agence et deux par le préfet.

Compter jusqu'à cinq n'est pas très compliqué! C'est la troisième rédaction que l'on nous propose! Il me semble qu'un enfant de cinq ans aurait déjà trouvé la bonne solution...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Me permettez-vous d'apporter une précision?

M. le président. Madame Goulet, autorisez-vous M. le président de la commission des affaires sociales à vous interrompre?

Mme Nathalie Goulet. Bien sûr!

M. le président. Vous avez la parole, mon cher collègue.

M. Jean Desessard. Qu'on laisse donc parler les orateurs!

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Le président vient de me donner la parole, monsieur Desessard, avec l'autorisation de Mme Goulet!

M. Jean Desessard. Il n'aurait pas dû! Il est insupportable que les orateurs soient sans cesse interrompus!

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Nous avons compris, monsieur Desessard ! On peut s'amuser deux minutes, mais, en fait, tout cela n'a rien de drôle !

Je voulais simplement indiquer que le document qui vous a été distribué n'a été modifié qu'en ce qui concerne la rédaction même de l'amendement, pour ne pas perdre de temps. La rédaction de l'objet est donc restée identique, mais il ne faut plus en tenir compte. Nous sommes assez intelligents pour comprendre que deux et trois font cinq ! (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. Veuillez poursuivre, madame Goulet.

Mme Nathalie Goulet. Je ne voulais pas incriminer qui que ce soit, mais je voulais simplement m'assurer d'avoir bien compris, car nous étions un certain nombre à nous interroger... (*Nouvelles exclamations.*)

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Les membres de la commission travaillent sur ce texte depuis cinq mois, ils auront sans doute compris ! (*Brouhaha.*)

M. Guy Fischer. On n'a jamais vu un bazar pareil !

M. le président. Je vous en prie, mes chers collègues, laissez les intervenants s'exprimer sans les interrompre ! Je vous appelle à faire preuve d'un minimum de courtoisie.

Mme Nathalie Goulet. Ce n'est pas grave, monsieur le président, mais je préfère renoncer à poursuivre mon propos.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. J'ai le sentiment que nous vivons une double « soirée de dupes ».

M. Jean-Pierre Sueur. Absolument !

M. Yves Daudigny. C'est une soirée de dupes pour la démocratie, en particulier la démocratie parlementaire, mais aussi pour le partenariat, pourtant si indispensable, entre les collectivités territoriales et l'État dans le domaine social.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Sanitaire, pas social !

M. Yves Daudigny. Tout à l'heure, le conseil de surveillance a été rendu muet, puisqu'il sera dans l'incapacité de donner un avis sur un élément aussi important pour la vie de l'hôpital que le budget. Le conseil de surveillance a failli être rendu insignifiant, puisque ses communications auraient pu devenir facultatives. Néanmoins, le conseil de surveillance n'a pas été rendu sourd, puisqu'il pourra entendre les déclarations du directeur d'établissement.

Nous avons maintenant, cela a été dit excellemment par mes collègues, un conseil de surveillance « tout État ».

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Mais non !

M. François Autain. Si ! Il a raison !

M. Yves Daudigny. Le Gouvernement a-t-il peur des élus locaux ? Les tient-il en si faible estime qu'il les croit incapables d'apprécier la qualification des personnalités susceptibles de séjurer au conseil de surveillance ?

Ne risquons-nous pas d'arriver à une situation paradoxale où, d'une part, le directeur, qui incarne le pouvoir à l'hôpital, est nommé par le directeur de l'agence régionale de santé, qui tient lui-même son pouvoir du Gouvernement, donc de l'État, et, d'autre part, le conseil de surveillance est également contrôlé par l'État ? L'État va surveiller l'État : où est l'utilité ? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Jean Desessard. Et en plus, il en est incapable !

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Madame la ministre, vous êtes très forte ! Vous venez de nous montrer, à l'occasion de la discussion de cet article 5 et de la plupart des amendements que vous venons d'examiner, comment on reprend en main une majorité qui s'était laissée aller à penser, pendant quinze jours, que le Parlement n'était pas seulement la chambre d'enregistrement des décisions du Gouvernement, ou plutôt de l'Élysée ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG. – M. Jean Desessard s'esclaffe.*)

M. Gérard Dériot. On l'avait vu aussi avant 2002 !

M. Alain Fouché. Et sous Mitterrand, vous n'étiez pas des godillots ?

M. Bernard Cazeau. Vous cadenassez ce conseil de surveillance, en revenant sur la plupart des amendements importants votés en commission, relatifs au budget prévisionnel ou au budget d'investissement, à l'audition du directeur.

En excluant les élus du processus de désignation des personnalités qualifiées siégeant au conseil de surveillance, vous exprimez votre défiance à leur égard.

En un mot, le conseil de surveillance est cantonné dans son rôle de contrôle, un rôle croupion, qui n'a plus rien à voir avec celui du conseil d'administration.

Les professionnels de la santé, lorsqu'ils découvriront cette situation, comprendront qu'ils ont eu raison de vous retirer leur confiance, ce que prouvent les manifestations de ces jours derniers !

Deux mots résument la situation : grandeur et décadence. Grandeur de l'opposition au sein de la commission des affaires sociales, qui a passé ses nuits à travailler pour rien ; décadence de la majorité de la commission des affaires sociales, qui s'est couchée ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG. – Vives protestations sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. On ne peut pas laisser dire que le conseil de surveillance, c'est le « tout État ». Je rappelle que le premier collège est composé de cinq représentants des collectivités territoriales : ce n'est pas l'État qui les désignera ! Le deuxième collège est composé des représentants du personnel, médical et non médical : je ne pense pas que le Gouvernement puisse directement influencer la nomination de ces représentants, qui émaneront plutôt des organisations syndicales.

Ainsi, sur les quinze membres du conseil de surveillance, dix ne seront donc désignées ni par l'État ni par l'ARS. Cette composition me paraît relativement équilibrée...

M. Jean-Pierre Godefroy. Le président du conseil de surveillance est tout de même issu du premier ou du troisième collège !

M. Gilbert Barbier. Enfin, je tiens à rappeler que la santé relève des obligations majeures de l'État : celui-ci soit donc être représenté au sein du conseil de surveillance. J'ajoute que, dans la plupart des cas, notamment dans les hôpitaux, le financement incombe à l'État ou à la sécurité sociale : il est normal qu'il occupe des sièges au conseil de surveillance, même à titre minoritaire.

M. le président. La parole est à M. Hugues Portelli, pour explication de vote.

M. Hugues Portelli. Je souhaite surtout m'exprimer sur la manière dont nous travaillons ce soir, monsieur le président.

Le déroulement de nos débats illustre parfaitement ce que pourrait donner une mauvaise application de la révision constitutionnelle adoptée l'an dernier. Nous en observons les conséquences négatives à l'occasion de la discussion de ce projet de loi, nous en avons apprécié les aspects positifs lors de la discussion du projet de loi pénitentiaire.

Le travail réalisé en commission est désormais fondamental. Lors de l'examen du projet de loi par la commission, celle-ci intègre au texte initial des amendements qu'elle adopte au terme d'un débat interne.

Ensuite, le texte de la commission est présenté en séance et la majorité de la commission demande au Gouvernement si ce texte lui convient ou non. Si le Gouvernement accepte ce texte, le débat en séance publique se déroule très simplement : l'opposition essaie de faire adopter les amendements que la commission a rejetés – ce qui est normal – et quelques amendements isolés sont également discutés.

Il y a quelques jours, j'ai assisté à une réunion au cours de laquelle le Premier ministre a déclaré que le compromis trouvé par la commission des affaires sociales lui convenait. J'en ai conclu – naïvement, sans doute ! – que le texte de la commission était avalisé par le Premier ministre. Or, ce soir, je constate que le Gouvernement – n'est-ce pas le même ? – dépose à nouveau des amendements !

M. Guy Fischer. Au moins une cinquantaine !

M. Hugues Portelli. J'en déduis que les déclarations du Premier ministre n'étaient pas tout à fait exactes, ou bien que le Gouvernement a changé d'avis, à moins que ce ne soit la commission.

Je dois avouer que tout cela me met extrêmement mal à l'aise ! (*Applaudissements sur certaines travées de l'Union centriste, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Jean Desessard. Il faut nommer un directeur au Gouvernement ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Sueur. J'ai présidé le conseil d'administration d'un hôpital pendant douze années et j'ai toujours apprécié le mode de fonctionnement de cette instance. Peu de membres étaient nommés par l'État ; en revanche, on y trouvait les représentants des médecins, des personnels, des collectivités locales, des usagers. Nous travaillions très bien dans ce pluralisme, personne n'avait le dessus sur personne, chacun avait sa place et était respecté. Je ne dis pas que tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes, mais un véritable pluralisme prévalait...

M. Gilbert Barbier. On a vu les déficits qui en résultaient !

M. Jean-Pierre Sueur. J'admets que l'on veuille maîtriser les dépenses de santé, mais cela passe-t-il par l'hyper-étatisme que vous voulez instaurer ?

Monsieur le président de la commission des affaires sociales, je tenais à saluer le travail remarquable réalisé par la commission puisque la majorité, voire l'unanimité de celle-ci a proposé que le collège des personnalités qualifiées comporte des membres désignés par le maire, le président du conseil général et l'État. Cette composition me paraît parfaitement conforme au pluralisme tel que je le conçois.

Le modèle de société qui inspire les rédactions successives de l'amendement du Gouvernement m'inquiète. Comme s'il fallait effectuer une reprise en main ! Mais je comprends peut-être mal, madame la ministre... En effet, beaucoup d'entre

vous, dans la majorité, se réclament d'une philosophie libérale, en vertu de laquelle il est juste de faire confiance aux collectivités locales et aux différents acteurs de la société.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mais ce ne sont pas eux qui paient !

M. Jean-Pierre Sueur. Votre manière d'agir représente une véritable régression.

Respecter le pluralisme n'empêche pas de passer les contrats qui permettent de maîtriser les dépenses de santé.

Décidément, je ne comprends pas cette régression par rapport au travail de la commission, lequel promouvait un véritable pluralisme. D'où mon étonnement, qui rejoint tout à fait celui de M. Portelli.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. M. Barbier a très bien répondu sur la répartition des collèges.

Je dirai seulement que, à un moment donné, nous avons bêtement pensé que les élus locaux pouvaient avoir une compétence en matière de désignation des personnalités qualifiées : après tout, ils représentent aussi les payeurs, ce qui pourrait leur conférer une certaine légitimité pour au moins partager la capacité de désignation. Mais je comprends que le Gouvernement, considérant qu'il est « le » payeur, après avoir nommé le directeur général de l'ARS, qui siègera au conseil de surveillance, et le directeur de l'hôpital,...

Mme Annie David. Eh oui !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. ... souhaite aussi désigner les personnalités qualifiées. Ce n'est pas très choquant.

Chers collègues, la commission des affaires sociales n'est vêtue ni de certitudes ni de suffisance. Elle accepte parfaitement l'idée qu'il puisse exister d'autres vérités que la sienne et que la discussion est possible. Dès lors, pourquoi ne pas admettre la position du Gouvernement ?

Pour autant, doit-on en déduire que le Sénat se couche, comme cela a été dit, et qu'on assiste à une décadence ?

Très curieusement, ceux qui ont prononcé ces mots oublient que, durant nos travaux en commission, nous avons retenu plus d'une centaine d'amendements parmi tous ceux qu'avait proposés l'opposition. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

La simple remise en cause de la désignation du troisième collège au sein du conseil de surveillance reviendrait à se coucher et à entraîner la décadence de notre assemblée?... Franchement, tout ce qui est exagéré est négligeable ! Je crois qu'il faut réserver ces grands mots à d'autres circonstances.

Par ailleurs, il est très difficile de comparer le projet de loi que nous discutons en ce moment au projet de loi pénitentiaire. Ce dernier, je le rappelle, a suscité en tout et pour tout le dépôt de 30 amendements.

M. François Autain. Cela n'a effectivement rien à voir !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. J'ai participé aux travaux de la commission des lois par le passé et je connais sa façon de fonctionner. Quand on parle de la prison ou du code pénal, on ne peut pas discuter indéfiniment : les règles sont claires et certaines notions de droit incontournables.

Le présent projet de loi, lui, porte sur l'humain et aborde des points extrêmement sensibles. Cela justifie qu'il ait donné lieu à la présentation, non pas de 30 amendements, mais de 1 460 amendements devant la commission, et qu'il en soit resté plus de 1 200 après les travaux de celle-ci.

Par pitié, mes chers collègues, ne comparez pas l'incomparable !

J'ajoute que nous sommes en train de faire l'expérience de la réforme constitutionnelle, une expérience que personne n'a vécue jusqu'à présent.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Avec, en plus, un texte compliqué !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Je pense qu'on tiendra compte de cette expérience dans le cadre de la réforme du règlement du Sénat, du moins si nous parvenons à nous exprimer sur ce sujet car, malheureusement, les conclusions vont être rendues très vite.

M. Guy Fischer. Effectivement, le règlement sera approuvé le 2 juin.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Je suis retenu dans l'hémicycle et je ne peux même pas être entendu par le rapporteur de la proposition de résolution. Je pense néanmoins qu'il faudra tenir compte de notre expérience.

Enfin, je ne crois pas que les amendements arrivent de-ci et de-là. Le Gouvernement et la commission ont la liberté d'essayer, à tout moment, de faire le meilleur boulot. C'est ce que nous nous efforçons de faire dans le respect de chacun et l'exercice n'est pas particulièrement simple. Je demande donc juste un peu de pitié à l'égard de ceux qui bossent depuis six mois sur ce dossier. (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste, ainsi que sur quelques travées de l'UMP. – M. Gilbert Barbier applaudit également.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Monsieur le président, monsieur le président de la commission, monsieur le rapporteur, mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs, je vous prie d'accepter mes excuses pour avoir perturbé les travaux en rectifiant oralement et de manière un peu trop rapide un de mes amendements. Il eût certainement été plus correct de vous transmettre d'emblée, monsieur le président, un texte écrit et je vous demande, à vous particulièrement, sur ce point précis, d'accepter mes excuses.

M. Jean Desessard. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Mais il en va ainsi du cheminement du travail parlementaire... J'ai aussi voulu écouter un certain nombre d'entre vous, et c'est à la suite de notre échange que j'ai voulu amender mon propre travail, au lieu de camper sur des certitudes. Le travail parlementaire n'exclut pas une certaine souplesse et une certaine spontanéité. Il doit permettre à chacun, après avoir écouté les autres, de faire évoluer sa position. On ne peut pas, d'un côté, reprocher que les séances soient trop formatées à l'avance ou manquent totalement de spontanéité et, de l'autre, ne laisser aucun espace de respiration ou de liberté.

Toutefois, je comprends que cette démarche ait pu entraîner une perturbation et je vous réitère mes excuses.

Comment, jusqu'à présent, était composé le conseil d'administration ? Il comprenait également trois collèges : un collège des élus, un collège des personnels et un collège des personnalités qualifiées. Ces dernières étaient – et sont toujours – désignées par le préfet et par l'agence régionale de l'hospitalisation. Néanmoins, l'effectif de ce collège ne pouvait repré-

senter que la moitié de celui des autres collèges. Ainsi, si le conseil d'administration d'un hôpital local comprend six représentants des élus et six représentants des personnels, seulement trois personnalités qualifiées y siègent.

Nous avons voulu donner une respiration à ce dispositif, justement pour permettre à des membres de la société civile de mieux participer à la surveillance de la gestion de l'hôpital.

Bien entendu, la représentation des élus n'est nullement réduite à la « portion congrue ». Le pourcentage de représentation de ces derniers est exactement le même que dans le système précédent. Il n'y a donc pas de régression par rapport à un modèle idéal !

Par ailleurs, je me permets de signaler à la Haute Assemblée qu'il s'agit d'un système dont la responsabilité incombe à l'État ; nous en débattons d'ailleurs à travers les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Il s'agit donc bien d'une responsabilité régaliennne.

Y a-t-il, dans vos collectivités territoriales, des domaines où des représentants des personnels, des personnalités qualifiées ont un poids aussi important dans la surveillance de ce qui dépend des financements locaux ? Vous ne l'accepteriez pas !

C'est donc, en l'espèce, un système profondément démocratique : un tiers des participants sont des représentants des collectivités territoriales et un autre tiers des représentants des personnels de l'hôpital ; il faut que le troisième tiers, celui des personnalités qualifiées, soient désignées, comme c'est le cas maintenant, par les représentants de l'État, c'est-à-dire le préfet et le directeur général de l'ARS.

Si les personnalités qualifiées étaient désignées par les collectivités territoriales, le dispositif serait complètement déséquilibré puisque, au final, dix membres sur quinze représenteraient, directement ou indirectement, ces collectivités.

Or, le sens du pacte de 1945, c'est bien celui d'un système relevant de la responsabilité de l'État ! D'ailleurs, lorsque notre système de santé rencontre des difficultés, c'est à l'État qu'on s'adresse, et cela est juste ! Mesdames, messieurs les sénateurs, si l'un de vos hôpitaux connaît un problème, vous interpellez la ministre de la santé. Quand un accident survient dans les établissements parisiens, comme cela s'est déjà produit, croyez-vous qu'on se tourne vers M. Delanoë ? Dans ce cas, c'est, la ministre de la santé qu'on interpelle, et l'on a raison, car c'est bien moi qui exerce cette responsabilité.

Il faut donc en revenir à la structuration des responsabilités qui est celle de notre système de santé.

Un beau jour, nous pourrions décider de régionaliser ce système, de fixer des objectifs régionaux des dépenses de l'assurance maladie, des sécurités sociales régionales, pour lesquelles les conseils régionaux arrêteraient le montant des cotisations d'assurance maladie. Mais alors, on changerait complètement de système.

Actuellement, notre système fait partie du pacte républicain. Nous en avons hérité de nos parents et de nos grands-parents, du Conseil national de la Résistance, et je crois qu'il faut revenir aux fondamentaux.

Monsieur Portelli, nous sommes effectivement en train d'« essayer les plâtres ». Nous discutons, non pas du texte du Gouvernement, mais du texte issu des travaux de la commission des affaires sociales du Sénat. Le Gouvernement a le droit de faire valoir sa position sur des points importants pour lui. Vous conviendrez que je n'en ai pas abusé. Sur plus

de 1 400 amendements examinés en séance plénière, seulement 60 amendements ont été déposés par le Gouvernement, ...

M. Jean-Pierre Godefroy. Oui, mais ils changent tout !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... alors que la commission des affaires sociales a effectué un travail très important de remodelage, parfois sur le fond, parfois sur la forme. Ces 60 amendements concernent des points qui nous paraissent cruciaux.

Dans le cadre de cette démarche gouvernementale, j'ai tenu à manifester un profond respect pour le travail de la commission des affaires sociales. Il me semble que le Sénat peut avoir le même respect pour les prérogatives du Gouvernement et pour la vision que celui-ci défend à travers ce texte très important. (*M. Gérard Dériot applaudit.*)

M. le président. Madame la ministre, je pense que le Sénat tout entier a été sensible aux propos que vous avez tenus au début de votre intervention, et je vous en remercie.

Je remercie également M. le président de la commission des affaires sociales d'avoir su recadrer le débat.

Je mets aux voix l'amendement n° 1177 rectifié.

Je suis saisi de deux demandes de scrutin public émanant, l'une, du groupe socialiste et, l'autre, du groupe CRC-SPG.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

(*Il est procédé au comptage des votes.*)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 158 :

Nombre de votants	337
Nombre de suffrages exprimés	323
Majorité absolue des suffrages exprimés	162
Pour l'adoption	182
Contre	141

Le Sénat a adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 1276.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 609 rectifié, présenté par MM. Chevènement, Mézard, Marsin, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« La présidence du conseil de surveillance est assurée par le représentant de la collectivité territoriale de ressort de l'établissement. Dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, le président du conseil d'administration est élu parmi les représentants des catégories mentionnées au 1°.

La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement.

M. Jean-Pierre Chevènement. Nous venons de vivre une expérience qui nous laisse tous insatisfaits,...

M. Alain Milon, rapporteur. Pas tous !

M. Jean-Pierre Chevènement. ... si j'ai bien entendu les propos de M. le président de la commission des affaires sociales, comme ceux de Mme la ministre.

La récente réforme institutionnelle a eu pour conséquence que nous délibérons non plus sur le texte du Gouvernement mais sur celui qui a été adopté par la commission. Cela crée évidemment des conditions de travail très difficiles, pour vous-même, madame la ministre, qui êtes l'une des victimes parmi d'autres de cette réforme, comme pour nous qui n'avons pas eu le temps d'étudier le rapport de la commission qui nous a été distribué trop tard.

Cela vient de ce que, au fond, le Gouvernement n'ose plus s'engager sur son texte. (*Mme la ministre ne cache pas sa surprise.*)

Je parle en général de l'effet de la réforme institutionnelle, madame la ministre, je ne vous mets pas personnellement en cause. Le fait est que, nous débattons à partir non pas du texte du Gouvernement – en l'espèce, celui que vous avez initialement présenté –, mais de celui qui est issu des travaux de la commission.

Il y a là quelque chose qui relève de la crise de l'autorité : le Gouvernement n'ose plus imposer le débat sur son propre texte. Il paraît faire une concession au Parlement en lui donnant la possibilité d'amender son texte, mais ce qu'il donne d'une main, il le reprend de l'autre. Voilà la source de notre insatisfaction.

Est-il possible de réparer quelque peu l'éviction des collectivités territoriales de la désignation des personnalités qualifiées ? Les collectivités ont en effet leur point de vue à donner. Il me semble que nous devrions en rester à ce que le système actuel a de bon.

Les conseils d'administration sont, à l'heure actuelle, généralement présidés par le maire ou, quand l'établissement est interdépartemental ou régional, par un élu du niveau concerné. L'objet de cet amendement est de maintenir cette situation.

L'organisation de l'hôpital public, colonne vertébrale de notre système de santé, a déjà fait l'objet de très nombreuses réformes : tarification à l'acte, organisation en pôles, dont la mise en place est loin d'être terminée.

Votre projet de loi marque un bouleversement complet de la gouvernance du système hospitalier, bouleversement se traduisant par une présence de l'État que nous ressentons comme excessive.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Et si vous nous parliez de votre amendement...

M. Jean-Pierre Chevènement. C'est pourquoi je propose que le président du conseil de surveillance soit élu parmi les représentants des collectivités territoriales.

Les élus, madame la ministre, sont marginalisés par votre projet. Si, vis-à-vis des médecins, vous avez mis de l'eau dans votre vin, ce n'est pas le cas vis-à-vis des élus.

Les collectivités offrent souvent les terrains qu'elles viabilisent. Les élus jouent un rôle d'intercesseurs vis-à-vis tant des personnels hospitaliers que des usagers. Ils sont utiles et il me semble que le Sénat, en tant que défenseur des collectivités locales, devrait faire respecter le principe selon lequel le président du conseil de surveillance reste un élu.

Je vais prendre un exemple précis pour étayer ma thèse.

Je ne suis pas médecin, mais j'ai été maire de Belfort pendant vingt-quatre ans et j'ai présidé très longtemps, d'abord, le conseil d'administration de l'hôpital de Belfort,

puis, par alternance avec le maire de Montbéliard, M. Souvet, qui a longtemps siégé dans cet hémicycle, le conseil d'administration de l'hôpital de Belfort-Montbéliard.

L'expérience nous a enseigné que les initiatives devaient partir du terrain et être prises en charge par celui-ci. Vous le savez bien, madame la ministre, puisque vous proposez la coopération des établissements. C'est ce que nous avons d'ailleurs fait dans ma région en fusionnant deux grands hôpitaux distants de vingt kilomètres l'un de l'autre. Les deux présidents et le conseil d'administration du centre hospitalier de Belfort-Montbéliard ont ensuite décidé d'y adjoindre les plateaux techniques de deux cliniques privées. Tout cela va, en principe, dans le sens des évolutions que vous souhaitez.

L'aire urbaine de Belfort-Montbéliard compte 350 000 habitants ; il est évident qu'en supprimant les doublons par la création d'un plateau technique unique nous renforçons l'attractivité de l'hôpital, suscitant la venue des meilleurs médecins, par le regroupement de services jusque-là dispersés. Nous favorisons l'implantation d'équipements médicaux de pointe et nous pouvons espérer améliorer l'égalité d'accès aux soins, qui est loin d'être acquise dans notre région, où sont implantées de grandes entreprises industrielles, telles Peugeot ou Alstom.

M. le président. Veuillez conclure, s'il vous plaît !

M. Jean-Pierre Chevènement. J'en termine, monsieur le président, mais je n'ai pas abusé jusqu'ici de la parole.

Il serait à la fois logique et conforme à la justice sociale de renforcer la place des élus locaux. Nous demandons que le président du conseil de surveillance soit élu parmi les représentants des catégories mentionnées au 1^o du texte proposé pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, c'est-à-dire parmi les représentants des collectivités territoriales.

Ce qui vaut à Belfort-Montbéliard vaut forcément aussi ailleurs. L'hôpital public n'a rien à gagner, madame la ministre, à se couper de la démocratie locale.

M. le président. L'amendement n° 324, présenté par MM. Mirassou, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, M. Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Remplacer la première phrase du sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique par deux phrases ainsi rédigées :

Le conseil de surveillance a pour président le président de la structure intercommunale ou le maire de la commune d'implantation du centre de santé publique. Les centres psychiatriques sont présidés par le président du conseil général de leur département d'implantation.

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

M. Jean-Pierre Godefroy. Notre amendement va dans le même sens que celui de M. Jean-Pierre Chevènement. Comme lui, nous estimons souhaitable que l'on en reste à la situation actuelle, c'est-à-dire que le maire, ou le président du conseil général s'il s'agit d'un établissement départemental, soit président de droit du conseil de surveillance.

Madame la ministre, vous avez tout à l'heure parlé des anciens conseils d'administration en rappelant que les élus locaux étaient à peu près deux fois plus nombreux que les personnalités qualifiées. Mais je souligne que les membres de la commission médicale d'établissement y siégeaient aussi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet ! J'y reviendrai.

M. Jean-Pierre Godefroy. La meilleure solution serait donc d'en rester là.

Ma crainte, madame la ministre, c'est qu'en prévoyant une élection entre deux collèges on n'introduise dans l'hôpital des enjeux éventuellement politiques qui n'ont rien à y faire.

Le maire, président de droit, détenait sa légitimité du suffrage universel et personne n'envisageait de la remettre en cause. À partir du moment où il y a élection, des dérives sont possibles. On votera pour une personnalité qualifiée afin d'empêcher que soit élu le candidat du premier collège des collectivités territoriales...

Un autre avantage du système actuel est que le maire avait l'obligation d'être impartial et qu'il était un arbitre. Ayant moi-même présidé le conseil d'administration de l'hôpital de Cherbourg pendant vingt et un ans, j'ai, en de nombreuses occasions, rendu des arbitrages, dont ne se sont d'ailleurs pas plaints les directeurs successifs. C'est notre légitimité en tant que président de droit parce que élu du suffrage universel qui nous permettait d'assurer ces arbitrages.

Il vaudrait peut-être mieux élire, comme le disait M. Chevènement, le président au sein du collège. Toutefois, nous pensons que la formule jusqu'ici en vigueur avait un certain nombre d'avantages.

J'ai créé, avec mes collègues, une communauté hospitalière de territoire il y a une dizaine d'années.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. De quel type ?

M. Jean-Pierre Godefroy. Il s'agissait d'une communauté hospitalière de territoire avant l'heure ; nous sommes allés jusqu'à la fusion.

Cela n'a été possible, madame la ministre, que grâce à l'entente entre les deux présidents des conseils d'administration, qui étaient des maires. Nous avons demandé aux deux commissions médicales d'établissement d'établir un projet médical commun. C'est ainsi que nous avons pu fusionner les établissements, mais cela a pris près de dix ans.

Or, dès lors que le président sera élu, des problèmes risquent de se poser qui freineront les rapprochements. Par rapport à ce que vous souhaitez faire à travers les communautés hospitalières de territoire, les maires peuvent jouer un rôle déterminant.

Voulez-vous laisser penser que les maires qui présidaient ces conseils d'administration étaient de mauvais gestionnaires ? Pourtant, ils sont souvent reconnus comme de très bons gestionnaires de leur ville. Ce n'est pas la faute des conseils d'administration s'il y a des difficultés dans les hôpitaux. Bien souvent, au contraire, nous nous sommes retournés les manches pour éviter les dérives budgétaires !

Il y a là, je le dis comme je le pense, une suspicion vis-à-vis des maires ou des présidents de conseils généraux qui est fort déplaisante.

M. Guy Fischer. Inacceptable !

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 24 rectifié est présenté par MM. Darniche et Retailleau.

L'amendement n° 276 rectifié est présenté par MM. Retailleau et Darniche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

À la fin de la première phrase du sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer les mots :

membres mentionnés aux 1° et 3°,

par les mots :

représentants des collectivités locales de proximité, maire ou conseiller général

Ces amendements ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 103 rectifié, présenté par MM. Gilles et Leclerc, Mme Goy-Chavent, Mlle Joissains et Mme Bruguère, est ainsi libellé :

À la fin de la première phrase du sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer les références :

aux 1° et 3°

par la référence :

au 1°

Cet amendement n'est pas soutenu.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 414 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 612 rectifié est présenté par M. Chevènement, Mme Laborde et MM. Mézard, Marsin, Milhau et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

À la fin de la première phrase du sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, supprimer les mots :

et 3°

La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 414.

M. François Autain. Cet amendement est d'autant plus nécessaire que nous venons d'adopter l'amendement du Gouvernement qui a restreint le nombre des personnalités qualifiées puisque celles-ci seront en quelque sorte, soit directement, soit par personne interposée, nommées par l'État.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comme dans le système antérieur !

M. François Autain. Le texte de la commission - et je regrette fort que son président et son rapporteur n'aient pas tenu bon devant les pressions exercées par le Gouvernement - avait au moins l'avantage de réaliser un certain équilibre puisque au moins deux personnalités qualifiées étaient désignées par les élus. Dès lors, on avait même la tentation de penser que ces personnes allaient dépenser sans compter - c'est bien connu, les élus ont tellement l'habitude d'augmenter les impôts locaux ! - ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Tous ne sont pas de gauche ! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

M. François Autain. ... et qu'on ne pouvait pas leur faire confiance.

C'est pour cette raison que vous n'avez pas souhaité que les élus locaux assument de telles responsabilités.

Il est facile de les désigner comme boucs émissaires pour les difficultés financières que rencontrent les hôpitaux, alors que - on l'a dit, mais il faut y insister - les élus ne peuvent être tenus pour responsables des problèmes de l'hôpital, qui ont pour origine un sous-financement directement imputable à la politique gouvernementale.

Je le répète, il est d'autant plus nécessaire de voter cet amendement qu'a été adopté l'amendement présenté par le Gouvernement qui tend à modifier le mode de désignation des personnalités qualifiées.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement, pour présenter l'amendement n° 612 rectifié.

M. Jean-Pierre Chevènement. Cet amendement est légèrement différent de l'amendement n° 609 rectifié.

J'ai noté que M. Godefroy, en tant que maire de Cherbourg, a seulement évoqué le maire ou le président du conseil général en tant que président du conseil de surveillance, ce qui est bien normal ! Mais je voudrais faire remarquer que la zone d'attraction d'un centre hospitalier peut couvrir plusieurs départements. Je pense notamment à l'hôpital de Belfort-Montbéliard, qui attire les habitants du Doubs, du territoire de Belfort et de la Haute-Saône.

Il faut donc prévoir qu'un autre élu puisse occuper cette fonction, en l'espèce le président de la communauté d'agglomération belfortaine ou du pays de Montbéliard.

Je retire l'amendement n° 609 rectifié au profit de celui-ci, qui est plus précis.

M. le président. L'amendement n° 609 rectifié est retiré.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je voudrais rappeler rapidement l'évolution subie par le texte.

Dans le projet de loi initial, le Gouvernement avait prévu trois collèges : les élus, les représentants du personnel et les personnalités qualifiées nommées par le directeur de l'ARS. L'Assemblée nationale n'a pratiquement pas modifié le texte. En revanche, il a été profondément remanié au Sénat par la commission et en séance publique.

Dans le texte de la commission, les personnalités du troisième collège étaient nommées par le maire, le président du conseil général et le préfet. La position de la commission était très claire : que le président appartienne au premier ou au troisième collège, il sera issu d'un collège émanant peu ou prou des élus.

La composition du troisième collège ayant été modifiée et les élus ne prenant plus part à la désignation de ses membres, le président du conseil de surveillance ne sera pas forcément issu d'un collège les représentant. Par conséquent, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat sur la question de l'élection du président du conseil de surveillance.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements.

Je souhaite d'ailleurs rectifier une erreur que j'ai commise tout à l'heure. J'ai dit que, selon le système en vigueur, au sein du conseil d'administration des hôpitaux locaux, les personnalités qualifiées représentaient la moitié des membres. En réalité, la proportion de personnalités qualifiées y est d'un

tiers, soit six membres, désignés par l'ARH et le préfet. C'est dans les autres types d'hôpitaux que leur nombre représente la moitié des membres des autres collèges.

Quelle est la mission du conseil de surveillance? Les élus doivent surveiller la gestion de l'établissement au même titre que les représentants du personnel ou les personnalités qualifiées. Tous doivent exercer un rôle de surveillance, impulser la stratégie et effectuer un travail d'accompagnement extrêmement important.

Évidemment, un représentant des collectivités territoriales n'assume pas de travail de gestion, il n'exerce pas de responsabilité financière: il ne lève pas les impôts qui font fonctionner l'hôpital. Il est du reste tout à fait intéressant que, d'un côté, on parle de la gestion du maire et, de l'autre, on trouve que les problèmes de gestion de l'hôpital proviennent d'un sous-financement. Ce n'est pourtant pas le représentant de la collectivité territoriale qui fixe l'ONDAM!

J'insiste: il faut en revenir à la pure responsabilité de chacun. Bien évidemment, le maire exerce un magistère de fait sur l'hôpital de sa commune et, dans 99,9 % des cas, je n'en doute pas, il sera choisi par le conseil de surveillance pour en être le président. Sa légitimité sera d'autant plus forte qu'il devra son poste non à une désignation de fait mais à la confiance des autres membres du conseil de surveillance, à l'exclusion toutefois des représentants du personnel. Il faut en effet éviter la confusion des genres et j'ai bien noté que personne n'avait souhaité que ces derniers participent à l'élection du président du conseil de surveillance.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je suis convaincue de l'intérêt de cette élection. C'est tout de même curieux: il y a quelques minutes, on vantait l'élection pour d'autres postes et, maintenant, on considère qu'elle dénaturerait, voire délégitimerait le président du conseil de surveillance, lequel subirait en quelque sorte, paradoxalement, une perte de confiance pour avoir été élu par ses pairs! Bien au contraire, elle devrait lui assurer, face à l'administration de l'hôpital, une sacrée légitimité pour exercer sa fonction de surveillance!

Pourquoi souhaité-je élargir en outre la possibilité d'élire un président appartenant au collège des personnalités qualifiées? Je pense que nous ne devons pas nous priver de la possibilité de porter à la tête du conseil de surveillance tel ancien médecin prestigieux, telle personnalité de qualité, qui pourrait beaucoup apporter à la gestion de l'hôpital et s'impliquer pleinement, à temps complet, dans ce rôle de surveillance.

C'est la raison pour laquelle je vous propose ce système, tout en étant convaincue que, dans de nombreux cas, je l'ai dit, c'est le maire qui sera élu à la tête du conseil de surveillance, ce qui lui permettra de bénéficier d'une légitimité plus grande.

M. le président. L'amendement n° 102 rectifié, présenté par MM. Gilles et Leclerc, Mme Goy-Chavent, M. Vasselle, Mlle Joissains et Mme Bruguère, est ainsi libellé:

I. - Supprimer la seconde phrase du sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique.

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

« Le directeur, président du directoire, le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, ainsi que dans les centres hospitaliers universitaires le directeur de l'unité de formation et de recherche

médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, participent aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

III. - En conséquence, supprimer le onzième alinéa du même texte.

Cet amendement n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Je partage tout à fait la position exprimée par M. le rapporteur. En effet, lorsque nous avons débattu de l'amendement n° 1177 rectifié, nous avons bien compris que les personnalités qualifiées ne seraient plus désignées par les maires, mais que ces derniers resteraient finalement bien représentés dans le premier collège. Je l'ai donc voté tout à fait sereinement.

Madame la ministre, les maires se sentent extrêmement concernés par l'hôpital, qui est souvent le plus gros employeur de la commune. Ils doivent évidemment être totalement impliqués, et ils le sont. Pour l'hôpital de L'Aigle – dont vous avez déjà beaucoup entendu parler! –, la nouvelle municipalité a ramené le déficit de 2 millions d'euros à 500 000 euros, grâce à une implication totale du maire dans la gestion du plateau de chirurgie. Théoriquement, ce n'est pas dans ses compétences, et pourtant il l'a fait!

Le conseil de surveillance doit élire son président parmi les personnes mentionnées au « 1 bulle », pour reprendre la « jurisprudence Le Menn » (*Sourires*), et non parmi les personnalités qualifiées.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Autant j'ai plaidé tout à l'heure pour que le troisième collège compte des représentants désignés par l'ARS et par le représentant de l'État, autant j'estime qu'il est dangereux de prévoir que le président soit élu parmi les membres des premier et troisième collèges, même s'il est issu dans 99,9 % des cas du premier.

En effet, il ne faut pas oublier que des majorités de circonstance pourront se dégager entre les membres des trois collèges qui participent à l'élection du président. Ainsi, le représentant d'une quelconque association d'usagers pourrait se retrouver à la tête du conseil de surveillance!

L'amendement n° 612 rectifié, qui prévoit que le président est élu parmi les cinq personnalités élues du premier collège, me paraît être une solution de sagesse.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Dans la même optique, nous retirons l'amendement n° 324 et nous rallions à l'amendement n° 612 rectifié de M. Jean-Pierre Chevènement, sur lequel nous demandons un scrutin public.

M. le président. L'amendement n° 324 est retiré.

La parole est à Mme Muguette Dini, pour explication de vote.

Mme Muguette Dini. Mon groupe, qui avait songé à présenter un amendement, s'est ensuite rendu aux arguments du Gouvernement, dont nous avons voté l'amendement n° 1177 rectifié. Toutefois, nous estimons qu'un élu de collectivité doit être à la tête d'un hôpital. Nous voterons donc l'amendement n° 612 rectifié de M. Chevènement.

M. le président. La parole est à M. Laurent Bêteille, pour explication de vote.

M. Laurent Béteille. Nous sommes nombreux à penser que le président du conseil de surveillance doit être un élu local. Nous ne pouvons accepter qu'une élection puisse conduire, selon les circonstances, à la désignation d'une personnalité qui, si qualifiée soit-elle, prendrait la place revenant légitimement au maire de la commune ou à un autre élu, en cas d'intercommunalité. Je souscris donc pleinement à l'amendement de M. Chevènement.

M. le président. La parole est à M. Hugues Portelli, pour explication de vote.

M. Hugues Portelli. Puisqu'un large accord se dessine dans l'hémicycle pour soutenir l'amendement n° 612 rectifié, un scrutin public est-il réellement nécessaire ?

M. le président. Monsieur Cazeau, souhaitez-vous maintenir votre demande de scrutin public ?

M. Bernard Cazeau. Non, je la retire, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 414 et 612 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE. – Mme Nathalie Goulet applaudit également.)

M. le président. Je constate que ces deux amendements identiques ont été adoptés à l'unanimité des présents.

L'amendement n° 325, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le sixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

« Concernant l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, le conseil de surveillance est composé comme suit, d'au plus :

« - huit représentants des collectivités territoriales (soit un représentant du conseil régional, un représentant de chacun des conseils généraux de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis, trois représentants de la Ville de Paris) ;

« - huit représentants des personnels (dont quatre représentant la commission médicale d'établissement, trois représentant le comité technique d'établissement, un représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) ;

« - huit personnalités qualifiées et usagers, dont trois représentants des usagers, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, et un représentant des professionnels de santé non hospitaliers. »

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

M. Jean-Pierre Godefroy. Si le conseil de surveillance, comme son ancêtre le conseil d'administration, continue de comprendre trois catégories de membres, le projet de loi initial fixait un maximum de quatre personnes pour chaque

catégorie – cinq depuis le passage à l'Assemblée nationale –, afin de resserrer la taille des conseils de surveillance par rapport à la situation existante.

Notre amendement, sans remettre en cause la répartition en trois catégories, vise à en augmenter le nombre de membres pour le cas spécifique de l'AP-HP.

En effet, puisque le nombre de membres de chaque collège, jusqu'à présent fixé au niveau réglementaire, sera désormais précisé dans la loi, il doit en être de même pour la composition du conseil d'administration de l'AP-HP.

Le nombre de collectivités représentées au conseil d'administration de l'AP-HP rend nécessaire un aménagement des dispositions législatives relatives à chacun des trois collèges, afin d'en respecter l'équilibre interne.

Cet amendement prévoit que la composition du conseil de surveillance de l'AP-HP comprend au plus vingt-quatre membres, soit huit par catégorie.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à déroger au droit commun des établissements de santé. Or, depuis le début, je souhaite m'en tenir à un objectif : resserrer suffisamment la taille du conseil de surveillance afin que celui-ci puisse exercer efficacement ses missions. Cet objectif vaut d'autant plus pour l'AP-HP.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Mme la ministre reproche à cet amendement de déroger à la règle. Je signale que l'AP-HP se singularise déjà par son excellence, reconnue internationalement. Ses activités de soin, d'enseignement, de formation professionnelle, de recherche et d'innovation en font notamment une référence à l'échelle européenne.

L'AP-HP, c'est près de 23 000 lits, ce qui n'est pas rien ! Quelle structure hospitalière en compte autant ? C'est également plus de 1,1 million d'hospitalisations, quelque 3,8 millions de consultations chaque année, une urgence toutes les 29 secondes, 90 000 personnes employées...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. 87 000 !

M. Jean Desessard. ... dans 38 hôpitaux situés à Paris et en petite couronne, sans oublier la gestion de centres situés en province.

Il existe donc bien une spécificité de l'AP-HP. Il serait normal d'en tenir compte. Or, en voulant l'intégrer dans la règle commune, on nie cette réalité.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 325.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 109 rectifié, présenté par M. Lardeux et Mme Procaccia, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le dixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique :

« Un directeur de caisse d'assurance maladie désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Cet amendement se justifie par son texte même.

M. le président. L'amendement n° 101 rectifié, présenté par MM. Gilles et Leclerc, Mme Goy-Chavent, Mlle Joissains et Mme Bruguère, est ainsi libellé :

Dans le dixième alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer le mot :

participe

par le mot :

assiste

et supprimer les mots :

avec voix consultative

Cet amendement n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 109 rectifié ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable puisqu'il a été admis que c'était le directeur de la caisse pivot de l'établissement qui devait siéger au conseil de surveillance. Il n'est donc pas nécessaire qu'il soit nommé par le directeur général de l'ARS.

Mme Catherine Procaccia. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 109 rectifié est retiré.

L'amendement n° 415, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, remplacer le mot :

consultative

par le mot :

délibérative

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Avec cet amendement, nous abordons un autre sujet. Son objet est en effet de permettre aux familles de personnes handicapées et de personnes âgées d'être pleinement représentées dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Alors que l'article 5 leur concède un poste avec voix consultative au sein du conseil de surveillance, nous estimons pour notre part que, en raison de leur expérience singulière d'accompagnant d'un proche, leur rôle ne peut se limiter à celui de témoins passifs. L'instauration d'une véritable démocratie sanitaire passe en effet par la confrontation et les échanges, en toute transparence, entre tous les acteurs impliqués dans la vie quotidienne des personnes en établissement : les personnels et le directeur, bien entendu, mais également les familles et leurs associations. Pour ce faire, il convient que celles-ci puissent se prononcer sur les orientations stratégiques.

Notre propos n'est surtout pas d'opposer familles et personnels ou de marquer à l'encontre de ces derniers une quelconque défiance. Bien au contraire ! Je citerai d'ailleurs l'exemple d'un rapprochement on ne peut plus productif qui a eu lieu après le drame de la canicule en 2003.

L'ADEHPA, l'Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, et la FNAPAEF, la Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles, ont fait ensemble le douloureux constat du manque de moyens qui avait conduit à cette situation. Ces deux associations ont donc souhaité rassembler leurs voix pour mener une action commune mettant en évidence les difficultés des uns et des autres et solliciter les pouvoirs publics afin d'obtenir des moyens à la hauteur des enjeux. En 2005, elles ont ainsi créé une structure commune, l'AVVEC, l'Association vivre et vieillir ensemble en citoyens, qui est devenue depuis un interlocuteur aussi légitime qu'incontournable des pouvoirs publics et des élus. Qui connaît Pascal Champvert le sait parfaitement. Même s'il n'est pas le seul à agir, il joue un rôle moteur.

Tout cela pour dire combien il est important que la prise en charge des personnes fragiles soit globale et que l'on ne doit pas se priver des compétences de toutes les parties qui y contribuent. Car c'est finalement de la place dans la société des personnes âgées et des personnes handicapées qu'il est question. Celles-ci sont des êtres riches de leur histoire, de leur culture, des adultes auxquels sont dus attention et respect, garantie d'un confort matériel, physique et moral. Les familles et leurs associations sont présentes, attentives et solidaires. Elles osent dire ce qui ne va pas et constituent une force de proposition. Elles sont à même de faire évoluer la prise en charge et le regard porté sur cette population.

Pour toutes ces raisons, mes chers collègues, nous vous proposons d'adopter cet amendement visant à accorder aux familles de personnes âgées et de personnes handicapées une voix délibérative au sein du conseil de surveillance des établissements qui accueillent leurs proches. Cette disposition est d'autant plus importante que la réforme conduira à transférer un bon nombre de lits des unités de soins de longue durée vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Sur ce point, l'actuel projet de loi a retenu la même solution que celle qui avait été adoptée par les textes précédents et qui fonctionne bien.

Aussi, la commission a émis un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il existe déjà un représentant des familles avec voix consultative et rien n'empêche que, parmi les deux personnalités qualifiées, qui ont une voix délibérative, il y ait un représentant des familles.

Dans ce domaine, le projet de loi permettra d'améliorer encore la situation actuelle, qui donne déjà satisfaction. Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. La question de la représentativité, croyez-le bien, madame la ministre, se posera à nouveau. Malheureusement, aujourd'hui, vous bottez en touche.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pas du tout !

M. Guy Fischer. Les problèmes soulevés par les deux grandes associations que j'ai citées sont réels. Qu'il s'agisse du nombre de lits, des créations d'établissements ou des responsabilités à engager, il faut prévoir une participation des familles avec voix délibérative. N'oublions pas les morts de 2003 !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 415.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 585 rectifié, présenté par MM. Pointereau, Pillet, César, Laurent et Doublet, est ainsi libellé :

Dans le 6° du texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 6143-6 du code de la santé publique, après le mot :

odontologique

insérer les mots :

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

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1175, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

V.- L'article L. 6143-8 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-8. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il ne s'agit pas d'un amendement de fond, mais d'un amendement de méthode. Il vise en effet à ce que les modalités d'application de ce chapitre relèvent du décret simple, qui est, en l'occurrence, le niveau normatif adapté comme l'a confirmé le Conseil d'État.

Je précise au passage que le projet de loi prévoit plus de quarante décrets en Conseil d'État, ce qui offre des garanties de sécurité juridique extrêmement élevées.

M. le président. Cela nous a évité quarante articles de plus, madame la ministre ! *(Sourires.)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Peut-être ! *(Nouveaux sourires.)*

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit en effet d'une mesure de coordination technique.

La commission a donc émis un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1175.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 5, modifié.

Mme Annie David. Le groupe CRC-SPG vote contre !

(L'article 5 est adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, je vous remercie de votre présence nombreuse et constructive.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

DÉPÔT DE PROJETS DE LOI

M. le président. J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République d'Angola sur l'encouragement et la protection réciproques des investissements.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 404, distribué et renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République de Djibouti sur l'encouragement et la protection réciproques des investissements.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 405, distribué et renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République des Seychelles sur la promotion et la protection réciproques des investissements.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 406, distribué et renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de la convention du Conseil de l'Europe pour la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 407, distribué et renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord de coopération administrative pour la lutte contre le travail illégal et le respect du droit social en cas de circulation transfrontalière de travailleurs et de services entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume des Pays-Bas.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 408, distribué et renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation du protocole à l'accord du 3 juillet 1995 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Bahreïn relatif aux services aériens.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 409, distribué et renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

6

DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. J'ai reçu de MM. Yvon Collin, Michel Charasse, Nicolas Alfonsi, Gilbert Barbier, Jean-Michel Baylet, Mme Anne-Marie Escoffier, M. François Fortassin, Mme Françoise Laborde, MM. Jacques Mézard, Jean Milhau, Aymeri de Montesquiou, Jean-Pierre Placade, Robert Tropeano et Raymond Vall une proposition de loi instituant la possibilité pour les fonctionnaires, agents publics et élus au suffrage universel de se constituer directement partie civile.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 410, distribuée et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

7

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, vendredi 15 mai 2009, à neuf heures quarante-cinq et à quinze heures :

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le vendredi 15 mai 2009, à zéro heure quarante.)

*La Directrice
du service du compte rendu intégral,
MONIQUE MUYARD*

QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

Versement de l'allocation d'aide au retour à l'emploi à des agents publics licenciés pour faute

n° 561 - Le 21 mai 2009 - **Mme Colette GIUDICELLI** attire l'attention de **M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville** sur le dispositif de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), agréé par l'arrêté du 4 décembre 2000 et instauré par la convention d'assurance chômage du 1^{er} janvier 2001 relative à l'aide au retour à l'emploi et à l'indemnisation du chômage. Cette allocation est versée aux personnes inscrites comme demandeurs d'emploi et involontairement privées d'emploi, sous certaines conditions, alors même qu'il s'agit d'un licenciement pour motif personnel, y compris s'il découle d'une faute grave ou d'une faute lourde. Ainsi, ce dispositif, qui s'applique tant aux salariés du secteur privé qu'aux agents des fonctions publiques d'État et territoriale, peut entraîner le versement d'indemnités à des agents licenciés par une collectivité locale qu'ils ont lésée financièrement soit directement, par exemple par la subtilisation ou l'utilisation indue de biens, matériels ou fournitures publics, soit par la désorganisation totale de services entiers qu'il faut remettre en ordre de marche. Ces faits entraînant des sanctions disciplinaires retenues par les conseils de discipline sont dans, certains cas, confirmés par les tribunaux administratifs. Cette gabegie d'argent public, pour ne pas parler de vol, est ainsi aggravée par le versement d'indemnités à ses auteurs. Elle aimerait connaître son sentiment sur cette question.

Montant des retraites agricoles

n° 562 - Le 21 mai 2009 - **M. Jean MILHAU** attire l'attention de **M. le ministre de l'agriculture et de la pêche** sur le niveau des retraites agricoles.

L'article 77 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué une majoration de retraite pour les non salariés agricoles, carrières complètes ou non, dont l'objectif est de garantir un montant minimum de retraite.

Toutefois ne peuvent bénéficier de cette majoration ceux dont les pensions tous régimes confondus (pensions de retraite et de réversion, régimes français et étrangers, de base et complémentaires, bonification pour enfant y comprise) excèdent 750 €. La prise en compte de la bonification pour enfant dans l'établissement de ce plafond apparaît d'ailleurs des plus injustes du fait qu'elle constitue une compensation plus qu'un revenu.

Cette mesure, qui avait suscité beaucoup d'espoir dans les départements ruraux, et particulièrement dans son département du Lot, s'avère très décevante dans son application ; le bilan établi à la suite de l'instruction des demandes est éloquent : pour le Lot par exemple, sur 5 322 demandes traitées à ce jour, seules 2 798 (52 %) ont abouti à l'allocation d'une majoration dont le montant moyen s'élève à 24,53 € par mois. Un autre chiffre illustre l'incongruité de cette mesure : 28,3 % des bénéficiaires dans le Lot (près d'un tiers) ont obtenu une majoration inférieure ou égale à 1 € par mois.

Étant donné le décalage entre les annonces faites et le mécanisme de calcul a posteriori, il lui demande quelles mesures il envisage de prendre afin d'assouplir les règles d'attri-

bution et de calcul de cette majoration, de façon à augmenter le nombre de bénéficiaires en même temps que le montant des majorations.

Situation des recrutés locaux dans les services extérieurs de la France à Caracas

n° 563 - Le 21 mai 2009 - **Mme Claudine LEPAGE** appelle l'attention de **M. le ministre des affaires étrangères et européennes** sur la situation de plusieurs recrutés locaux employés par les services de l'ambassade de France à Caracas (consulats, mission économique, service de l'attaché de sécurité intérieure, service de l'attaché de défense et même lycée français).

Ces personnes, pour certaines de nationalité non européenne, mais pour d'autres de nationalité française, perçoivent leur rémunération en bolivars et sont, de ce fait, particulièrement défavorisées. En effet, au regard de l'inflation qui s'élève à 30 - 40 % par an, leur pouvoir d'achat s'en trouve très dégradé, puisqu'il a subi une baisse de près de 50 %. Cette baisse est d'autant plus sensible que la grille des salaires mise en place en 1995 n'a jamais été revalorisée depuis cette date. À cela s'ajoute, pour ce qui concerne spécifiquement le Venezuela, le contrôle des changes, qui, en pratique, interdit à ces agents d'utiliser cet argent hors du pays. Enfin, cette différence de traitement est légitimement perçue comme injuste et est potentiellement porteuse de tensions entre agents recrutés localement.

La situation est d'autant plus déplorable que la loi locale vénézuélienne ne fait pas obstacle à un versement des salaires en euros et que cette opération est, pour l'État français, sans incidence, en termes de coût.

Cet exemple spécifique illustre, à nouveau, la position précaire de nombre de personnels de l'État français à l'étranger, recrutés localement qui, bien que contribuant de manière active tant au bon fonctionnement de nos postes qu'au rayonnement international de la France, font figure de véritables laissés pour compte. Il va sans dire que cette situation génère, en outre, une image négative de notre pays qui a porté loin hors de France l'égalité, comme valeur de la République.

Elle demande que la rémunération de l'ensemble du personnel recruté local du poste de Caracas soit versée en euros et que, plus généralement, les conditions de rémunération et de travail, en particulier les prestations sociales, retraites et assurances maladie et accident, de cette catégorie de personnel, dans l'ensemble des postes à travers le monde, soit améliorées. Il convient en effet de garder à l'esprit, que même soumis au droit du travail local, ce personnel souvent employé depuis de longues années, est indispensable au fonctionnement des services extérieurs de la France et à son rayonnement.

Régulation de l'offre de soins infirmiers dans le département du Loiret

n° 564 - Le 21 mai 2009 - **M. Jean-Pierre SUEUR** appelle l'attention de **Mme la ministre de la santé et des sports** sur le dispositif de régulation démographique de l'offre globale de soins

infirmiers entré en vigueur le 18 avril 2009. Ce rééquilibrage instauré par l'arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, conclu le 4 septembre 2008 entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'autre part, Convergence infirmière, la Fédération nationale des infirmiers, l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux vise à réguler le nombre d'infirmiers et d'infirmières exerçant en libéral sur le territoire national. Il prévoit d'une part un conditionnement de l'accès au conventionnement dans les zones « surdotées » (toute nouvelle installation n'est possible « qu'à condition de compenser le départ d'un collègue ») et d'autre part, des mesures incitatives à l'installation et au maintien en exercice dans les zones « très sous-dotées » (soutien matériel à l'installation pour l'équipement du cabinet, prise en charge des cotisations d'allocations familiales, etc.), mesures mises en œuvre par la signature entre le professionnel et l'assurance maladie d'un « contrat santé solidaire ». Selon le récent classement réalisé par la mission régionale de santé du Centre, le département du Loiret comprend 37 zones, parmi lesquelles aucune ne s'avère « surdotée » ou « très sous-dotée », excluant ainsi le Loiret du dispositif d'incitation à l'installation ou au maintien en exercice, alors même que ce département souffre, dans certaines zones, d'un manque flagrant d'infirmiers. En effet, avec une densité de 52 infirmières pour 100 000 habitants, le Loiret constitue un des départements les moins bien dotés de France en nombre d'infirmiers, dans la mesure où la moyenne nationale s'élève à 85 pour 100 000 habitants. Ainsi, l'accès aux soins infirmiers est considéré comme normal dans ce département malgré d'importants déséquilibres et la situation très critique à cet égard de cinq cantons classés « sous-dotés » où l'insuffisance du nombre d'infirmiers et d'infirmières est flagrante. Il s'agit des cantons de Patay, Briare, Châtillon-sur-Loire, Châtillon-Coligny et de Château-Renard. Il lui demande, en conséquence, quels sont les modes de calcul qui ont conduit à l'exclusion du Loiret de ce dispositif, quelles mesures elle compte prendre afin de remédier à cet état de choses qui porte préjudice aux habitants des cantons du Loiret qui viennent d'être cités et favoriser l'installation et le maintien des infirmiers et infirmières en leur sein.

Erratum

au compte rendu intégral de la séance du 6 mai 2009

Titre : « **Entrée sur le territoire français au titre de l'asile** », page 4171, 1^{re} colonne, dernier alinéa :

au lieu de :

« proposition de loi relative au transfert du contentieux des décisions de refus d'entrée sur le territoire français au titre de l'asile... »

lire :

« proposition de loi relative à l'unification du contentieux de l'asile... »

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance

du jeudi 14 mai 2009

SCRUTIN n° 154

sur l'amendement n° 392, présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Annie David et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, à l'article 1er 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

Nombre de votants	334
Suffrages exprimés	334
Pour	24
Contre	310

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEEN (17) :

Contre : 17

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Contre : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 29

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

Contre : 150

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - président du Sénat

REUNION ADMINISTRATIVE DES SENATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

N'ont pas pris part au vote : 7

Ont voté pour :

Éliane Assassi	Annie David	Gélita Hoarau
François Autain	Michelle Demessine	Robert Hue
Marie-France Beaufils	Évelyne Didier	Gérard Le Cam
Michel Billout	Guy Fischer	Josiane Mathon-Poinat
Nicole Borvo Cohen-Seat	Thierry Foucaud	Jean-Luc Mélenchon
Jean-Claude Danglot	Brigitte Gonthier-Maurin	Isabelle Pasquet
		Jack Ralite

Ivan Renar
Mireille Schurch

Odette Terrade
Bernard Vera

Jean-François Voguet

Ont voté contre :

Nicolas About
Jean-Paul Alduy
Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Jean-Paul Amoudry
Michèle André
Pierre André
Serge Andreoni
Bernard Angels
Jean-Etienne

Antoinette
Alain Anziani
Jean Arthuis
David Assouline
Bertrand Auban
Robert Badinter
Denis Badré
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
Jean-Michel Baylet
René Beaumont
Michel Bécot
Jean-Pierre Bel
Claude Belot
Claude Bérit-Débat
Pierre Bernard-Reymond

Jacques Berthou
Jean Besson
Laurent Bêteille
Joël Billard
Claude Biver
Jean Bizet
Jacques Blanc
Paul Blanc
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Yannick Bodin
Nicole Bonnefoy
Pierre Bordier
Didier Borotra
Yannick Botrel
Didier Boulaud
Alima Boumediene-Thiery

Joël Bourdin
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Brigitte Bout
Michel Boutant
Jean Boyer
Dominique Braye
Nicole Bricq
Marie-Thérèse Bruguière

Elie Brun
François-Noël Buffet
Jean-Pierre Caffet
Christian Cambon
Claire-Lise Champion
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Claude Carle
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Auguste Cazalet
Bernard Cazeau
Monique Cerisier-ben Guiga
Gérard César
Michel Charasse
Yves Chastan
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Jacqueline Chevê

Jean-Pierre Chevènement
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Roland Courteau
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier
Serge Dassault
Yves Daudigny
Yves Dauge
Marc Daunis
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Jean-Pierre Demerliat
Christiane Demontès
Christian Demuynck
Marcel Deneux
Gérard Dériot
Marie-Hélène Des Esgaulx

Béatrice Descamps
Jean Desessard
Denis Detcheverry
Yves Détraigne
Muguette Dini
Éric Doligé
Claude Domeizel
Philippe Dominati
Michel Doublet
Daniel Dubois
Alain Dufaut
André Dulait

Catherine Dumas
Ambroise Dupont
Bernadette Dupont
Jean-Léonce Dupont
Josette Durrieu
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Anne-Marie Escoffier
Jean-Claude Etienne
Pierre Fauchon
Alain Fauconnier
Jean Faure
Françoise Férat
André Ferrand
Jean-Luc Fichet
Louis-Constant Fleming
François Fortassin
Alain Fouché
Jean-Pierre Fourcade
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Jean François-Poncet
Christophe-André Frassa

Jean-Claude Frécon
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-Maylam
Christian Gaudin
Jean-Claude Gaudin
Charles Gautier
Gisèle Gautier
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Samia Ghali
Bruno Gilles
Jacques Gillot
Adrien Giraud
Colette Giudicelli
Jean-Pierre Godfrey
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gourmac
Adrien Gouteyron
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
Charles Guené
Jean-Noël Guérini
Michel Guerry
Didier Guillaume
Hubert Haenel
Claude Haut
Françoise Henneron
Pierre Hérisson

Marie-Thérèse Hermange	Simon Loueckhote	Rémy Pointereau
Edmond Hervé	Jean-Jacques Lozach	Christian Poncelet
Odette Herviaux	Roland du Luart	Ladislav Poniatowski
Michel Houel	Roger Madec	Hugues Portelli
Alain Houpert	Philippe Madrelle	Roland Povinelli
Jean-François Humbert	Michel Magras	Yves Pozzo di Borgo
Christiane Hummel	Jacques Mahéas	Gisèle Printz
Benoît Huré	Lucienne Malovry	Catherine Procaccia
Jean-Jacques Hyest	François Marc	Jean-Pierre Raffarin
Soibahadine Ibrahim Ramadani	Philippe Marini	Marcel Rainaud
Pierre Jarlier	Daniel Marsin	Henri de Raincourt
Annie Jarraud-Vergnolle	Pierre Martin	Daniel Raoul
Claude Jeannerot	Jean-Pierre Masseret	Paul Raoult
Jean-Jacques Jégou	Marc Massion	François Rebsamen
Sophie Joissains	Hervé Maurey	Daniel Reiner
Jean-Marc Juillard	Pierre Mauroy	Thierry Repentin
Christiane Kammermann	Jean-François Mayet	Charles Revet
Fabienne Keller	Rachel Mazuir	Philippe Richert
Joseph Kergueris	Colette Mélot	Roland Ries
Bariza Khiari	Jean-Claude Merceron	Josselin de Rohan
Virginie Klès	Michel Mercier	Roger Romani
Yves Krattinger	Louis Mermaz	Janine Rozier
Philippe Labeyrie	Jacques Mézard	Michèle San Vicente-Baudrin
Françoise Laborde	Lucette Michaux-Chevy	Bernard Saugé
Serge Lagache	Jean-Pierre Michel	Patricia Schillinger
Alain Lambert	Jean Milhau	Michel Sergent
Marc Laménie	Alain Milon	Bruno Sido
Élisabeth Lamure	Gérard Miquel	René-Pierre Signé
Serge Larcher	Jean-Jacques Mirassou	Esther Sittler
André Lardeux	Aymeri de Montesquiou	Daniel Soulage
Robert Lafoaullu	Albéric de Montgolfier	Jean-Pierre Sueur
Daniel Laurent	Catherine Morin-Desailly	Simon Sutour
Françoise Laurent Perrigot	Jacques Muller	Catherine Tasca
Jacky Le Menn	Philippe Nachbar	Michel Teston
Raymonde Le Texier	Robert Navarro	René Teulade
Alain Le Vern	Louis Nègre	Michel Thiollière
Jean-René Lecerf	Jacqueline Panis	Jean-Marc Todeschini
Dominique Leclerc	Monique Papon	André Trillard
Antoine Lefèvre	Charles Pasqua	Catherine Troendle
Jacques Legendre	Jean-Marc Pastor	Robert Tropeano
Dominique de Legge	Georges Patient	François Trucy
Jean-François Le Grand	François Patriat	Richard Tuheiava
André Lejeune	Philippe Paul	Raymond Vall
Jean-Pierre Leleux	Anne-Marie Payet	Jean-Marie Vanlerenberghe
Claudine Lepage	Daniel Percheron	André Vantomme
Philippe Leroy	Jean-Claude Peyronnet	Alain Vasselle
Claude Lise	Jackie Pierre	François Vendasi
Gérard Longuet	François Pillet	René Vestri
	Xavier Pintat	Jean-Pierre Vial
	Louis Pinton	Jean-Paul Virapoullé
	Bernard Piras	Dominique Voynet
	Jean-Pierre Plancade	Richard Yung
		François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot	Gaston Flosse	Alex Türk
Philippe Darniche	Jean Louis Masson	
Sylvie Desmarescaux	Bruno Retailleau	

N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

SCRUTIN n° 155

sur l'article 1er 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

Nombre de votants	341
Suffrages exprimés	337
Pour	187
Contre	150

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :**

Contre : 24

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEEN (17) :

Pour : 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

Contre : 11

Abstention : 4 MM. Michel Charasse, Jean-Pierre Chevènement, Mme Anne-Marie Escoffier, M. Daniel Marsin

GROUPE SOCIALISTE (115) :

Contre : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GROUPE UNION CENTRISTE (29) :

Pour : 29

GROUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

Pour : 150

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - président du Sénat

REUNION ADMINISTRATIVE DES SENATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Pour : 6

Contre : 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

Nicolas About	Christian Cambon	Daniel Dubois
Philippe Adnot	Jean-Pierre Cantegrit	Alain Dufaut
Jean-Paul Alduy	Jean-Claude Carle	André Dulait
Jean-Paul Amoudry	Auguste Cazalet	Catherine Dumas
Pierre André	Gérard César	Ambroise Dupont
Jean Arthuis	Alain Chatillon	Bernadette Dupont
Denis Badré	Jean-Pierre Chauveau	Jean-Léonce Dupont
Gérard Bailly	Marcel-Pierre Cléach	Louis Duvernois
Gilbert Barbier	Christian Cointat	Jean-Paul Emorine
René Beaumont	Gérard Cornu	Jean-Claude Etienne
Michel Bécot	Raymond Couderc	Pierre Fauchon
Claude Belot	Jean-Patrick Courtois	Jean Faure
Pierre Bernard-Reymond	Philippe Dallier	Françoise Férat
Laurent Bêteille	Philippe Darniche	André Ferrand
Joël Billard	Serge Dassault	Louis-Constant Fleming
Claude Biver	Isabelle Debré	Gaston Flosse
Jean Bizet	Robert del Picchia	Alain Fouché
Jacques Blanc	Christian Demuyneck	Jean-Pierre Fourcade
Paul Blanc	Marcel Deneux	Bernard Fournier
Pierre Bordier	Gérard Dériot	Jean-Paul Fournier
Didier Borotra	Marie-Hélène Des Esgaulx	Jean François-Poncet
Joël Bourdin	Béatrice Descamps	Christophe-André Frassa
Brigitte Bout	Sylvie Desmarescaux	Yann Gaillard
Jean Boyer	Denis Detchevery	René Garrec
Dominique Brayé	Yves Détraigne	Joëlle Garriaud-Maylam
Marie-Thérèse Bruguère	Muguette Dini	Christian Gaudin
Elie Brun	Éric Doligé	Jean-Claude Gaudin
François-Noël Buffet	Philippe Dominati	
	Michel Doublet	

Gisèle Gautier
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Bruno Gilles
Adrien Giraud
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Adrien Gouteyron
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
Charles Guené
Michel Guerry
Hubert Haenel
Françoise Henneron
Pierre Hérisson
Marie-Thérèse
Hermange
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François
Humbert
Christiane Hummel
Benôit Huré
Jean-Jacques Hyest
Soibahadine Ibrahim
Ramadani
Pierre Jarlier
Jean-Jacques Jégou
Sophie Joissains
Jean-Marc Juillard
Christiane
Kammermann
Fabienne Keller
Joseph Kergueris
Alain Lambert
Marc Laménie

Élisabeth Lamure
André Lardeux
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Jean-René Lecerf
Dominique Leclerc
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-François Le
Grand
Jean-Pierre Leleux
Philippe Leroy
Gérard Longuet
Simon Loueckhote
Roland du Luart
Michel Magras
Lucienne Malovry
Philippe Marini
Pierre Martin
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Jean-Claude Merceron
Michel Mercier
Lucette Michaux-
Chevry
Alain Milon
Aymeri de
Montesquiou
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Jacqueline Panis
Monique Papon
Charles Pasqua

Philippe Paul
Anne-Marie Payet
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Christian Poncet
Ladislas Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Philippe Richert
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Bernard Saugoy
Bruno Sido
Esther Sittler
Daniel Soulage
Michel Thiollière
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Alain Vasselle
René Vestri
Jean-Pierre Vial
Jean-Paul Virapoullé
François Zocchetto

Robert Navarro
Isabelle Pasquet
Jean-Marc Pastor
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras
Jean-Pierre Plancade
Roland Povinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Jack Ralite
Daniel Raoul

Paul Raoult
François Rebsamen
Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Roland Ries
Michèle San Vicente-
Baudrin
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent
René-Pierre Signé
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour

Catherine Tasca
Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheiva
Raymond Vall
André Vantomme
François Vendasi
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Abstentions :

Michel Charasse, Jean-Pierre Chevènement, Anne-Marie Escoffier, Daniel Marsin.

N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

SCRUTIN n° 156

sur l'amendement n° 408 présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Annie David et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, tendant à supprimer l'article 5 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 (conseil de surveillance des établissements publics de santé)

Nombre de votants	333
Suffrages exprimés	318
Pour	139
Contre	179

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEEN (17) :

Contre : 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

Abstention : 15

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 115

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 28

N'a pas pris part au vote : 1 M. Yves Pozzo di Borgo

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

Contre : 149

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - président du Sénat et M. Roland du Luart - qui présidait la séance

Ont voté contre :

Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Michèle André
Serge Andreoni
Bernard Angels
Jean-Etienne
Antoinette
Alain Anziani
Éliane Assassi
David Assouline
Bertrand Auban
François Autain
Robert Badinter
Jean-Michel Baylet
Marie-France Beaufils
Jean-Pierre Bel
Claude Bérît-Débat
Jacques Berthou
Jean Besson
Michel Billout
Marie-Christine
Blandin
Maryvonne Blondin
Yannick Bodin
Nicole Bonnefoy
Nicole Borvo Cohen-
Seat
Yannick Botrel
Didier Boulaud
Alima Boumediene-
Thiery
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Nicole Bricq
Jean-Pierre Caffet
Claire-Lise Campion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron

Bernard Cazeau
Monique Cerisier-ben
Guiga
Yves Chastan
Jacqueline Chevé
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Roland Courteau
Jean-Claude Danglot
Yves Daudigny
Yves Dauge
Marc Daunis
Annie David
Jean-Pierre Demerliat
Michelle Demessine
Christiane Demontès
Jean Desessard
Évelyne Didier
Claude Domeizel
Josette Durrieu
Alain Fauconnier
Jean-Luc Fichet
Guy Fischer
François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
Charles Gautier
Samia Ghali
Jacques Gillot
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-
Maurin
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Gélita Hoarau

Robert Hue
Annie Jarraud-
Vergnolle
Claude Jeannerot
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Philippe Labeyrie
Françoise Laborde
Serge Lagache
Serge Larcher
Françoise Laurent
Perrigot
Gérard Le Cam
Jacky Le Menn
Raymonde Le Texier
Alain Le Vern
André Lejeune
Claudine Lepage
Claude Lise
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques Mahéas
François Marc
Jean-Pierre Masseret
Marc Massion
Jean Louis Masson
Josiane Mathon-Poinat
Pierre Mauroy
Rachel Mazuir
Jean-Luc Mélenchon
Louis Mermaz
Jacques Mézard
Jean-Pierre Michel
Jean Milhau
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Jacques Muller

REUNION ADMINISTRATIVE DES SENATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

N'ont pas pris part au vote : 7

Ont voté pour :

Jacqueline Alquier
Michèle André
Serge Andreoni
Bernard Angels
Jean-Etienne Antoinette
Alain Anziani
Éliane Assassi
David Assouline
Bertrand Auban
François Autain
Robert Badinter
Marie-France Beauflis
Jean-Pierre Bel
Claude Bérît-Débat
Jacques Berthou
Jean Besson
Michel Billout
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Yannick Bodin
Nicole Bonnefoy
Nicole Borvo Cohen-Seat
Yannick Botrel
Didier Boulaud
Alima Boumediene-Thiery
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Nicole Bricq
Jean-Pierre Caffet
Claire-Lise Champion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Bernard Cazeau
Monique Cerisier-ben Guiga
Yves Chastan
Jacqueline Chevé
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Roland Courteau
Jean-Claude Danglot
Yves Daudigny
Yves Dauge
Marc Daunis
Annie David

Jean-Pierre Demerliat
Michelle Demessine
Christiane Demontès
Jean Desessard
Évelyne Didier
Claude Domeizel
Josette Durrieu
Alain Fauconnier
Jean-Luc Fichet
Guy Fischer
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
Bernard Frimat
Charles Gautier
Samia Ghali
Jacques Gillot
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-Maurin
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Gélita Hoarau
Robert Hue
Annie Jarraud-Vergnolle
Claude Jeannerot
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Philippe Labeyrie
Serge Lagache
Serge Larcher
François Laurent
Perrigot
Gérard Le Cam
Jacky Le Menn
Raymonde Le Texier
Alain Le Vern
André Lejeune
Claudine Lepage
Claude Lise
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques Mahéas
François Marc
Jean-Pierre Masseret

Ont voté contre :

Nicolas About
Jean-Paul Alduy
Jean-Paul Amoudry
Pierre André
Jean Arthuis
Denis Badré
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
René Beaumont
Michel Bécot
Claude Belot
Pierre Bernard-Reymond
Laurent Bêteille
Joël Billard
Claude Biver
Jean Bizet
Jacques Blanc
Paul Blanc
Pierre Bordier
Didier Borotra

Joël Bourdin
Brigitte Bout
Jean Boyer
Dominique Braye
Marie-Thérèse Bruguière
Elie Brun
François-Noël Buffet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Claude Carle
Auguste Cazalet
Gérard César
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier

Marc Massion
Josiane Mathon-Poinat
Pierre Mauroy
Rachel Mazuir
Jean-Luc Mélenchon
Louis Mermaz
Jean-Pierre Michel
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Jacques Muller
Robert Navarro
Isabelle Pasquet
Jean-Marc Pastor
Georges Gautier
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras
Roland Pavinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Jack Ralite
Daniel Raoul
Paul Raoult
François Rebsamen
Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Roland Ries
Michèle San Vicente-Baudrin
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent
René-Pierre Signé
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Richard Tuheiaiva
André Vantomme
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Jean-Léonce Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Jean-Claude Etienne
Pierre Fauchon
Jean Faure
Françoise Férat
André Ferrand
Louis-Constant Fleming
Alain Fouché
Jean-Pierre Fourcade
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Jean François-Poncet
Christophe-André Frassa
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-Maylam
Christian Gaudin
Jean-Claude Gaudin
Gisèle Gautier
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Bruno Gilles
Adrien Giraud
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Adrien Gouteyron
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
Charles Guené
Michel Guerry
Hubert Haenel
Françoise Henneron
Pierre Hérisson
Marie-Thérèse Hermange
Michel Houel
Alain Houpert

Nicolas Alfonsi
Jean-Michel Baylet
Michel Charasse
Jean-Pierre Chevènement
Yvon Collin

Jean-François Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-Jacques Hyst
Soibahadine Ibrahim Ramadani
Pierre Jarlier
Jean-Jacques Jégou
Sophie Joissains
Jean-Marc Juilhard
Christiane Kammermann
Fabienne Keller
Joseph Kergeris
Alain Lambert
Marc Laméni
Élisabeth Lamure
André Lardeux
Robert Laufoaolu
Daniel Laurent
Jean-René Lecerf
Dominique Leclerc
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-François Le Grand
Jean-Pierre Leleux
Philippe Leroy
Gérard Longuet
Simon Loueckhote
Michel Magras
Lucienne Malovry
Philippe Marini
Pierre Martin
Hervé Maury
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Jean-Claude Merceron
Michel Mercier
Lucette Michaux-Chevry
Alain Milon

Abstentions :

Anne-Marie Escoffier
François Fortassin
Françoise Laborde
Daniel Marsin
Jacques Mézard
Jean Milhau

Aymeri de Montesquiou
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Jacqueline Panis
Monique Papon
Charles Pasqua
Philippe Paul
Anne-Marie Payet
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Christian Lamure
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Charles Revet
Philippe Richert
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Bernard Saugé
Bruno Sido
Esther Sittler
Daniel Soulage
Michel Thiollière
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Jean-Marie Vanlerenberghe
Alain Vasselle
René Vestri
Jean-Pierre Vial
Jean-Paul Virapoullé
François Zocchetto

Jean-Pierre Placade
Robert Tropeano
Raymond Vall
François Vendasi

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot
Philippe Darniche
Sylvie Desmarescaux

Gaston Flosse
Jean Louis Masson
Yves Pozzo di Borgo

Bruno Retailleau
Alex Türk

N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Roland du Luart - qui présidait la séance, .

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

SCRUTIN n° 157

sur l'amendement n° 1224, présenté par le Gouvernement, à l'article 5 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 (Conseil de surveillance des établissements publics de santé)

Nombre de votants	341
Suffrages exprimés	341
Pour	186
Contre	155

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24):

Contre: 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEEN (17):

Pour: 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

Contre: 15

GRUPE SOCIALISTE (115):

Contre: 115

GRUPE UNION CENTRISTE (29):

Pour: 29

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151):

Pour: 149

N'ont pas pris part au vote: 2 M. Gérard Larcher - président du Sénat et M. Roland du Luart - qui présidait la séance

REUNION ADMINISTRATIVE DES SENATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7):

Pour: 6

Contre: 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

Nicolas About	Alain Chatillon	Pierre Fauchon
Philippe Adnot	Jean-Pierre Chauveau	Jean Faure
Jean-Paul Alduy	Marcel-Pierre Cléach	Françoise Férat
Jean-Paul Amoudry	Christian Cointat	André Ferrand
Pierre André	Gérard Cornu	Louis-Constant Fleming
Jean Arthuis	Raymond Couderc	Gaston Flosse
Denis Badré	Jean-Patrick Courtois	Alain Fouché
Gérard Bailly	Philippe Dallier	Jean-Pierre Fourcade
Gilbert Barbier	Philippe Darniche	Bernard Fournier
René Beaumont	Serge Dassault	Jean-Paul Fournier
Michel Bécot	Isabelle Debré	Jean François-Poncet
Claude Belot	Robert del Picchia	Christophe-André Frassa
Pierre Bernard-Reymond	Christian Demyunck	Yann Gaillard
Laurent Bêteille	Marcel Deneux	René Garrec
Joël Billard	Gérard Dériot	Joëlle Garriaud-Maylam
Claude Biwer	Marie-Hélène Des Esgaulx	Christian Gaudin
Jean Bizet	Béatrice Descamps	Jean-Claude Gaudin
Jacques Blanc	Sylvie Desmarescaux	Gisèle Gautier
Paul Blanc	Denis Detcheverry	Jacques Gautier
Pierre Bordier	Yves Détraigne	Patrice Gélard
Didier Borotra	Muguette Dini	Bruno Gilles
Joël Bourdin	Éric Doligé	Adrien Giraud
Brigitte Bout	Philippe Dominati	Colette Guidicelli
Jean Boyer	Michel Doublet	Nathalie Goulet
Dominique Braye	Daniel Dubois	Jacqueline Gourault
Marie-Thérèse Bruguère	Alain Dufaut	Alain Gournac
Elie Brun	André Dulait	Adrien Gouteyron
François-Noël Buffet	Catherine Dumas	Sylvie Goy-Chavent
Christian Cambon	Ambroise Dupont	Francis Grignon
Jean-Pierre Cantegrit	Bernadette Dupont	Charles Guené
Jean-Claude Carle	Jean-Léonce Dupont	Michel Guerry
Auguste Cazalet	Louis Duvernois	Hubert Haenel
Gérard César	Jean-Paul Emorine	
	Jean-Claude Etienne	

Françoise Henneron
 Pierre Hérisson
 Marie-Thérèse Hermange
 Michel Houel
 Alain Houpert
 Jean-François Humbert
 Christiane Hummel
 Benoît Huré
 Jean-Jacques Hyst
 Soibahadine Ibrahim Ramadani
 Pierre Jarlier
 Jean-Jacques Jégou
 Sophie Joissains
 Jean-Marc Juilhard
 Christiane Kammermann
 Fabienne Keller
 Joseph Kergueris
 Alain Lambert
 Marc Laménie
 Élisabeth Lamure
 André Lardeux
 Robert Laufoaulu
 Daniel Laurent
 Jean-René Lecerf
 Dominique Leclerc
 Antoine Lefèvre
 Jacques Legendre
 Dominique de Legge

Jean-François Le Grand
 Jean-Pierre Leleux
 Philippe Leroy
 Gérard Longuet
 Simon Loueckhote
 Michel Magras
 Lucienne Malovry
 Philippe Marini
 Pierre Martin
 Hervé Maurey
 Jean-François Mayet
 Colette Mélot
 Jean-Claude Merceron
 Michel Mercier
 Lucette Michaux-Chevy
 Alain Milon
 Aymeri de Montesquiou
 Albéric de Montgolfier
 Catherine Morin-Desailly
 Philippe Nachbar
 Louis Nègre
 Jacqueline Panis
 Monique Papon
 Charles Pasqua
 Philippe Paul
 Anne-Marie Payet
 Jackie Pierre
 François Pillat

Xavier Pintat
 Louis Pinton
 Rémy Pointereau
 Christian Poncelet
 Ladislav Poniatowski
 Hugues Portelli
 Yves Pozzo di Borgo
 Catherine Procaccia
 Jean-Pierre Raffarin
 Henri de Raincourt
 Bruno Retailleau
 Charles Revet
 Philippe Richert
 Josselin de Rohan
 Roger Romani
 Janine Rozier
 Bernard Saugey
 Bruno Sido
 Esther Sittler
 Daniel Soulage
 Michel Thiollière
 André Trillard
 Catherine Troendle
 François Trucy
 Alex Türk
 Jean-Marie Vanlerenberghe
 Alain Vasselle
 René Vestri
 Jean-Pierre Vial
 Jean-Paul Virapoullé
 François Zocchetto

Ont voté contre :

Nicolas Alfonsi
 Jacqueline Alquier
 Michèle André
 Serge Andreoni
 Bernard Angels
 Jean-Etienne Antoinette
 Alain Anziani
 Éliane Assassi
 David Assouline
 Bertrand Auban
 François Autain
 Robert Badinter
 Jean-Michel Baylet
 Marie-France Beaufrils
 Jean-Pierre Bel
 Claude Bérit-Débat
 Jacques Berthou
 Jean Besson
 Michel Billout
 Marie-Christine Blandin
 Maryvonne Blondin
 Yannick Bodin
 Nicole Bonnefoy
 Nicole Borvo Cohen-Seat
 Yannick Botrel
 Didier Boulaud
 Alima Boumediene-Thiery
 Martial Bourquin
 Bernadette Bourzai
 Michel Boutant
 Nicole Bricq
 Jean-Pierre Caffet
 Claire-Lise Champion
 Jean-Louis Carrère
 Françoise Cartron
 Bernard Cazeau
 Monique Cerisier-ben Guiga
 Michel Charasse
 Yves Chastan
 Jacqueline Chevè

Jean-Pierre Chevènement
 Yvon Collin
 Gérard Collomb
 Pierre-Yves Collombat
 Roland Courteau
 Jean-Claude Danglot
 Yves Daudigny
 Yves Dauge
 Marc Daunis
 Annie David
 Jean-Pierre Demerliat
 Michelle Demessine
 Christiane Demontès
 Jean Dessard
 Évelyne Didier
 Claude Domeizel
 Josette Durrieu
 Anne-Marie Escoffier
 Alain Fauconnier
 Jean-Luc Fichet
 Guy Fischer
 François Fortassin
 Thierry Foucaud
 Jean-Claude Frécon
 Bernard Frimat
 Charles Gautier
 Samia Ghali
 Jacques Gillot
 Jean-Pierre Godefroy
 Brigitte Gonther-Maurin
 Jean-Noël Guérini
 Didier Guillaume
 Claude Haut
 Edmond Hervé
 Odette Herviaux
 Gélita Hoarau
 Robert Hue
 Annie Jarraud-Vergnolle
 Claude Jeannerot
 Bariza Khari
 Virginie Klès
 Yves Krattinger

Philippe Labeyrie
 Françoise Laborde
 Serge Lagauche
 Serge Larcher
 Françoise Laurent Perrigot
 Gérard Le Cam
 Jacky Le Menn
 Raymonde Le Texier
 Alain Le Vern
 André Lejeune
 Claudine Lepage
 Claude Lise
 Jean-Jacques Lozach
 Roger Madec
 Philippe Madrelle
 Jacques Mahéas
 François Marc
 Daniel Marsin
 Jean-Pierre Masseret
 Marc Massion
 Jean Louis Masson
 Josiane Mathon-Poinat
 Pierre Mauroy
 Rachel Mazuir
 Jean-Luc Mélenchon
 Louis Mermaz
 Jacques Mézard
 Jean-Pierre Michel
 Jean Milhau
 Gérard Miquel
 Jean-Jacques Mirassou
 Jacques Muller
 Robert Navarro
 Isabelle Pasquet
 Jean-Marc Pastor
 Georges Patient
 François Patriat
 Daniel Percheron
 Jean-Claude Peyronnet
 Bernard Piras
 Jean-Pierre Plancade
 Roland Poinelli
 Gisèle Printz
 Marcel Rainaud

Jack Ralite
Daniel Raoul
Paul Raoult
François Rebsamen
Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Roland Ries
Michèle San Vicente-
Baudrin

Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent
René-Pierre Signé
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade

Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheia
Raymond Vall
André Vantomme
François Vendasi
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Gérard Bailly
Gilbert Barbier
René Beaumont
Michel Bécot
Claude Belot
Pierre Bernard-
Reymond
Laurent Bêteille
Joël Billard
Claude Biwer
Jean Bizet
Jacques Blanc
Paul Blanc
Pierre Bordier
Didier Borotra
Joël Bourdin
Brigitte Bout
Jean Boyer
Dominique Braye
Marie-Thérèse
Bruguère
Elie Brun
François-Noël Buffet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Claude Carle
Auguste Cazalet
Gérard César
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier
Philippe Darniche
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Christian Demuynck
Marcel Deneux
Gérard Dériot
Marie-Hélène Des
Esgaulx
Béatrice Descamps
Sylvie Desmarescaux
Denis Detcheverry
Yves Détraigne
Muguette Dini
Éric Doligé
Philippe Dominati
Michel Doublet
Daniel Dubois
Alain Dufaut
André Dulait
Catherine Dumas
Ambroise Dupont
Bernadette Dupont
Jean-Léonce Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Jean-Claude Etienne
Pierre Fauchon

Jean Faure
Françoise Férat
André Ferrand
Louis-Constant
Fleming
Gaston Flosse
Alain Fouché
Jean-Pierre Fourcade
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Jean François-Poncet
Christophe-André
Frassa
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-
Maylam
Christian Gaudin
Jean-Claude Gaudin
Gisèle Gautier
Jacques Gautier
Patrice Gérard
Bruno Gilles
Adrien Giraud
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Alain Gournac
Adrien Gouteyron
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
Charles Guené
Michel Guerry
Hubert Haenel
Françoise Henneron
Pierre Hérisson
Marie-Thérèse
Hermange
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François
Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-Jacques Hyst
Soibahadine Ibrahim
Ramadani
Pierre Jarlier
Sophie Joissains
Jean-Marc Juilhac
Christiane
Kammermann
Fabienne Keller
Joseph Kergueris
Alain Lambert
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
André Lardeux
Robert Lafoaoulu
Daniel Laurent
Jean-René Lecerf
Dominique Leclerc
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge

Jean-François Le
Grand
Jean-Pierre Leleux
Philippe Leroy
Gérard Longuet
Simon Loueckhote
Michel Magras
Lucienne Malovry
Philippe Marini
Pierre Martin
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Jean-Claude Merceron
Michel Mercier
Lucette Michaux-
Chevy
Alain Milon
Aymeri de
Montesquiou
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Jacqueline Panis
Monique Papon
Charles Pasqua
Philippe Paul
Anne-Marie Payet
Jackie Pierre
François Pillat
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Christian Poncet
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Philippe Richert
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Bernard Saugy
Bruno Sido
Esther Sittler
Daniel Soulage
Michel Thiollière
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Alain Vasselle
René Vestri
Jean-Pierre Vial
Jean-Paul Virapoullé
François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Roland du Luart - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

SCRUTIN n° 158

sur l'amendement n° 1177 rectifié, présenté par le Gouvernement, à l'article 5 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

Nombre de votants	337
Suffrages exprimés	323
Pour	182
Contre	141

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Contre : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEEN (17) :

Pour : 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

Contre : 1 M. Jean-Pierre Chevènement

Abstention : 14

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Contre : 115

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Pour : 25

N'ont pas pris part au vote : 4 M. Denis Badré, Mme Jacqueline Gourault, MM. Jean-Jacques Jégou, Jean-Marie Vanlerenberghe

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

Pour : 149

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - président du Sénat et M. Roland du Luart - qui présidait la séance

REUNION ADMINISTRATIVE DES SENATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Pour : 6

Contre : 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

Nicolas About
Philippe Adnot

Jean-Paul Alduy
Jean-Paul Amoudry

Pierre André
Jean Arthuis

Jacqueline Alquier
Michèle André
Serge Andreoni
Bernard Angels
Jean-Etienne
Antoinette
Alain Anziani
Éliane Assassi
David Assouline
Bertrand Auban
François Autain
Robert Badinter
Marie-France Beaufrils

Ont voté contre :

Jean-Pierre Bel
Claude Bérít-Débat
Jacques Berthou
Jean Besson
Michel Billout
Marie-Christine
Blandin
Maryvonne Blondin
Yannick Bodin
Nicole Bonnefoy
Nicole Borvo Cohen-
Seat
Yannick Botrel

Didier Boulaud
Alima Boumediene-
Théry
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Nicole Bricq
Jean-Pierre Caffet
Claire-Lise Campion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Bernard Cazeau

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	171,30
33	Questions 1 an	118,90
83	Table compte rendu 1 an	29,40
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	153,30
35	Questions 1 an	86,10
85	Table compte rendu 1 an	26,00
95	Table questions 1 an	18,10
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	894,50
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	865,90

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Renseignements documentaires : **01-40-58-79-79** – Télécopie abonnement : **01-40-58-77-57**

Prix du numéro : 2,50 €