

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mardi 19 mai 2009

(103^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



7771050 905708

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN

Secrétaires :

Mmes Michelle Demessine, Mme Christiane Demontès.

1. **Procès-verbal** (p. 4807)
2. **Décès d'un ancien sénateur** (p. 4807)
3. **Rappels au règlement** (p. 4807)

MM. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales ; Guy Fischer, Bernard Cazeau, le président.
4. **Réforme de l'hôpital.** – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (*Texte de la commission*) (p. 4808)

Article 12 (*suite*) (p. 4808)

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Amendements n° 1307 à 1309 du Gouvernement.

Suspension et reprise de la séance (p. 4812)
5. **Souhaits de bienvenue à une délégation parlementaire de Turquie** (p. 4812)

Suspension et reprise de la séance (p. 4812)
6. **Réforme de l'hôpital.** – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (*Texte de la commission*) (p. 4812)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Article 12 (*suite*) (p. 4813)

Sous-amendements n° 1310 à 1312 de la commission aux amendements n° 1307 à 1309. – M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Mme la ministre.

Suspension et reprise de la séance (p. 4814)

Rappel au règlement (p. 4814)

MM. Alain Vasselle, le président.

Article 12 (*suite*) (p. 4814)

Mme la ministre, MM. Gilbert Barbier, Jean-Marie Vanlerberghe, François Autain, Jacky Le Menn, Guy Fischer, Bernard Cazeau, Alain Vasselle, Nicolas About, président de la commission des affaires sociales ; Yves Daudigny. – Adoption du sous-amendement n° 1310 et de l'amendement n° 1307 modifié ; adoption du sous-amendement n° 1311 et de l'amendement n° 1308 modifié ; adoption du sous-amendement n° 1312 et de l'amendement n° 1309 modifié.

Amendement n° 348 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn. – Retrait.

Amendement n° 454 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mmes la ministre, Marie-Christine Blandin. – Rejet.

Amendement n° 349 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 549 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1303 de la commission. – M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 456 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n° 550 de M. François Autain et 128 de M. Jean Desessard. – MM. Guy Fischer, Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre, M. Alain Vasselle. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 605 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre, M. Guy Fischer. – Retrait.

Amendements n° 551 de M. François Autain et 127 de M. Jean Desessard. – MM. Guy Fischer, Jean Desessard, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 606 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n° 457 de M. François Autain, 1196 du Gouvernement et 642 rectifié de M. Jean-Pierre Chevènement. – M. Michel Billout, Mme la ministre, MM. Jean-Pierre Chevènement, le rapporteur, Jean-Pierre Fourcade, Guy Fischer. – Retrait de l'amendement n° 642 rectifié ; rejet de l'amendement n° 457 ; adoption de l'amendement n° 1196.

Adoption de l'article modifié.

Article 13 (p. 4824)

MM. Jean-Pierre Chevènement, Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre.

Amendement n° 458 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 619 rectifié *bis* de Mme Françoise Laborde. – MM. Jean Milhau, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 559 rectifié de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 558 de M. François Autain. – MM. Michel Billout, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 560 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 561 de M. François Autain. – MM. Michel Billout, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1198 rectifié du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 351 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 239 rectifié de M. Alain Vasselle. – MM. Alain Vasselle, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 620 rectifié *ter* de M. Gilbert Barbier ; amendements identiques n° 352 de M. Jean Desessard et 562 de M. François Autain. – MM. Gilbert Barbier, Jean Desessard, Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mmes la ministre, Annie David. – Adoption de l'amendement n° 620 rectifié *ter* ; rejet des amendements n° 352 et 562.

Suspension et reprise de la séance (p. 4836)

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD FRIMAT

7. Rappel au règlement (p. 4836)

MM. Yannick Botrel, le président, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

8. Conférence des présidents (p. 4837)

9. Réforme de l'hôpital. – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (*Texte de la commission*) (p. 4842)

Article 13 (*suite*) (p. 4842)

Amendement n° 1197 du Gouvernement. – Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales ; M. Guy Fischer. – Adoption.

Amendements n° 563 de M. François Autain et 353 de M. Jean Desessard. – Mme Annie David, MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 621 rectifié de M. Raymond Vall. – MM. Raymond Vall, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 564 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet par scrutin public.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 13 (*réservés jusqu'après l'article 13 quater*) (p. 4845)

Articles 13 *bis* et 13 *ter*. – Adoption (p. 4845)

Articles additionnels après l'article 13 *ter* (*réservés jusqu'après l'article 13 quater*) (p. 4845)

Article 13 *quater* (supprimé par la commission) (p. 4845)

Articles additionnels avant l'article 1^{er} (*précédemment réservés*) (p. 4845)

Amendement n° 237 rectifié de M. Alain Vasselle. – M. Alain Vasselle. – Retrait.

Mme la ministre.

Amendement n° 287 rectifié de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 288 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 370 rectifié de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Guy Fischer. – Rejet.

Article additionnel après l'article 1^{er} (*précédemment réservé*) (p. 4849)

Amendement n° 137 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Articles additionnels après l'article 3 (*précédemment réservés*) (p. 4849)

Amendements n° 215 rectifié de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, 318 de M. Jacky Le Menn, 401 de M. François Autain et 598 rectifié *ter* de M. Jean-Pierre Chevènement. – MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Jean-Jacques Mirassou, Mme Mireille Schurch, MM. Jean-Pierre Chevènement, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Gilbert Barbier, Bernard Cazeau, François Autain, Michel Charasse, Gérard Dériot, Michel Mercier, Nicolas About, président de la commission des affaires sociales ; Jean Desessard, Robert del Picchia. – Retrait de l'amendement n° 598 rectifié *ter* ; adoption, par scrutin public, de l'amendement n° 215 rectifié rédigeant l'article, les amendements n° 318 et 401 devenant sans objet.

Amendement n° 41 de Mme Anne-Marie Payet. – Mme Anne-Marie Payet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Article additionnel après l'article 7 (*précédemment réservé*) (p. 4857)

Amendement n° 442 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Article additionnel après l'article 8 *bis* (*précédemment réservé*) (p. 4857)

Amendement n° 1193 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Jean-Pierre Fourcade. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article additionnel après l'article 8 *ter* (précédemment réservé)
(p. 4858)

Amendement n° 572 rectifié de M. François Autain. – Mme Évelyne Didier, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Article additionnel après l'article 9 (précédemment réservé)
(p. 4858)

Amendement n° 449 de M. François Autain. – Mme Mireille Schurch, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Article additionnel après l'article 10 (précédemment réservé)
(p. 4859)

Amendement n° 553 rectifié de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Articles additionnels après l'article 13 (précédemment réservés)
(p. 4860)

Amendement n° 253 rectifié de M. Alain Vasselle. – MM. Alain Vasselle, le rapporteur, Mme la ministre, M. Gilbert Barbier. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 357 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1301 rectifié du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

MM. le président, le président de la commission.

Amendement n° 1330 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Articles additionnels après l'article 13 *ter* (précédemment réservés) (p. 4862)

Amendements identiques n°s 155 de M. Paul Blanc et 354 de M. Jean-Pierre Michel. – MM. Paul Blanc, Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption des deux amendements identiques insérant un article additionnel.

Articles additionnels après l'article 13 *quater* (précédemment réservés) (p. 4863)

Amendement n° 355 de M. Jacky Le Menn. – MM. Claude Jeannerot, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 186 de M. René Beaumont. – MM. René Beaumont, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1199 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1200 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1201 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Jean Desessard, François Autain. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1202 rectifié du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, François Autain, Jean Desessard. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Renvoi de la suite de la discussion.

10. Dépôt de propositions de loi (p. 4866)

11. Ordre du jour (p. 4866)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN

vice-président

Secrétaires :

**Mme Michelle Demessine,
Mme Christiane Demontès.**

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quatorze 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

DÉCÈS D'UN ANCIEN SÉNATEUR

M. le président. J'ai le regret de vous faire part du décès de notre ancien collègue Henri Gallet, qui fut sénateur du Pas-de-Calais en 1992.

3

RAPPELS AU RÈGLEMENT

M. le président. La parole est à M. le président de la commission, pour un rappel au règlement.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Il n'y a pas plus d'une heure, je trouvais devant ma porte quatre collaborateurs d'un ministère qui, manifestement, écoutaient ce qui se disait dans mon bureau et prenaient des notes.

Monsieur le président, il serait souhaitable qu'à l'avenir le personnel du Sénat s'assure de la non-pénétration dans les couloirs de personnes qui n'ont rien à y faire et qu'en tout cas lesdites personnes aient la correction de ne pas abuser de situations qui leur permettent de suivre des débats qui ne les concernent pas.

M. le président. Monsieur le président de la commission, je vous donne acte de votre rappel au règlement.

La parole est à M. Guy Fischer, pour un rappel au règlement.

M. Guy Fischer. Monsieur le président, je ne connaissais pas la teneur du rappel au règlement de M. le président de la commission ; les faits qu'il dénonce sont graves.

Certes, nous ne sommes pas d'accord avec la commission des affaires sociales, mais ces faits démontrent la pression qu'exerce le Gouvernement sur la majorité du Sénat et, plus particulièrement, sur celle de la commission, qui a pratiquement réécrit le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale.

Cependant, monsieur le président, je voudrais avant tout savoir si nous allons continuer à travailler dans les mêmes conditions.

Nous ne cessons de découvrir au fur et à mesure du déroulement de nos travaux les dizaines d'amendements –soixante, soixante-dix, quatre-vingts? – que le Gouvernement a préparés et qu'il distille en séance publique.

Nous ne pouvons travailler dans ces conditions. Cette méthode qui conduit à bafouer les droits du Parlement est intolérable et inacceptable dans le cadre de la réforme constitutionnelle. Nous tenons à la dénoncer et nous espérons avoir un ordre du jour qui nous permette d'exercer sérieusement et dans toute sa plénitude notre mission.

M. le président. Monsieur Fischer, je vous donne acte de votre rappel au règlement.

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour un rappel au règlement.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le président, je m'associe aux propos de M. Fischer.

Nous sommes en train de détricoter, sous la férule du Gouvernement, tout le travail qui a été fait, pendant des jours et des nuits, par la commission des affaires sociales.

Dans ces circonstances, nous ne comprenons plus quels étaient les objectifs de la réforme que nous avons votée et qui devait améliorer nos conditions de travail.

Nous ressentons très mal cette atteinte aux droits du Parlement de la part d'un Gouvernement qui veut à tout prix arriver à ses fins. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

M. le président. Monsieur Cazeau, je vous donne acte de votre rappel au règlement.

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 (n^{os} 290, 380 et 381).

Dans la discussion des articles, nous poursuivons l'examen de l'article 12.

Article 12 (suite)

(Texte modifié par la commission)

I. - Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« *Communautés hospitalières de territoire*

« Art. L. 6132-1. - Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire.

« La convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires.

« Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-2. - La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée par leurs conseils de surveillance, après information des comités techniques d'établissement.

« Elle définit :

« - le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires, ainsi, le cas échéant, que les cessions ou échanges de biens meubles et immeubles liés à ces délégations ou transferts ;

« - les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissements, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;

« - les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;

« - en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus qui seront acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;

« - le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire.

« La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

« La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

« Art. L. 6132-3. - La convention de communauté hospitalière de territoire est soumise à l'avis du ou des représentants de l'État dans la ou les régions concernées et transmise, avant son entrée en application, à l'agence ou aux agences régionales de santé et de l'autonomie compétentes.

« Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé et de l'autonomie compétentes appréciant la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité.

« Art. 6132-4. - Lorsque les activités de soins ou les équipements matériels lourds dont la convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le transfert ou la cession entre les établissements partenaires sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, l'autorisation est modifiée, en ce qui concerne le lieu, ou confirmée, en ce qui concerne le nouveau titulaire, par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.

« Art. L. 6132-5. - En application du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 :

« 1^o Un établissement public de santé qui transfère, en application d'une convention de communauté hospitalière de territoire, une activité de soins à un autre établissement, peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 2^o Il peut être procédé à un échange de biens meubles ou immeubles entre deux établissements publics de santé parties à une convention de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-2 du code général de la propriété des personnes publiques.

« La cession ou l'échange mentionnés aux 1^o et 2^o, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie authentifie les transferts de propriété immobilière

en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

« Art. L. 6132-6. - L'application d'une convention de communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice d'activités transférées entre des établissements publics de santé parties à cette convention.

« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était propriétaire des biens mis à disposition, la remise de ces biens a lieu à titre gratuit. L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition assume l'ensemble des obligations du propriétaire.

« L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition est substitué à l'établissement public propriétaire dans tous ses droits et obligations à l'égard de ses cocontractants, découlant notamment des contrats conclus pour l'aménagement, l'entretien et la conservation des biens remis, ainsi qu'à l'égard de tiers.

« En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition en application des alinéas précédents, l'établissement public de santé antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés.

« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants.

« Art. L. 6132-7. - La convention de communauté hospitalière de territoire peut être résiliée :

« 1° Soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ;

« 2° Soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ;

« 3° Soit sur décision prise, après avis du représentant de l'État dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie en cas de non-application de la convention.

« Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer les activités correspondantes, ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.

« Art. L. 6132-8. - Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 6132-9, L. 6132-10, L. 6132-11, L. 6132-12, L. 6132-13, L. 6132-14 et L. 6132-15. - *Supprimés par la commission.*

II. - 1° Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévu à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un groupement de coopéra-

tion sanitaire. Les agences régionales de santé et de l'autonomie s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire bénéficient d'un financement majoré de 15 % ;

2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « politique sanitaire », sont insérés les mots : «, notamment la création de communautés hospitalières de territoire » ;

3° L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

a) Le 3° du II est complété par les mots : « ou membres de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code » ;

b) Après les mots : « et groupements », la fin du premier alinéa du III est ainsi rédigée : «, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code. »

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

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur Cazeau, c'est désormais le texte de la commission qui est examiné par le Sénat. La commission des affaires sociales a beaucoup travaillé pour élaborer son texte. Il n'en reste pas moins que le Gouvernement, comme tout sénateur quel qu'il soit, a le droit de déposer des amendements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Encore heureux !

M. Alain Milon, rapporteur. Chacun a le droit d'exprimer son opinion et de déposer des amendements sur le texte. À la commission ensuite de faire le tri en fonction de la ligne qu'elle a retenue

Monsieur le président, je m'exprimerai maintenant sur l'article 12 - je ne l'ai pas fait hier soir, ce dont je prie le Sénat de m'excuser - et indiquer dans quel esprit la commission a abordé l'examen des dispositions de cet article, très important pour nous, puisqu'il tend à créer la communauté hospitalière de territoire.

Le bilan des restructurations hospitalières n'est pas, c'est le moins que l'on puisse dire, très positif en termes d'aménagement sanitaire du territoire et d'accès aux soins.

La moitié environ des opérations se traduit par des regroupements géographiques d'activités et les premières victimes de ces regroupements sont, tout naturellement, les établissements de proximité situés dans des zones déjà mal dotées : zones périurbaines, arrière-pays des zones littorales, zones rurales enclavées, petites villes.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant - il est même légitime - que les projets de réorganisation du système de soins suscitent localement des réactions de rejet de la part des populations et des collectivités concernées, qui craignent, souvent à raison, de voir fermer « leur » hôpital.

Cela crée une situation regrettable, d'abord parce que la recomposition de notre système de soins et la sauvegarde du maillage sanitaire sont certainement nécessaires, ensuite parce que, comme l'avait montré une étude réalisée voilà quelques années par les présidents de commission médicale d'établissement, la première cause du succès d'opérations de ce genre est l'implication locale et la première cause de leur échec, la contrainte des tutelles.

Il est donc souhaitable d'encourager les initiatives de terrain et, peut-être aussi, de faire prévaloir une nouvelle approche de la coopération des établissements.

Certains exemples montrent que le dépérissement des hôpitaux de proximité n'est pas une fatalité et que, même hors des grandes villes, même dans des pays de montagne, on peut avoir accès à la fois à des soins de proximité et à des soins de qualité grâce, en général, aux efforts conjugués des élus, des médecins et de l'administration.

C'est pourquoi, à nos yeux, le rapport Larcher a le grand mérite d'avoir mis en avant la nécessité de proposer aux « acteurs de terrain », comme on dit, un moyen de bâtir ensemble leur propre projet et de s'investir dans sa réalisation.

C'est l'objet de la communauté hospitalière de territoire que prévoit le projet de loi. Ce dispositif est directement inspiré du modèle de la coopération intercommunale, qui a créé une vraie dynamique même si, au départ, tous ne s'étaient pas engagés dans cette démarche avec un égal enthousiasme.

Mes chers collègues, nous ne devons pas manquer l'occasion qui nous est offerte de favoriser les communautés d'établissements de santé.

La commission a choisi de réécrire les dispositions relatives aux centres hospitaliers territoriaux, les CHT, pour définir la base d'une coopération contractuelle, la convention de communauté hospitalière.

Cette convention traduira l'accord des parties sur un projet, mais aussi sur les modalités de sa réalisation. Dans les faits, ce projet devra aussi avoir été discuté avec l'ARS, l'agence régionale de santé, qui détient tous les leviers d'action – autorisation, contractualisation – pouvant permettre de le concrétiser.

En somme, comme je l'avais souligné au début de nos débats, nous avons voulu privilégier une organisation souple, fondée sur le volontariat, qui donnera peut-être un second souffle à la coopération locale entre établissements publics.

Nous souhaitons que tous les partenaires de la communauté hospitalière, et d'abord les élus, retrouvent ainsi une marge d'initiative pour faire preuve, dans le domaine du maillage sanitaire des territoires, du même « esprit d'entreprise » et de la même imagination que dans les autres, et nous souhaitons beaucoup, mes chers collègues, que le Sénat nous soutienne dans cette démarche.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Mesdames, messieurs les sénateurs, j'entends, en provenance de certaines travées, se développer une petite musique pernicieuse. On voudrait en quelque sorte que le Gouvernement soit bâillonné (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG*). Il serait inconvenant, et même attentatoire aux droits du Parlement, qu'il puisse, tout simplement, exposer ses thèses, sa philosophie, les motivations qui l'ont conduit à déposer un texte!

Je tiens le plus grand compte des travaux de la commission des affaires sociales.

Je signale que, sur les quelque 1 500 amendements qui ont été déposés, je n'en ai moi-même déposé qu'une soixantaine.

M. Guy Fischer. Cela n'est déjà pas si mal!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela signifie bien que la grande majorité des amendements examinés en séance plénière sont d'origine sénatoriale.

Les assemblées discutent maintenant du texte de la commission et non plus de celui du Gouvernement. Il est donc normal que celui-ci, sur des points importants, puisse défendre sa philosophie et sa ligne directrice. Je ne vois là rien d'offensant pour le Parlement!

Le vote de la commission des affaires sociales n'est pas un vote définitif. Il ne prive pas l'ensemble des sénateurs de leur liberté d'analyse ni de leur droit de vote.

Il est donc normal que le Gouvernement puisse exposer à nouveau, à l'intention notamment des sénateurs qui n'ont pas participé aux travaux de la commission, sa philosophie.

J'avais déposé à l'article 12 un amendement n° 1195 rectifié. À la demande de certains, pour faciliter l'examen des points importants qu'il contient, j'ai préféré le remplacer par trois amendements, dont je vais vous donner la ligne directrice.

Il s'agit de rééquilibrer l'architecture des CHT, les communautés hospitalières de territoire.

La commission des affaires sociales a modifié substantiellement le texte du Gouvernement. Elle a non seulement apporté un certain nombre de clarifications, ce dont je me félicite, mais également introduit des dispositions qui pourraient affaiblir le sens et la portée des communautés hospitalières de territoire.

Ainsi, dans le texte de la commission est supprimée la notion d'établissement siège qui devrait, pourtant, faciliter le fonctionnement de la CHT, afin notamment de mutualiser les compétences au service de chacun des établissements de la communauté hospitalière de territoire.

Je comprends parfaitement que cette notion d'établissement siège ait pu susciter des interrogations, voire la crainte qu'elle n'amène à la domination d'un établissement sur l'autre. Je tiens à lever toute ambiguïté à ce sujet. Un établissement siège est un établissement facilitateur, organisateur, en aucun cas un établissement dominateur.

Je vais prendre l'exemple d'une communauté hospitalière de territoire composée de trois hôpitaux locaux et d'un centre hospitalier. Il est logique que le centre hospitalier, qui dispose de compétences en matière de systèmes d'information ou encore de gestion provisionnelle des emplois des médecins, puisse en faire bénéficier les autres membres de la communauté, afin que chacun puisse, en amont, trouver les meilleures réponses à ses besoins en personnel médical.

Ne serait-il pas plus facile de maintenir sur place un neurologue en lui proposant un temps complet partagé sur plusieurs sites coordonnés plutôt qu'un simple temps partiel? Cette question a d'ailleurs été évoquée ici même hier.

Un établissement de trente lits de médecine peut-il payer un expert qualité pour faciliter sa certification? Ne serait-il pas plus pertinent de mettre en place une équipe commune au sein de la CHT qui ferait le travail pour le compte de ses membres, s'agissant, notamment, de la lutte contre les infections nosocomiales?

Ces exemples très pratiques montrent bien que, concrètement, une CHT, bien loin de la caricature selon laquelle tel établissement exercerait une domination sur tel l'autre, serait en fait une solution opérationnelle.

Chacun se dit toujours prêt à travailler avec autrui, mais – nous le savons! – passer à l'acte est plus difficile. Si nous nous en tenons à une gestion spontanée de la coopération, nous prenons le risque, quelles que soient les bonnes volontés, que les réalisations ne suivent pas. Il faut donc organiser la coopération, prévoir un établissement siège, qui soit un pilote, un coordonateur, un facilitateur, et assure une gouvernance spécifique pour l'ensemble de l'action des communautés hospitalières de territoire.

Le Gouvernement propose donc, en remplacement de l'amendement n° 1195 rectifié, trois amendements visant à renforcer l'efficacité de ces dernières.

Le premier vise à mettre en cohérence les modalités d'approbation des communautés hospitalières de territoire avec la rédaction des articles 5 et 6, relatifs au conseil de surveillance et au directoire, qui prévoient notamment que le conseil de surveillance rend un avis sur les coopérations et que le directoire peut proposer des coopérations au directeur général de l'agence régionale de santé.

Le deuxième vise à préciser que l'approbation des communautés hospitalières de territoire entraîne leur constitution, ainsi que la désignation de l'établissement siège, et, en outre, les modalités de fonctionnement interne de la CHP.

Les modalités de désignation par les conseils de surveillance seront définies dans un amendement complémentaire.

Enfin, le troisième amendement a pour objet de préciser les modalités de désignation de l'établissement siège. Ce dernier est désigné par une délibération favorable des deux tiers des conseils de surveillance des établissements représentant au moins les trois quarts des produits de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements membres. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

Le Gouvernement, en ce qui concerne l'architecture de la communauté hospitalière de territoire, fait évoluer sur trois points le texte adopté par la commission.

En premier lieu, alors que la commission a proposé la suppression de l'établissement siège, j'estime utile et même indispensable de disposer d'un pilote limitant le travail de ses membres sans pour autant s'imposer à eux et permettant d'y faire vivre la communauté hospitalière de territoire tout en évitant, comme pour les intercommunalités, une nouvelle couche administrative.

En deuxième lieu, s'agissant des compétences, je soutiens que, à l'image de ce qui se passe pour les intercommunalités – cette image est décidément adéquate! – des compétences obligatoires déléguées, bien entendu en nombre limité, apporteraient une véritable plus-value à l'ensemble des établissements membres, en particulier en ce qui concerne le déploiement des politiques de systèmes d'information – je ne vois pas très bien comment les systèmes d'information pourraient ne pas faire partie des compétences de la CHT –, la gestion des cadres et les investissements lourds.

La CHT devra aussi mettre en cohérence les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CEPOM, tout en respectant leur spécificité.

En troisième lieu, le Gouvernement entend modifier la proposition de la commission en matière de gouvernance, qui consistait en la mise en œuvre d'une commission de

communauté composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents de commission médicale d'établissement et des directeurs des établissements partenaires.

Cette gouvernance, qui s'apparente – monsieur le rapporteur, je parle sous votre contrôle – à une assemblée générale, répond bien à l'objectif – qui est le mien également – de faire participer l'ensemble des parties prenantes à la gouvernance. Cependant, il ne faut évidemment pas perdre de vue l'objectif d'efficacité. À cette proposition, je préférerais celle d'une gouvernance communautaire incluant un conseil de surveillance, un directoire, une CME de CHT, dont la définition sera déterminée par la convention constitutive.

Il me semble nécessaire que la CHT dispose de véritables organes de gouvernance qui remplissent les deux objectifs de participation des parties prenantes et d'efficacité de fonctionnement et qui respectent l'équilibre des compétences tel que la commission l'a établi pour les établissements publics de santé.

Par ailleurs, pour répondre aux préoccupations qui ont été exprimées à l'occasion de l'examen du texte en commission, j'ai accepté le rétablissement de la procédure de droit commun pour la nomination des directeurs d'établissement membres des CHT, si bien que le directeur de l'établissement siège ne désignera donc plus, comme je l'avais souhaité initialement, les directeurs des autres établissements de la CHT et je propose que les conseils de surveillance émettent un avis préalable à la constitution d'une CHT et même une délibération systématique lorsqu'un CHU participe à une CHT et que le conseil de surveillance exerce un pouvoir de contrôle très fort sur la désignation de l'établissement siège, qui ne pourra pas être désigné sans l'accord des deux tiers des conseils de surveillance des établissements représentant au moins les trois quarts des produits de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements membres.

Enfin, le Gouvernement proposera également à l'article 13 un amendement tendant à limiter strictement le pouvoir du directeur général de l'ARS d'imposer la constitution d'une CHT. Le directeur général de l'ARS devra notamment justifier sa demande par des impératifs de qualité et de sécurité des soins.

Ces dispositifs me semblent de nature à enrichir, éclairer le débat et à répondre aux interrogations des uns et des autres. Je reste bien entendu à votre disposition, mesdames, messieurs les sénateurs.

M. le président. Je suis donc saisi à la place de l'amendement n° 1195 rectifié, qui a été retiré avant la séance, de trois amendements.

L'amendement n° 1307, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

leurs conseils de surveillance

par les mots :

le directeur général de l'agence régionale de santé compétente

L'amendement n° 1308, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I.- Après le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

" Cette approbation entraîne constitution de la communauté hospitalière de territoire et désignation de l'établissement siège.

" La convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire fixe la répartition des droits et obligations des établissements membres. Elle est conclue par les directeurs des établissements membres, après avis de leurs conseils de surveillance.

II. - Après le deuxième alinéa du même texte, insérer un alinéa ainsi rédigé :

" - la composition du conseil de surveillance, du directeur et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements membres ;

L'amendement n° 1309, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après le septième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

" L'établissement siège est désigné par une délibération favorable des deux tiers des conseils de surveillance des établissements représentant au moins les trois quarts des produits de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements membres. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

Le Gouvernement vient de déposer trois nouveaux amendements. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Guy Fischer. C'est scandaleux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est le même amendement, mais il est séparé en trois !

M. le président. Monsieur le président de la commission, respectueux du règlement, j'estime que nous devons interrompre nos travaux le temps que la commission puisse prendre connaissance de ces amendements. (*Marques d'approbation.*)

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à quatorze heures cinquante-cinq, est reprise à quinze heures trente.*)

M. le président. La séance est reprise.

5

SOUHAITS DE BIENVENUE À UNE DÉLÉGATION PARLEMENTAIRE DE TURQUIE

M. le président. Madame la ministre, mes chers collègues, j'ai le très grand plaisir de saluer, au nom du Sénat tout entier, la présence, dans notre tribune officielle, d'une délégation de la commission des affaires étrangères de la Grande Assemblée nationale de la République de Turquie, conduite par son président, M. Murat Mercan.

Cette délégation s'est rendue en France à l'invitation de M. Josselin de Rohan, président de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées. Elle sera également reçue par M. Jacques Blanc, président du groupe interparlementaire d'amitié France-Turquie.

Nous sommes particulièrement sensibles à l'intérêt et à la sympathie que la délégation porte à notre institution.

Au nom du Sénat de la République, je lui souhaite la plus cordiale bienvenue et je forme des vœux pour que son séjour en France contribue à renforcer les liens d'amitié entre nos deux pays. (*Mme la ministre, Mmes et MM. les sénateurs se lèvent et applaudissent.*)

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à quinze heures trente-deux, est reprise à seize heures quinze.*)

M. le président. La séance est reprise.

6

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 (n°s 290, 380 et 381).

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Monsieur le président, je souhaite revenir brièvement sur la déclaration faite par M. le président de la commission des affaires sociales au début de la séance et le rassurer quant à ce qui s'est réellement passé ce matin.

Mon directeur de cabinet avait effectivement rendez-vous avec M. le rapporteur, à la demande de celui-ci, dans la salle 213. Il s'y est rendu avec un certain nombre de collaborateurs du cabinet. À un moment donné, au cours de cette rencontre, il a demandé à trois de ces collaborateurs de sortir. Ils se sont alors assis sur des bancs qui se trouvent dans le couloir situé entre la salle 213 et le bureau de M. le président des affaires sociales, en attendant mon directeur de cabinet avec lequel ils devaient repartir pour le ministère, et ils ont profité de ce moment d'attente pour travailler.

À aucun moment, il n'a été question d'espionner M. le président de la commission...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Personne n'a dit cela !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... ni d'écouter des conversations que, de toute façon, ils ne pouvaient pas entendre !

Je me porte garante de ces collaborateurs. Ils ne se trouvaient pas là « subrepticement » ! Ils sont commissaires du Gouvernement : le décret les mentionne en tant que tels. S'ils se sont rendus au Sénat, c'est à l'invitation de M. le rapporteur. Jamais ils n'y auraient pénétré sans autorisation !

Je suis d'autant plus désolée de ce malentendu que je n'ai qu'à me féliciter des excellentes relations que mon cabinet et moi-même entretenons avec la commission, son président, M. le rapporteur, et avec l'ensemble des sénatrices et des sénateurs, qu'ils soient de la majorité ou de l'opposition. J'affirme donc que rien de ce que le président About a cru voir ne s'est passé! (*Exclamations amusées sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. Au moins, ce n'était pas l'œil de Moscou! (*Sourires.*)

MM. François Autain et Guy Fischer. Il a bien pâli! (*Nouveaux sourires.*)

Article 12 (*suite*)

M. le président. Je rappelle que, sur l'article 12, le Gouvernement a déposé trois nouveaux amendements, n^{os} 1307, 1308 et 1309.

La commission ayant eu, je pense, le temps de les étudier durant la suspension de séance, je vous interroge, monsieur le rapporteur, pour connaître son avis à leur sujet.

M. Alain Milon, rapporteur. Je prie tout d'abord Mme la ministre de bien vouloir accepter les excuses de la commission pour son retard. Le président nous avait en effet accordé quinze minutes pour examiner ces amendements importants et nous avons eu besoin d'une heure et quart pour y travailler de façon approfondie.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce n'est pas un souci : je ne m'ennuie jamais!

M. Alain Milon, rapporteur. La solution que nous avons retenue, et qui se présente sous la forme de trois sous-amendements, devrait entraîner l'adhésion d'un grand nombre de nos collègues.

Le premier de ces sous-amendements, auquel la commission a consacré plus de trente-cinq minutes, porte sur l'amendement n^o 1307. Il laisse inchangé le texte proposé par la commission pour le premier alinéa de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, mais ajoute un alinéa aux termes duquel la convention de communauté hospitalière de territoire, qui resterait donc approuvée par les conseils de surveillance des établissements, devrait être ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS compétente.

Notre deuxième sous-amendement porte sur l'amendement n^o 1308 et tire les conséquences, essentiellement d'ordre rédactionnel, de notre premier sous-amendement.

C'est ainsi que : dans le I de l'amendement n^o 1308, nous évoquons une « double » approbation, substituons le mot « création » au mot « constitution » et supprimons le deuxième alinéa proposé par le Gouvernement, cet alinéa étant satisfait ; dans le nouvel alinéa proposé par le II de l'amendement, nous remplaçons les termes « établissements membres » par les termes « établissements parties à la convention ».

Enfin, notre troisième sous-amendement, qui porte sur l'amendement n^o 1309, outre qu'il modifie le décompte des alinéas, supprime le mot « favorable », qui nous a paru inutile : dès lors que la délibération sur la désignation de l'établissement siège de la CHT a recueilli la majorité qualifiée définie dans l'alinéa, cette désignation est décidée.

M. le président. Je suis donc saisi de trois sous-amendements, présentés par M. Milon, au nom de la commission.

Le sous-amendement n^o 1310 est ainsi libellé :

I.- Remplacer les trois premiers alinéas de l'amendement n^o 1307 par un alinéa ainsi rédigé :

Après le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-32 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

II.- Dans le dernier alinéa de cet amendement, remplacer le mot :

le

par les mots :

Elle est ensuite soumise à l'approbation du

Le sous-amendement n^o 1311 est ainsi libellé :

I.- Dans le deuxième alinéa du I de l'amendement n^o 1308, après le mot :

cette

insérer le mot :

double

et remplacer le mot :

constitution

par le mot :

création

et supprimer les mots :

et désignation de l'établissement siège

II.- Supprimer le dernier alinéa du I de cet amendement.

III.- Rédiger comme suit le début du premier alinéa du II du même amendement :

Après le septième alinéa ...

IV.- À la fin du second alinéa du II de cet amendement, remplacer le mot :

membres

par les mots :

parties à la convention

Le sous-amendement n^o 1312 est ainsi libellé :

I.- Rédiger comme suit le début du premier alinéa de l'amendement n^o 1309 :

Avant le huitième alinéa ...

II.- Dans la première phrase du second alinéa de cet amendement, supprimer le mot :

favorable

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le président, je vous demande une brève suspension de séance afin d'examiner ces trois sous-amendements.

M. le président. Mes chers collègues, nous allons donc interrompre nos travaux pour quelques instants. Et quand je dis quelques instants, cela ne veut pas dire une heure et quart! (*Sourires.*)

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à seize heures vingt-cinq, est reprise à seize heures trente.)

M. le président. La séance est reprise

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à M. Alain Vasselle, pour un rappel au règlement.

M. Alain Vasselle. Mon rappel au règlement a pour objet de souligner les conditions dans lesquelles le Sénat travaille sur ce texte, conditions qui risquent fort de se reproduire lors de la discussion de textes à venir. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Gérard Dériot. Seuls ceux qui ont voté la révision constitutionnelle peuvent s'en plaindre!

M. Alain Vasselle. Chers collègues de l'opposition, il n'est pas nécessaire de m'applaudir pour être conscient des difficultés que nous rencontrons.

Je vous sollicite, monsieur le président, pour que vous soyez notre porte-parole auprès de la conférence des présidents et de M. le président du Sénat. Un dialogue doit s'instaurer entre le Sénat et le Gouvernement pour définir des conditions de travail plus satisfaisantes.

Lorsque nous avons commencé à travailler en commission, Mme la ministre elle-même s'est émue de découvrir, en même temps que les sénateurs, les modifications proposées par le rapporteur et de ne pas disposer d'un délai suffisant pour y réagir en déposant ses amendements au texte ainsi modifié. C'est ce qui explique que le Gouvernement, pris de court en commission, dépose aujourd'hui, en séance publique, toute une série d'amendements. Dès lors, contraints de faire du travail de commission dans l'hémicycle, nous enchaînons les suspensions de séance.

Si nous ne tirons pas les enseignements de la manière dont nous avons travaillé sur le présent projet de loi, nous allons complètement bloquer le fonctionnement du Parlement! Je ne sais pas comment fera l'Assemblée nationale, mais je sais que nous allons bloquer le fonctionnement de notre assemblée! Il faut donc absolument tirer très vite les enseignements de cette expérience. (*Applaudissements sur quelques travées de l'UMP, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. Pour une fois que le Sénat est à l'honneur et qu'il peut modifier profondément un texte, nous n'allons tout de même pas nous en plaindre!

Habituellement, on entend que le travail de la Haute Assemblée ne compte quasiment pour rien, que seul compte ce qui se passe à l'Assemblée nationale. Or, depuis dix jours, nous faisons la démonstration du contraire!

Merci de vos applaudissements! (*Sourires et applaudissements sur l'ensemble des travées.*)

Article 12 (suite)

M. le président. Madame la ministre, je vous interroge à nouveau pour connaître l'avis du Gouvernement sur les trois sous-amendements de la commission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le président, je tiens tout d'abord à vous assurer que je n'éprouve aucune impatience, aucun énervement: il est tout à fait normal que, sur une disposition essentielle et structurante – et dont le principe, à savoir la nécessité de la gradation des soins, recueille d'ailleurs un large assentiment –, le travail soit plus réactif et plus souple.

Le Gouvernement a déposé un amendement important. J'ai, à la demande du rapporteur, transformé cet amendement en trois amendements, pour permettre une plus grande fluidité du vote. Les sénateurs ont jugé nécessaire un réexamen approfondi. Loin d'en concevoir une quelconque irritation, je trouve cela tout à fait normal et suis heureuse de pouvoir annoncer que j'émetts, au nom du Gouvernement, un avis favorable sur les trois sous-amendements n° 1310, 1311 et 1312 de la commission. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mme Isabelle Debré. Cela valait la peine de prendre le temps de travailler ensemble!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il se peut simplement que le sous-amendement n°1307 pose un léger problème de cohérence avec une disposition préalablement votée par votre assemblée, mais je fais confiance à la commission mixte paritaire pour le résoudre.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Madame la ministre, j'ai une interrogation à vous soumettre.

J'ai cru comprendre que les organes de direction des établissements sièges, c'est-à-dire le conseil de surveillance, le directoire et les organes représentatifs du personnel, allaient voir leur composition élargie à des représentants des établissements membres. Je voudrais savoir dans quelle proportion.

Je prends l'exemple du directoire de l'établissement siège: il sera composé de sept membres et les représentants des médecins devront y être majoritaires. En pratique, comment s'organisera-t-il demain pour accueillir les représentants des établissements membres? Je ne trouve pas la réponse dans le texte.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est la convention qui en décidera. Il est possible qu'un décret fixe une convention type. Néanmoins, mon souhait est de laisser, conformément à la philosophie du projet de loi, une grande liberté aux acteurs dans la définition de leur mode de fonctionnement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. La question de M. Barbier est légitime, car la notion d'« établissement siège » prête à confusion: par exemple, le conseil de surveillance de l'établissement qui devient établissement siège va-t-il s'intégrer dans le nouveau conseil de surveillance du siège ou sera-t-il complètement redéfini à l'issue du regroupement des établissements?

Cette ambiguïté, on peut la lever très simplement en substituant la notion de « siège » à celle d'« établissement siège ».

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

M. François Autain. Je voudrais m'élever à mon tour contre nos conditions de travail, tout en saluant la patience de M. le président de la commission et de M. le rapporteur.

Il n'est pas simple, en effet, de travailler lorsque les amendements arrivent à jet continu, sans que nous ayons le temps et le recul suffisants pour nous déterminer en connaissance de cause. Cela n'est pas concevable!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La commission a quand même eu une heure et quart pour examiner trois amendements!

M. François Autain. L'épisode que nous venons de vivre est l'illustration de ces conditions de travail, qui vont à l'évidence devoir changer !

Je formule donc les plus grandes réserves sur la portée des amendements du Gouvernement, sous-amendés par la commission, s'ils sont intégrés à ce texte : celui-ci y perdra en tout cas beaucoup de cohérence.

En effet, la notion d'établissement siège, qui apparaît maintenant, est contraire à l'idée de volontariat sur laquelle était fondée la création des communautés hospitalières de territoire. Il n'était question que d'une commission de communauté. Autrement dit, le texte ainsi amendé sera difficilement applicable, sauf à renoncer purement et simplement aux commissions de communauté.

C'est pourquoi nous voterons contre les trois amendements du Gouvernement et contre les sous-amendements de la commission, qui entérinent cette notion d'établissement siège.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Madame la ministre, par l'amendement n° 1307, vous essayiez, une nouvelle fois, de supprimer l'approbation de la convention par le conseil de surveillance, ce qui était fort désagréable, à défaut d'être surprenant !

Heureusement, la commission a rétabli cette approbation par le conseil de surveillance qui, nous le disons depuis un certain nombre de jours, nous semble absolument nécessaire. Même s'il a été passablement dépouillé au fil de l'examen des articles, le conseil de surveillance conserve en effet, dans la constitution des communautés hospitalières de territoire, un rôle important à jouer, notamment en ce qui concerne la convention.

Comme nous ne sommes évidemment pas en guerre contre le futur directeur de l'agence régionale de santé, nous acceptons la double approbation par le conseil de surveillance et par le directeur de l'ARS.

Restent les multiples interrogations que suscite le siège. S'agissant des coopérations, nous avons mis très fortement l'accent sur le volontariat et insisté sur le risque latent d'un déséquilibre entre les différentes composantes au sein des organes de direction des établissements qui vont se regrouper. De ce point de vue, la notion de siège n'est pas neutre.

Au risque de paraître naïfs, nous faisons crédit à votre proposition. Nous espérons que la clé suivant laquelle l'établissement siège sera désigné, en prenant en compte à la fois le nombre des établissements et les diverses activités, permettra à la raison de l'emporter sur la loi du plus fort. On évitera ainsi, du moins nous le souhaitons, de voir les établissements les plus petits disparaître à terme, avalés par le plus gros.

Dans ce cadre, nous sommes favorables à l'adoption des sous-amendements de la commission, qui sont le fruit d'un gros travail.

À ce propos, je m'associe aux propos tenus par mes collègues sur toutes les travées de cette assemblée pour dénoncer des conditions de travail peu propices à la réalisation d'un bel ouvrage !

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit par M. François Autain sur notre position.

Je veux simplement souligner que ces communautés hospitalières de territoire fourniront au Gouvernement l'outil dont il a besoin pour faire évoluer rapidement le paysage hospitalier. Ce que nous craignons et que nous dénonçons, c'est le risque de voir disparaître, qu'on le veuille ou non, un certain nombre d'établissements de proximité.

Tel est l'objet du désaccord qui nous oppose à Mme la ministre depuis plusieurs mois. Certes, j'ai bien compris qu'il n'y aura pas de suppression d'établissements *stricto sensu*. Mais la transformation des établissements de proximité en EHPAD – établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – ne manquera pas d'avoir des répercussions sur l'emploi. Cela nous ramène au cœur du projet de loi et à notre crainte de voir, à terme, disparaître plusieurs dizaines de milliers d'emplois dans la fonction publique hospitalière.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1310.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1307, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1311.

M. Bernard Cazeau. Nous n'avons pas les sous-amendements !

M. le président. Bien sûr que si ! Ils ont été distribués !

M. Bernard Cazeau. Ce que nous avons reçu, ce ne sont que des brouillons ! *(M. Bernard Cazeau brandit un document.)*

M. Guy Fischer. Oui, nous votons sur des brouillons !

M. Bernard Cazeau. Je demande la parole pour un rappel au règlement !

M. le président. Non, mon cher collègue : le vote est commencé, il faut le terminer. Votez comme vous l'entendez, vous parlerez après ! *(Applaudissements sur les travées de l'UMP.)*

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 1308.

M. Michel Mercier. Nous n'avons pas cet amendement !

M. Bernard Cazeau. Mon intention n'est nullement de semer le désordre dans cette assemblée, mais j'insiste sur le fait que nous n'avons en main que des brouillons.

Je demande que nous soient transmis les documents sur lesquels nous votons. Cela ne paraît pas insurmontable ! *(Exclamations sur les travées de l'UMP.)*

M. Guy Fischer. Exactement !

M. Jean-Louis Carrère. Le groupe UMP n'a pas besoin de documents : il vote n'importe quoi ! *(Protestations sur les mêmes travées.)*

M. le président. Monsieur Cazeau, vous disposez de ce qui a été remis par la commission.

La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Je veux dissiper tout quiproquo, malentendu ou ambiguïté. Les documents qui nous ont été distribués nous présentent les amendements du Gouvernement déjà modifiés par les sous-amendements de la commission. Voilà ce qui sème le trouble chez certains de nos collègues.

En réalité, ce que nous avons sous les yeux, ce sont des amendements rectifiés.

M. le président. M. le rapporteur a bien présenté des sous-amendements aux amendements du Gouvernement. Voilà pourquoi je m'applique à faire voter d'abord les sous-amendements, puis les amendements, modifiés.

La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. La procédure qu'a suivie M. le président est tout à fait conforme au travail effectué en commission. Les membres de la commission savent d'ailleurs très bien sur quoi nous nous prononçons, et je pense qu'il en est de même pour l'ensemble de nos collègues.

Les sous-amendements visent à apporter des corrections aux amendements du Gouvernement, qui sont ainsi modifiés.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1308, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 1312.

M. Alain Vasselle. Je me suis interrogé sur les dispositions qui s'appliqueront dorénavant aux communautés hospitalières de territoire. Les termes choisis peuvent troubler l'esprit de celles et ceux qui seront amenés à les mettre en œuvre.

Dans son rapport sur les missions de l'hôpital, M. Gérard Lacher a proposé la création de communautés hospitalières de territoire et établi un parallèle entre ces structures et les communautés de communes ou les communautés d'agglomération.

Lorsqu'une communauté de communes est constituée, c'est une structure nouvelle, avec un statut juridique propre, qui est créée. Or le texte qui nous est proposé procède à un mélange des genres puisque, en même temps qu'il règle les relations entre les différents établissements publics hospitaliers par convention, il érige à un échelon supérieur un établissement public hospitalier, qualifié d'« établissement siège », qui exercera pour le compte des autres établissements des compétences qui lui auront été transférées aux termes de ladite convention.

Imagine-t-on, mes chers collègues, les communautés de communes fonctionner selon ce schéma? Les communes seraient liées entre elles par convention et, dans le même temps, l'une d'elles deviendrait la « commune siège », avec son propre conseil et son propre président, et déciderait tout pour le compte des autres collectivités!

Quel sera le statut juridique de l'« établissement siège »? Le président de la commission des affaires sociales m'a indiqué que ce dispositif s'apparentait en définitive à celui d'un syndicat intercommunal à vocation multiple. Je veux bien l'entendre ainsi. Encore fallait-il que cela fût précisé!

Pour autant, je ne suis pas persuadé que ce montage réponde à un souci de simplification de notre administration. *(M. Alain Fauconnier applaudit.)*

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. La confusion dans le vote est à l'image de la confusion dans le travail que nous faisons cet après-midi.

J'ai participé aux réunions de la commission et je connais bien les amendements qui nous sont soumis: il y a un malentendu entre sous-amendements et amendements corrigés. S'il est exact que la commission a proposé des sous-amendements, il n'en demeure pas moins qu'au moment du vote en séance publique les textes qui nous sont présentés apparaissent beaucoup plus comme des amendements rectifiés. Cette

ambiguïté est encore accentuée pour le sous-amendement n° 1312, qui vise non seulement à supprimer le mot « favorable », mais aussi à déplacer la disposition prévue par l'amendement.

Sur le fond, je partage la position d'Alain Vasselle. Deux logiques s'affrontent: soit la communauté hospitalière est dotée d'une personnalité morale, soit elle ne l'est pas. Nous mélangeons dans ce texte des dispositions qui correspondent à ces deux logiques, ce qui entraînera des incohérences qu'il nous faudra certainement corriger à l'avenir. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.)*

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1312.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1309, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 348, 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:

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, par les mots:

et avis des conseils régionaux

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Compte tenu des difficultés que nous avons eues à nous mettre d'accord pour établir un texte à peu près cohérent, je ne veux pas ajouter encore de la complexité. C'est pourquoi, je retire cet amendement, pourtant intéressant.

M. le président. L'amendement n° 348 est retiré.

L'amendement n° 454, 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:

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée:

Ce projet de convention est transmis pour avis au Président de chacun des conseils régionaux concernés.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Je sais que je suis battu d'avance, mais je maintiens cet amendement, qui se justifie par son texte même.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à prévoir que le projet de convention est transmis pour avis au président de chacun des conseils régionaux concernés. Or, je le rappelle, les conseils régionaux n'ont pas compétence en matière de santé.

M. Guy Fischer. Pour le personnel!

M. Alain Milon, rapporteur. En outre, ils ne sont pas représentés dans les conseils de surveillance. Rien ne justifie donc que leur soit transmis le projet de convention. En conséquence, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable, pour les mêmes raisons.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Christine Blandin, pour explication de vote.

Mme Marie-Christine Blandin. Il ne faudrait pas anticiper avec trop d'empressement des réformes concernant les collectivités.

Je rappelle que les conseils régionaux détiennent encore la compétence générale et, comme le permet la loi de décentralisation de M. Raffarin, certains se sont engagés dans le domaine de la santé. C'est le cas de ma région, le Nord-Pas-de-Calais, qui apporte des financements, ce qui lui donne le droit de siéger dans les conseils d'administration de l'agence régionale d'hospitalisation.

Si cela reste permis, il est tout à fait logique que les projets de convention soient transmis aux conseils régionaux.

J'en profite pour signaler que l'amendement que j'avais déposé et qui visait à autoriser la poursuite de cette expérimentation a été, par un paradoxe frisant l'absurde, déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution. En d'autres termes, l'article 40 peut empêcher la participation du budget des conseils régionaux quand bien même celui-ci viendrait aider le budget de l'État! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Par souci de simplification, j'ai réduit à l'extrême la présentation de cet amendement. Or Mme Blandin vient d'en illustrer l'objet.

Des expérimentations ont eu lieu. Ainsi, dans le cadre de la formation professionnelle, un certain nombre de personnels soignants, notamment des aides-soignants, bénéficient de la formation financée par des conseils régionaux.

Il est donc faux, monsieur le rapporteur, d'affirmer que les conseils régionaux n'ont pas du tout cette compétence!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 454.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 349, présenté par M. Desessard, Mme Voinet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevê, 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 septième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La communauté hospitalière de territoire constitue une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge de la communauté hospitalière de territoire pour l'ensemble des établissements signataires de la convention. Elle analyse les informations en matière de relation avec les usagers et de qualité de la prise en charge qui lui sont adressées par les commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge des établissements qui composent la communauté hospitalière de territoire.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement vise à permettre la création par les CHT de commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, qui seraient des lieux de discussion et de démocratie permettant d'appréhender au mieux les attentes des usagers, leurs difficultés et leurs besoins, en vue d'améliorer la qualité de leur prise en charge au sein des établissements.

Aux commissions qui existent dans chaque établissement, et qui doivent être maintenues, s'ajouterait ainsi une nouvelle commission, constituée à l'échelon de la communauté hospitalière de territoire pour examiner les problématiques qui relèvent de sa compétence. La proximité entre cette instance de concertation et le niveau territorial de l'établissement serait un gage d'efficacité et de justesse des analyses qui y seraient développées.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La constitution d'une commission des relations avec les usagers commune aux établissements de la communauté hospitalière de territoire pourrait être pertinente. Pour autant, il n'est pas souhaitable qu'elle soit obligatoire.

En tout cas, il nous paraît essentiel que chaque établissement dispose d'une telle commission, afin que les usagers y aient facilement accès. L'Assemblée nationale a d'ailleurs adopté une position tout à fait juste sur ce point.

La commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. S'il est un organe doit rester à l'échelon des établissements, c'est bien la commission des relations avec les usagers ! Ceux-ci connaissent évidemment surtout l'établissement dans lequel ils se rendent le plus couramment.

Cela étant, monsieur Desessard, je veillerai à ce que les textes d'application précisent que l'établissement siège doit présenter une synthèse du fonctionnement de chaque commission des relations avec les usagers, pour déterminer si des enseignements peuvent être tirés des expériences des unes et des autres.

Au demeurant, étant donné la très large liberté d'organisation des communautés hospitalières de territoire, rien n'empêchera qu'elles créent, si elles le souhaitent, toutes les structures qui leur paraîtront utiles.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Mme la ministre comme M. le rapporteur, que je remercie de leurs explications, m'indiquent que la constitution d'une telle commission au niveau de la communauté hospitalière de territoire est toujours possible. Mais je crains que, si l'initiative est laissée à chaque communauté, on n'en compte pas beaucoup ! C'est pourquoi je préfère qu'on prévoie une obligation et maintiens l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 349.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 549, 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 huitième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

peut également prévoir

par le mot :

prévoit

La parole est à M. Fischer.

M. Guy Fischer. Dans notre logique de renforcement de la démocratie sociale et sanitaire et compte tenu de l'importance des décisions qui pourraient être prises par les dirigeants de la CHT, nous souhaitons que soient nécessairement constitués, à cet échelon, des organes de représentation du personnel.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je rappelle que l'ensemble des CHT mises en place ont un caractère volontaire. Aucune obligation n'est imposée. Dans un égal souci de démocratie, la commission ne veut pas obliger les CHT à créer des organes de représentation du personnel ; cette clause de la convention doit, selon nous, conserver un caractère facultatif. Par conséquent, l'avis est défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

Ainsi que je l'ai précédemment indiqué à M. Desessard, la communauté hospitalière de territoire a la faculté, et non l'obligation, de créer des instances particulières. La création d'instances communes de représentation et de consultation des personnels devra résulter d'un dialogue social approfondi et dépendra des besoins et des spécificités de chaque communauté hospitalière de territoire.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 549.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1303, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Le présent amendement a pour objet de permettre aux présidents des conseils de surveillance des établissements souhaitant constituer une convention de communauté hospitalière de territoire de proposer une telle démarche au directeur général de l'agence régionale de santé.

Je rappelle que, en vertu des amendements adoptés par le Sénat, le président du conseil de surveillance sera obligatoirement un élu.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est une excellente proposition que le président du conseil de surveillance, après consultation de cette instance et au titre du pilotage stratégique qu'il exerce, puisse avoir un pouvoir d'évocation auprès du directeur général de l'ARS lorsqu'il s'agit de créer une communauté hospitalière de territoire.

J'émet donc un avis très favorable sur l'amendement n° 1303.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1303.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 456, 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 texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Art. L. ... - En zone de montagne, l'approbation prévue à l'article L. 6132-2 est précédée de la consultation du ou des comités de massif prévus à l'article 7 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne, territorialement compétents. Un décret en Conseil d'État précise les modalités dans lesquelles ces consultations sont effectuées.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Dans le souci de mettre en œuvre un aménagement du territoire harmonieux dans les domaines sanitaire et médico-social, cet amendement tend à rendre obligatoire la consultation du comité de massif dès lors qu'est envisagée la création d'une communauté hospitalière sur l'un des territoires concernés.

Madame la ministre, lors de l'examen du présent projet de loi par l'Assemblée nationale et lors des travaux de notre commission des affaires sociales, vous aviez indiqué que la consultation du ou des comités de massif aurait pour effet d'alourdir le processus d'approbation des conventions constitutives d'une communauté hospitalière de territoire.

Au regard des enjeux territoriaux, l'argument invoqué me semble un peu léger, d'autant que la consultation du comité de massif ne concernerait que les établissements situés dans des territoires immédiatement limitrophes de zones de montagne.

Je vous rappelle que les comités de massif, institués par la loi relative au développement et à la protection de la montagne de 1985, et dont les compétences ont été renforcées par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire de 1995 ainsi que par celle relative au développement des territoires ruraux de 2005, jouent un rôle de veille permanente pour assurer la prise en compte des besoins et spécificités des territoires de montagne.

Chacun des comités de massif, qui fait à son échelon figure de « conseil économique et social de la montagne », comme le Conseil national de la montagne à l'échelon national, dispose d'une mission de réflexion et de proposition à l'égard, notamment, des régions et de l'État sur la politique spécifique à conduire en faveur d'un développement durable du massif. À cet égard, il devrait logiquement être consulté.

Notre amendement n° 456 va donc bien dans le sens de votre volonté de faire du texte que nous examinons un projet de loi d'aménagement du territoire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission considère que la consultation formelle des comités de massif, comme des conseils régionaux, serait une procédure un peu lourde s'agissant d'une coopération contractuelle. Elle émet donc un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il est bien évident qu'une représentation des élus, qui connaissent les territoires et relaient leurs aspirations, est assurée dans les instances. Comme l'a dit M. le rapporteur, il n'est pas utile d'alourdir une procédure déjà assez complexe. Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 456.

(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° 550, 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 premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

de l'État dans la ou les

par les mots :

de la ou des

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Avec cet amendement, nous entendons prolonger la démarche positive que notre Haute Assemblée a entamée lors de l'examen de l'article 5 du présent projet de loi en adoptant, à l'unanimité, si ma mémoire est bonne, un amendement que nous avons défendu et qui était identique à un amendement déposé par Jean-Pierre Chevènement : il s'agissait de prévoir que le conseil de surveillance des établissements publics de santé serait présidé par un représentant des collectivités territoriales, donc par un élu.

Le Sénat a ainsi permis une réelle avancée : les représentants des collectivités territoriales seront légitimement associés aux décisions – trop rares – prises par les conseils de surveillance.

Avec l'amendement n° 550, nous entendons continuer à renforcer la place des élus dans le processus de décision en matière de santé.

Comme nous l'avons déjà dit, nous ne sommes pas opposés à ce que l'autorité régionale prenne une place plus importante dans l'organisation de l'offre de soins dès lors que deux principes fondamentaux sont respectés : d'une part, la coordination et la cohérence nationales, garantes de la solidarité nationale, et, d'autre part, la participation active des représentants des collectivités territoriales au processus d'élaboration de l'offre de soins.

Aujourd'hui, nous en sommes loin !

Pour ce qui concerne le premier principe, vous confiez aux agences régionales la gestion du risque ; nous aborderons de nouveau ce point lors de l'examen de l'article 26.

Pour ce qui concerne le second principe, vous écarterez les élus de tous les lieux de décision, y compris de ceux destinés à élaborer une offre de soins qui, selon nous, doit être utile aux populations concernées.

Lors de nos débats sur l'article 5, l'un de nos collègues a très justement fait remarquer qu'en ce qui concernait le collège des personnalités qualifiées, c'était « l'État qui contrôlait l'État ». Il en est de même à l'article 12 puisqu'il est prévu que le représentant de l'État dans la région se voit communiquer le projet de convention afin qu'il se prononce à son sujet. Autrement dit, le préfet de région va donner son avis sur un acte dont l'initiative peut être prise par le directeur général de l'agence régionale, lui-même représentant de l'État.

Nous considérons, pour notre part, qu'à l'avis du représentant de l'État dans la région devrait être substitué celui du représentant de la ou des régions concernées. Mais je connais déjà la réponse que m'apporteront tant M. le rapporteur que Mme la ministre !

M. le président. L'amendement n° 128, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, après les mots :

représentants de l'État dans la ou les régions concernées

insérer les mots

et des représentants des collectivités territoriales concernées

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. La réorganisation sanitaire du territoire par le biais de la mise en place des communautés hospitalières de territoire peut concerner plusieurs collectivités territoriales alors que toutes ne sont pas nécessairement représentées au sein du conseil de surveillance de chaque établissement. Aussi le territoire de référence pour la constitution des communautés hospitalières de territoire doit-il être fixé de façon concertée avec l'ensemble des élus locaux, qui connaissent parfaitement la réalité et la diversité des situations sur leurs territoires.

Je voudrais particulièrement insister sur la place des conseils régionaux, négligée par ce projet de loi, alors que ces assemblées ont leur rôle à jouer, notamment en raison de leurs compétences en matière d'aménagement du territoire, de formation professionnelle ou encore, par exemple, d'éducation et de prévention dans les lycées.

En outre, les territoires de santé doivent être définis non pas seulement en fonction d'une logique démographique, mais aussi en tenant compte de la complexité de la réalité sociale, géographique et environnementale des zones concernées.

C'est pourquoi, mes chers collègues, nous vous proposons d'adopter cet amendement, qui tend à soumettre à l'avis des élus territoriaux les conventions constitutives des communautés hospitalières de territoire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. En ce qui concerne l'amendement n° 550, la commission émet un avis défavorable.

S'agissant de l'amendement n° 128, il me suffit de rappeler que les élus des collectivités territoriales sont présents dans les conseils de surveillance, et donc déjà informés. Cet amendement est par conséquent *a priori* satisfait. La commission en demande le retrait ; à défaut, elle émettra un avis 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. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Les amendements du Gouvernement qui visaient les établissements médico-sociaux ont été retirés, ce qui m'amène à m'interroger sur le rôle réservé aux conseils généraux dans l'hypothèse, qui a été envisagée, où un établissement médico-social entrerait dans une communauté hospitalière. Mais peut-être ce problème sera-t-il résolu à travers d'autres articles du projet de la loi, qui seront examinés plus tard...

Il reste que, dès lors qu'une communauté hospitalière comprendrait un établissement médico-social, il paraîtrait naturel que la collectivité locale concernée, en l'occurrence le département, soit associée et donne son avis sur les conventions qui la lieraient.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Vasselle, l'établissement médico-social n'a pas le statut d'élément constituant la communauté hospitalière de territoire, mais de service associé. Or cette association dépendra d'une délibération des instances de l'établissement, dans lesquelles siège le président du conseil général ou son représentant. L'assemblée départementale en sera donc, par définition, informée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 550.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 128.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 605 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet et Charasse, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

Dans le second alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-3, après les mots :

organisation des soins

insérer les mots :

et un maillage sanitaire équilibré du territoire,

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Ce projet de loi a suscité de grandes inquiétudes, notamment chez les représentants des territoires ruraux des départements à faible densité démographique : ils craignent qu'avec la nouvelle organisation sanitaire il ne soit plus possible d'accéder à des soins de qualité et de proximité dans les zones dont ils sont les élus.

La précision que, avec mes collègues du RDSE, je propose d'insérer dans le texte me paraît importante, car elle serait de nature à y introduire une touche d'humanisme, la simple mention de l'« organisation des soins » renvoyant plutôt à des considérations strictement économiques.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cette précision nous semble inutile : d'une part, l'objet même de la constitution d'une CHT est de maintenir le maillage sanitaire du territoire et d'en améliorer la qualité ; d'autre part, il faut espérer que le SROS, le schéma régional d'organisation sanitaire, intégrera également cette préoccupation.

La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle y sera défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Notre pays dispose du maillage hospitalier le plus serré du monde. Je considère cela comme une chance, et la création d'une CHT vise précisément à préserver ce maillage territorial exceptionnel.

Ce qui risquerait de le mettre à mal, finalement, ce serait de ne rien faire quand des établissements n'offrent pas des soins de qualité et que les patients, en quelque sorte, « votent » avec leurs pieds. Mesdames, messieurs les sénateurs, certains hôpitaux connaissent des taux de fuite qui dépassent parfois 90 %, ce qui signifie que neuf patients sur dix refusent de se faire soigner dans l'établissement le plus proche de chez eux parce qu'ils n'ont plus confiance dans les soins qui y sont prodigués ! Telle est la véritable menace qui pèse sur nos hôpitaux de proximité.

Les communautés hospitalières de territoire nous permettront de mieux garantir la qualité des soins. Par exemple, il est tout à fait compréhensible qu'un tout petit établissement éprouve des difficultés à mettre en place les équipes nécessaires pour lutter efficacement contre les infections nosocomiales. Eh bien, une communauté hospitalière de territoire permettra de surmonter ce problème. C'est de cette façon que nous conserverons ce maillage auquel nous sommes très attachés !

Cet amendement est donc superfétatoire. Le Gouvernement en demande également le retrait.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Madame la ministre, vous me faites un procès d'intention ! Souvenez-vous : je vous ai soutenue sur un dossier local, quand il a fallu fermer le service de chirurgie de l'hôpital de Champagnole, dans le département du Jura, parce que j'ai considéré que toutes les conditions de qualité des soins n'étaient pas forcément réunies dans cet établissement.

Toutefois, je crois qu'une inquiétude générale se fait jour, à laquelle il est nécessaire de répondre. Il faut associer proximité et qualité, deux mots dont j'ai souligné au cours de la discussion générale qu'ils rimaient rarement ensemble...

Les quelques mots que je vous propose d'insérer dans le projet de loi ne coûteraient rien, mais ils permettraient de répondre à l'inquiétude générale qui se manifeste et d'introduire un peu d'humanisme dans cette affaire.

Cet amendement n'est donc pas superfétatoire, et nombre d'élus locaux lui trouvent même un grand intérêt !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Barbier, je vous remercie de votre sens de l'intérêt général. Vous avez d'ailleurs cité un excellent exemple de centre hospitalier connaissant certaines difficultés.

Je le répète avec force : nous ne fermons et ne fermerons aucun hôpital. En revanche, comme vous le savez, nous pouvons être amenés à décider certaines restructurations de services.

Contrairement à ce qu'a affirmé M. Fischer, cette politique ne vise pas à transformer les hôpitaux de proximité en EHPAD (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG*), même si ceux-ci sont également nécessaires !

Le rôle d'un hôpital de proximité est d'assurer trois fonctions.

Première fonction : l'accueil des urgences. C'est absolument indispensable, et j'ai pris des engagements très précis à cet égard. Aujourd'hui, 80 % de nos concitoyens vivent à moins

de vingt minutes d'un service d'urgence; dans deux ans, ils seront 90 %. Nous ouvrons régulièrement de nouvelles structures pour l'accueil des urgences.

Deuxième fonction : assurer les soins courants. Les patients doivent pouvoir se rendre à l'hôpital de proximité pour se faire poser un plâtre ou retirer des points de suture.

Troisième fonction : assurer ce qu'on appelle les soins post-aigus. Il s'agit de la gériatrie, bien sûr, mais pas uniquement. Ainsi, un patient qui s'est fait poser une prothèse de la hanche sur un plateau technique lourd doit pouvoir être suivi, ensuite, dans un service de proximité, inséré dans le tissu social.

Ce sont ces trois fonctions qui définissent l'hôpital de proximité. De grâce, n'ayons pas une vision trop réductrice de son rôle!

D'ailleurs, en dressant le bilan des opérations de restructuration, j'ai constaté que celles-ci avaient toujours entraîné d'importants investissements, et cela doit être souligné. Je pourrais citer nombre d'établissements qui ont mené des opérations de restructuration ou de modernisation, comme la mise en place d'un hélicoptère ou la création d'un nouveau service, en recevant des aides considérables de l'État.

En outre, jamais une restructuration n'a entraîné de réduction d'effectifs. Bien au contraire, l'emploi local a toujours été renforcé, ce qui est d'ailleurs normal, car la nouvelle activité créée implique en général des recrutements sur place.

Je tiens donc à faire litière de certaines images négatives : maillage territorial respecté, investissements accrus, emploi augmenté, notamment à l'échelle locale, telle est la réalité des restructurations et des modernisations hospitalières!

Monsieur Barbier, le mot « superfétatoire » était sans doute malheureux, et je vous prie de m'en excuser. Ne voyez dans ma réaction aucune intention blessante à votre égard, d'autant que je comprends votre souci.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Ce n'est pas à l'occasion de ce débat que nous réglerons le problème de la réduction des effectifs dans les établissements hospitaliers.

Pas plus tard que tout à l'heure, j'ai reçu des élus et des syndicalistes de Charleville-Mézières. Que m'ont-ils dit? Que, dans cette commune, la direction de l'hôpital – l'établissement, il est vrai, connaît des difficultés – était sommée par l'agence régionale d'hospitalisation de mettre en œuvre un plan de redressement. Lors de sa séance d'hier, le conseil municipal de Charleville-Mézières a voté un vœu soulignant que « les conséquences de la mise en œuvre de ce plan porteront sur les effectifs du personnel et sur la réduction des investissements, deux aspects particulièrement négatifs pour la qualité des soins apportés à la population ».

Ce seul cas suffit à montrer que la réforme hospitalière en cours ne répond ni aux besoins ni aux attentes de la population et des professionnels!

Mes chers collègues, hier, en m'appuyant sur mon expérience, mes contacts et mes déplacements sur le terrain, j'ai eu l'occasion de vous citer un certain nombre d'hôpitaux qui seront contraints de réduire leurs effectifs.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pourquoi n'évoquez-vous pas les hôpitaux où les effectifs augmentent?

M. Guy Fischer. Certes, pour juger de cette politique, il faudra examiner le solde des emplois...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Qui sera positif!

M. Guy Fischer. ... mais, sur le long terme, celui-ci sera négatif.

Mme Annie David. Tout à fait!

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 605 rectifié est-il maintenu?

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

M. le président. L'amendement n° 605 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 551, 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 quatrième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-7 du code de la santé publique, remplacer les mots :

de l'État dans la région

par les mots :

de la ou des régions concernées

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Il s'agit d'un amendement de cohérence. En effet, nous nous obstinons, même si nous savons que le Gouvernement fera preuve dans sa réponse du même entêtement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, de la même constance!

M. le président. L'amendement n° 127, présenté par M. Desessard, Mmes Voinet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

Dans le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-7 du code de la santé publique, après les mots :

après avis du représentant de l'État dans la région

insérer les mots :

et information des représentants des collectivités territoriales concernées

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Il s'agit également d'un amendement de cohérence, lié à la disposition que j'ai défendue précédemment. Nous ne faisons pas preuve d'entêtement, mais de bon sens!

Tout à l'heure, nous demandions que les élus régionaux donnent leur avis sur les conventions qui seraient conclues. Nous souhaitons à présent que les représentants des collectivités territoriales concernées soient informés lorsque ces accords sont dénoncés.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement de cohérence n° 551 ne présente en fait de cohérence que par rapport à la démarche suivie par le groupe CRC-SPG. La commission émet encore une fois un avis défavorable puisque l'amendement tend à supprimer le représentant de l'État et n'évoque que les régions concernées.

L'amendement n° 127, défendu par M. Desessard, est également un amendement de cohérence de son seul point de vue, non au fond. La commission émet donc également un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les auteurs des amendements parlent de cohérence, mais il s'agit de cohérence avec des amendements qui ont été rejetés. Par cohérence également, j'émet un avis défavorable sur ces amendements n^{os} 551 et 127.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 551.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 127.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n^o 606 rectifié, présenté par MM. Barbier, Charasse et Chevènement, Mme Escoffier et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

Après le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-7, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. 6132-7-1 - Tout établissement peut demander à ne plus être partie à la convention. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé précise les modalités de sa sortie, notamment lorsqu'il y a eu transfert ou cession d'activités ou de biens meubles ou immeubles. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement vise à répondre à une inquiétude d'ordre plutôt juridique. La possibilité pour un établissement de se retirer d'une convention n'est pas tout à fait claire dans le texte présenté.

Je souhaiterais que chaque établissement puisse, éventuellement, décider de se retirer, le directeur général de l'agence régionale devant préciser les modalités de sortie.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission estime que c'est à la convention de prévoir, si les parties le souhaitent, les conditions de retrait de l'une d'entre elles.

La commission demande donc à M. Barbier de bien vouloir retirer son amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je pense que les inquiétudes de M. Barbier devraient être apaisées. Le texte adopté par la commission prévoit effectivement trois modalités de dissolution de la communauté hospitalière de territoire : « par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention » ; « sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention » ; « sur décision prise, après avis du représentant de l'État dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie en cas de non-application de la convention ».

On comprend bien que, dans le cadre d'une CHT, le retrait d'un établissement aura des conséquences importantes, notamment sur la stratégie médicale et le patrimoine des établissements. Un peu comme dans un divorce, certaines procédures doivent être suivies. Dans ces conditions, le retrait doit *de facto* s'assimiler à une dissolution de la CHT, qui permettra aux autres établissements, s'ils le souhaitent, de créer une nouvelle CHT.

Je pense donc que la rédaction du texte de la commission est de nature à vous apaiser, monsieur le sénateur.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n^o 606 rectifié est-il maintenu ?

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

M. le président. L'amendement n^o 606 rectifié est retiré.

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

L'amendement n^o 457, 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 II de cet article.

La parole est à M. Michel Billout.

M. Michel Billout. Le II de l'article 12, relatif au soutien financier apporté aux établissements qui s'engagent dans des projets de coopération, a été inséré à l'Assemblée nationale du fait de l'adoption d'un amendement du rapporteur, sous-amendé par le Gouvernement.

Si la commission des affaires sociales du Sénat a apporté des modifications à cette disposition, c'est toutefois la même logique qui prévaut. Cette logique, à laquelle nous sommes fermement opposés, consiste à faire varier les sommes perçues au titre des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC, en fonction de la participation des établissements de santé à une communauté hospitalière de territoire ou à un groupement de coopération sanitaire.

Une telle mesure vient confirmer, s'il en était encore besoin, le bien-fondé des craintes que nous exprimons depuis l'annonce de votre réforme, madame la ministre, et qui ne sont toujours pas apaisées.

Nous ne voyons dans les différentes formes de coopération que vous proposez que de simples moyens de réduction des dépenses et non des outils permettant la satisfaction des besoins en soins.

Qui plus est, ces coopérations sont envisagées d'une manière autoritaire, alors qu'elles devraient se fonder sur l'adhésion de tous au projet, et donc sur un choix partagé. Je rappelle que, à l'origine, il était question que l'adhésion à de tels groupements repose sur le volontariat. Cela n'est plus d'actualité puisque votre projet de loi donne la possibilité au directeur de l'ARS de décider la création d'une coopération de sa propre initiative dans le cas où un ou plusieurs établissements publics de santé bloqueraient une dynamique de coopération.

En réalité, vous organisez l'asphyxie financière des établissements qui ne sont pas immédiatement volontaires. Vous maniez de la sorte la carotte et le bâton !

M. le président. L'amendement n^o 1196, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans la seconde phrase du 1^o du II de cet article, après le mot :

territoire

insérer les mots :

et aux groupements de coopération sanitaire

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La défense de l'amendement me permettra de répondre du même coup à M. Billout.

Je veux rappeler tout le soutien que j'entends apporter aux opérations de coopération entre établissements de santé parce qu'elles améliorent la qualité du service hospitalier et l'efficacité du fonctionnement des établissements.

Lors du débat à l'Assemblée nationale, vos collègues députés ont voulu marquer leur propre soutien à ces opérations de coopération en adoptant un amendement qui prévoit d'aider financièrement les établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment sous la forme d'une communauté hospitalière de territoire, mais aussi sous celle d'un groupe-ment de coopération sanitaire, ou GCS.

Le texte prévoit donc que les CHT et les GCS bénéficient prioritairement d'une partie des crédits d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements publics et privés. En outre, il est proposé que les CHT puissent bénéficier d'un financement majoré de 15 %.

Je souhaite apporter une mesure de cohérence dans cet engagement en faveur des coopérations et proposer que les GCS bénéficient du même financement majoré que les CHT. Je suis sûre que ce dispositif vous agréera particulièrement, monsieur le rapporteur.

Les groupements de coopération sanitaire sont en effet le pendant et le complément des coopérations entre acteurs du secteur public au travers des communautés hospitalières de territoire. C'est un mode de coopération privilégié entre le public et le privé, mais aussi avec les professionnels de la ville ou avec le secteur médico-social.

Je veux ainsi confirmer mon soutien aux acteurs de terrain qui s'investissent dans ces opérations de coopération, tout à fait capitales pour la bonne qualité des soins et du service que nous devons apporter à nos concitoyens les plus fragiles.

M. le président. L'amendement n° 642 rectifié, présenté par M. Chevènement, Mme Laborde et MM. Mézard et Milhau, est ainsi libellé :

Compléter la seconde phrase du 1° du II de cet article par les mots :

par rapport à la moyenne des dotations accordées l'année précédente

La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement.

M. Jean-Pierre Chevènement. Je prends acte, madame la ministre, de votre engagement à soutenir les coopérations qui s'organisent sur le terrain, même si c'est souvent à l'instigation du directeur de l'ARH, demain celui de l'ARS.

Selon le texte du projet de loi, « les agences régionales de santé et de l'autonomie s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire bénéficient d'un financement majoré de 15 % ». Mais par rapport à quoi ce financement est-il majoré ?

Cet amendement vise à préciser que cette majoration de 15 % s'applique à la moyenne des dotations accordées l'année précédente ; il faut bien que cette majoration repose sur une base !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Après nous avoir proposé de supprimer l'article 12, puis son paragraphe I, nos collègues du groupe CRC-SPG nous proposent maintenant de supprimer son paragraphe II. Je salue là une certaine constance. Faisant, elle aussi, preuve de constance, la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 457.

Elle émet en revanche un avis favorable sur l'amendement n° 1196 du Gouvernement, tout en posant la question des groupements d'intérêt public et des groupements d'intérêt économique.

Il peut effectivement être souhaitable, monsieur Chevènement, de fixer une référence. La commission a cependant estimé qu'il ne lui revenait pas d'en décider. Elle s'en remet donc à la sagesse du Sénat sur l'amendement n° 642 rectifié.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous ne serez pas surpris que j'émette un avis défavorable sur l'amendement n° 457.

Pour répondre précisément à M. Chevènement, j'indiquerai que ce n'est pas par rapport au montant de la dotation de l'année précédente que le financement est majoré, la majoration de 15 % étant prioritairement destinée à financer des projets d'investissement. Il peut donc y avoir des montants beaucoup plus élevés que celui de la dotation de l'année précédente, qui n'a rien à voir. C'est en fait par rapport à la dotation qu'aurait reçue, pour le même projet, un établissement qui n'était pas en coopération que le montant du financement est majoré de 15 %.

M. Jean-Pierre Chevènement. Il aurait fallu le préciser plus tôt, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je le dis maintenant devant le Sénat, et vous savez que la parole ministérielle proférée dans cet hémicycle a de l'importance. (*Sourires.*)

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

M. Jean-Pierre Fourcade. Je crois que vous avez tout à fait raison, madame la ministre, de présenter cet amendement n° 1196, qui étend aux groupements de coopération sanitaire la majoration de 15 %. L'expérience du terrain montre en effet qu'il faudra du temps pour créer les communautés hospitalières – beaucoup de discussions et de réunions préalables seront nécessaires –, alors que, en bien des endroits, la formule des groupements de coopération sanitaire peut commencer à s'appliquer assez vite.

C'est la raison pour laquelle je soutiens votre amendement, qui contribuera grandement, dans toute une série de secteurs où c'est tout à fait nécessaire, à fédérer et améliorer sans tarder l'offre de soins, en intégrant des établissements privés, des médecins de ville et des établissements médico-sociaux. Je crois que, dans les cinq années à venir, cette formule sera d'application beaucoup plus générale et beaucoup plus rapide que celle des communautés.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. D'une certaine façon, M. Fourcade nous donne raison ! (*Exclamations amusées sur les travées de l'UMP.*)

Mme Isabelle Debré. Ce serait tout de même étonnant !

M. Guy Fischer. L'amendement gouvernemental vise en fait à réparer un oubli. M. Fourcade a dit en somme que l'objectif, c'était la constitution de communautés hospitalières de territoire, mais que, dans cette optique, il fallait essayer d'être malin,...

M. Adrien Gouteyron. Pour vous, ce ne sera pas difficile !

M. Guy Fischer. ... en considérant les groupements de coopération sanitaire comme un premier pas, plus facile à faire, sur le chemin menant aux CHT. Cela me paraît évident !

Il s'agit manifestement d'emprunter la même voie que dans l'affaire des établissements publics de coopération intercommunale, qui vont être au cœur de la prochaine réforme. Chaque fois que l'on veut atteindre un objectif, qu'est-ce qui marche le mieux? C'est l'incitation financière! Il est clair que, en l'espèce, c'est la tactique qui a été retenue, étant entendu que, parallèlement, les directeurs d'ARS mèneront implicitement un jeu poussant à ces coopérations.

C'est bien pourquoi nous demandons la suppression du II de cet article.

En effet, si nous n'y prenons garde, une telle logique conduira à prendre en compte un seul critère, la réduction des dépenses, en oubliant finalement l'amélioration de la qualité des soins. C'est de cette manière que le Gouvernement, par le biais des ARS, va faire avancer sa réforme.

La communauté hospitalière de territoire constituait le point emblématique du rapport Larcher. Ne tournons pas autour du pot: cela conduit avant tout à une révision de la carte hospitalière d'une ampleur jamais atteinte. Chacun le comprend bien, elle ne se fera ni en deux jours ni d'ailleurs en cinq ans, mais s'étalera probablement sur près de deux décennies. Chaque loi de financement de la sécurité sociale en marquera une étape.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 457.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1196.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Monsieur Chevènement, l'amendement n° 642 rectifié est-il maintenu?

M. Jean-Pierre Chevènement. Compte tenu des explications données par Mme la ministre, selon lesquelles la majoration de 15 % s'établit sur la base de la dotation que l'établissement aurait reçue en dehors d'un projet de coopération, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 642 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 12, modifié.

(L'article 12 est adopté.)

Article 13

(Texte modifié par la commission)

I. - Le chapitre III du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé:

« CHAPITRE III

« *Groupements de coopération sanitaire*

« Art. L. 6133-1. - Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres.

« Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour:

« 1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, d'enseignement ou de recherche;

« 2° Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1;

« 3° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

« Ce groupement poursuit un but non lucratif.

« Art. L. 6133-2. - Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, des centres de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé.

« D'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie.

« Lorsque, en application de l'article L. 6321-2, un réseau de santé est constitué en groupement de coopération sanitaire de moyens, ce groupement peut être composé des personnes mentionnées à l'article L. 6121-1.

« Art. L. 6133-3. - I. - Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, qui en assure la publication.

« Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication.

« 1° Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public:

« - soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux;

- soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à ses charges de fonctionnement proviennent de personnes de droit public;

« 2° Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé:

« - soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé;

« - soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à son fonctionnement proviennent de personnes de droit privé.

« Les modalités d'évaluation des apports ou des participations en nature sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« II. - Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur.

« Art. L. 6133-4. - La convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet.

« Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes.

« Elle détermine, sous réserve des dispositions du présent chapitre, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement.

« L'assemblée générale des membres du groupement de coopération sanitaire de moyens est habilitée à prendre toute décision dans les conditions prévues par la convention. Elle élit, en son sein, un administrateur chargé de la mise en

œuvre de ses décisions. L'administrateur représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.

« *Art. L. 6133-5.* - Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable désigné dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes.

« *Art. L. 6133-6.* - Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 6133-1, les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement, les professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

« La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code sont supportées par l'établissement de santé concerné.

« Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.

« Les professionnels médicaux libéraux exerçant une activité dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire continuent à relever à ce titre des professions mentionnées à l'article L. 622-5 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 6133-7.* - Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'État, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

II. - *Supprimé par la commission*

III. - Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, soit en communauté hospitalière de territoire soit en groupement de coopération sanitaire. Jusqu'à cette transformation, ils restent régis par les articles L. 6132-1 à L. 6132-8 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

IV. - Les articles L. 6122-15 et L. 6122-16 du code de la santé publique sont abrogés.

IV *bis.* - L'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les structures de coopération de droit public auxquelles adhèrent un ou plusieurs établissements mentionnés au présent article peuvent être assujetties, pour les personnels qu'elles rémunèrent, aux dispositions prévues aux articles 21 et 22 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, aux 6°, 6° *bis* et 6° *ter* de l'article 41 et à l'article 116-1 de la présente loi, aux articles 21 et 22 de la loi n° 90-579 du 4 juillet 1990 relative au crédit-formation, à la qualité et au contrôle de la formation professionnelle continue et modifiant le livre IX du code du travail, ainsi qu'aux dispositions du II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. »

V. - Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{ER}

« *Coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé et de l'autonomie*

« *Art. L. 6131-1.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de :

« 1° L'adapter aux besoins de la population et assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ;

« 2° Garantir la qualité et la sécurité des soins ;

« 3° Améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût, notamment lorsque la procédure décrite à l'article L. 6143-3-1 n'a pas permis d'améliorer la situation financière d'un établissement ;

« 4° Améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.

« *Art. L. 6131-2.* - Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut demander à des établissements publics de santé :

« 1° De conclure une convention de coopération ;

« 2° De conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ;

« 3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6131-3.* - Lorsque la demande du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie mentionnée au premier alinéa de l'article L. 6131-2 n'est pas suivie d'effet, celui-ci peut également prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

« *Art. L. 6131-4.* - Le directeur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

« Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le président du directoire demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration, et modifie en conséquence l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

« À défaut de modification de l'état des prévisions de recettes et de dépenses dans un délai fixé par décret, le directeur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie modifie les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration. Il arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif.

« *Art. L. 6131-5.* - Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'État, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

VI. - L'article 48 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa, en cas de transfert ou de regroupement d'activités impliquant plusieurs établissements mentionnés à l'article 2, les fonctionnaires et agents concernés sont de plein droit mis à disposition du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités, sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Une convention est alors signée entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil. »

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement, sur l'article.

M. Jean-Pierre Chevènement. Mes chers collègues, je pense que chacun ici convient de la nécessité de mieux organiser notre système de santé sur le territoire. Si personne n'est hostile à un aménagement de l'offre de soins, qui, cependant, en endossera la responsabilité? Certains mettent davantage l'accent sur le volontariat alors que d'autres soulignent le rôle d'initiative de l'ARS. Dans ce dernier cas, on peut craindre une réforme par trop directive et une révision de la carte hospitalière sur des bases dénuées d'objectivité.

Je ne suis pas opposé par principe aux communautés hospitalières de territoire ni aux groupements de coopération sanitaires, dont il est question à l'article 13. J'y suis même favorable dans certains cas.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2000, nous avons réalisé une fusion des deux hôpitaux de Belfort et de Montbéliard. En décembre 2004, le conseil d'administration a décidé la réali-

sation d'un plateau technique commun. Le Gouvernement, dans un premier temps, a encouragé cette réalisation, qui va dans le sens de ce que vous pourriez souhaiter, madame la ministre.

Toutefois, votre projet de loi ne tend-il pas à privilégier les moyens de coercition plutôt que les incitations financières?

En effet, le Gouvernement n'encourage pas suffisamment les projets les plus innovants, tel celui que je viens d'évoquer, qui comporte également le regroupement de deux plateaux techniques de cliniques privées, appartenant elles-mêmes à la Mutualité française du territoire de Belfort.

Aujourd'hui, vous faites dépendre cette opération, que votre prédécesseur avait encouragée, de la réduction du déficit, à laquelle nous nous sommes engagés. Cependant, avec deux hôpitaux distants d'une vingtaine de kilomètres, il arrive un moment où des économies supplémentaires ne peuvent plus être obtenues tant que certains doublons n'ont pas été supprimés. Or la seule manière d'y parvenir est de réaliser ce projet! Le temps que nous passons à attendre le feu vert et une aide additionnelle nécessaire, pour un projet qui dépassera 300 millions d'euros, retarde le retour à l'équilibre financier de l'hôpital de Belfort-Montbéliard.

Madame la ministre, lorsque vous nous soumettez un projet de loi visant à instaurer une meilleure coopération entre les différents établissements de santé publics et même privés, nous sommes tentés de l'approuver. Mais, quand nous voyons concrètement l'application qui en est faite, nous nous interrogeons. Faudra-t-il montrer patte blanche pour bénéficier des crédits du plan Hôpital 2012? Quelles seront les conditions à satisfaire? Les critères n'étant pas précisément définis, le problème est réel.

Nous abordons donc avec beaucoup de vigilance la discussion de cet article.

Sur le fond, je le répète, je ne suis pas défavorable à des opérations qui peuvent, en effet, permettre un meilleur accès aux soins, dès lors que la modernisation du service public hospitalier attire des équipes médicales de qualité et permet l'implantation d'équipements médicaux de pointe.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'article 13 avait notamment pour objet de permettre à des établissements de santé publics et privés de mettre en commun des matériels et de collaborer davantage au sein de groupements de coopération sanitaire, dont on voulait simplifier la création.

Avec une telle mesure, du moins le craignons-nous, le Gouvernement se donnait tous les outils nécessaires pour restructurer l'hôpital à grande échelle. Toutes les structures rentables risquaient d'être transférées dans le secteur privé.

Cet article partait pourtant d'un bon sentiment. En 1996, nous étions favorables à la création de ces groupements. Toutefois, les réformes successives de leur statut juridique, intervenues entre 2002 et 2005, ont engendré une certaine confusion.

Comme d'habitude, certains décrets d'application n'ont pas été publiés, et l'ambition initiale qui avait présidé à la création de cette structure de coopération n'a pas pu s'imposer. Aujourd'hui, seules trois des six catégories de groupements originelles peuvent être légalement constituées. En effet, les autres groupements ont été attaqués et démantelés dans le

passé, à la suite de condamnations judiciaires pour non-respect de procédure. Il fallait donc agir, et c'est ce que vous avez fait, madame la ministre.

Néanmoins, plutôt que de publier les décrets d'application, vous avez préféré réformer une nouvelle fois le statut de ces groupements, en le simplifiant. Il n'existait donc plus que trois catégories de groupements de coopération sanitaires avant l'examen du texte par la commission : le GCS de moyens, le GCS réseau de santé et le GCS établissement de santé. Mais seuls les deux premiers types demeuraient des instruments de coopération interhospitalière. Le troisième était non plus un instrument de coopération, mais un mode de création d'établissement de santé spécialisé, puisque la qualité d'établissement de santé lui était conférée dès lors qu'une activité de soins y était exercée ou que du matériel lourd faisait partie de l'équipement exploité. Encore une fois, tout cela était bien obscur !

En commission, il a été décidé de clarifier le statut des GCS de moyens et de laisser la possibilité au Gouvernement de donner, par voie d'amendement, une définition plus précise des GCS établissements de santé. Nous vous écouterons donc sur ce point, madame la ministre.

La nouvelle définition des GCS de moyens constitue un réel progrès, car la possibilité leur est désormais offerte de mettre en commun des moyens ou des activités pour le compte de leurs membres, sans que ceux-ci se déposent pour autant de leurs autorisations d'activité ou d'équipements en matériels lourds.

Par ailleurs, la commission a adopté des amendements tendant à prévoir que le conseil de surveillance d'établissement sera habilité pour donner son avis sur un groupement. En clair, il n'est plus question d'imposer à des établissements publics de se rassembler, de partager des moyens logistiques ou informatiques ni, surtout, de répartir leurs activités.

Madame la ministre, en autorisant initialement les futures ARS à exiger la fusion d'activités sans discussions préalables avec les différents établissements sur ce sujet, vous vous seriez exposée encore une fois à affronter le mécontentement du personnel hospitalier.

Nous nous réjouissons donc que la commission ait modifié le dispositif initialement prévu. Toutefois, nous serons très attentifs aux amendements relatifs à l'un des éléments essentiels du secteur hospitalier public, à savoir le très fort attachement des établissements aux autorisations sanitaires dont ils sont titulaires.

Pour notre part, nous avons plaidé en faveur du volontariat en matière de collaboration sanitaire, assorti d'incitations financières réelles. Notre première proposition a été reprise, tandis que la seconde s'est vue opposer l'article 40 de la Constitution.

Enfin, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements visant à favoriser la représentation des personnels hospitaliers et des usagers au sein du conseil de surveillance de ces groupements. Nous ferons en sorte que soit préservé cet acquis en matière de démocratie sanitaire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, en 1999, l'inspection générale des affaires sociales a formé un groupe de travail chargé de formuler des propositions permettant d'accroître la coopération entre public et privé. Celui-ci avait examiné la possibilité de reconnaître aux GCS la qualité d'établissement de santé, ce

qui, comme il le soulignait lui-même, équivalait à créer une troisième catégorie d'établissements de santé, dont le statut et le personnel seraient, selon les cas, publics ou privés.

Cette idée n'avait pas été retenue, au motif que « créer un établissement de santé du troisième type constituerait une novation juridique dont les implications seraient probablement redoutables ». Le groupe concluait donc qu'une « mutation du GCS » ne fournirait pas une solution satisfaisante aux problèmes posés par la coopération entre les secteurs publics et privés.

Le texte initial qui nous a été soumis ne nous a pas franchement convaincus du contraire, d'autant qu'il négligeait totalement le fait qu'une telle solution pouvait effectivement poser quelques problèmes.

Le projet de loi comporte de substantielles dispositions visant à transformer les groupements d'intérêt public qu'étaient les ARH en établissements publics, ce que seront les ARS. Mais la transformation des GCS en établissements de santé publics ou privés, ou plutôt mixtes, n'y est pas envisagée. Il est simplement prévu de les « qualifier » d'établissements de santé.

Votre amendement, madame la ministre, que nous examinerons tout à l'heure, marque un progrès sur ce point puisqu'il vise à prévoir que les GCS seront érigés en établissements de santé par décision du directeur général de l'ARS.

Nous nous étions également étonnés que le texte initial ne prévoie aucun transfert aux nouveaux établissements des moyens mis à la disposition des anciens groupements par leurs membres, ni des droits et obligations des groupements. Il paraît que cela n'est pas nécessaire et que le nouvel établissement continuera de fonctionner comme l'ancien groupement.

J'ai demandé si l'établissement serait, comme le groupement qu'il remplace, à but non lucratif. Il semble que la réponse soit positive. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, cela pose certains problèmes.

Un éventuel transfert à l'établissement des personnels mis à disposition du groupement n'est pas évoqué, non plus que les conditions dans lesquelles les praticiens liés par contrat aux anciens membres du groupement exerceraient dans le cadre de l'établissement.

Les membres du groupement, qui resteront apparemment « membres » – c'est du moins ainsi que le texte les désigne – de l'établissement public ou privé, resteront-ils liés par une convention devenue sans objet ? Seront-ils par ailleurs tenus des dettes éventuelles du nouvel établissement ?

Par ailleurs, la détermination de la tarification sera laissée au choix du nouvel établissement, ce qui ne me paraît pas absolument conforme au principe d'égalité devant la loi, et une telle situation est susceptible d'engendrer certains effets d'aubaine.

Madame la ministre, il me semble très important de faire progresser la coopération entre les secteurs public et privé, qui s'avérera véritablement nécessaire, notamment dans certains territoires. Toutefois, son développement n'exige-t-il pas plus de rigueur dans son organisation ?

Je serais heureux que vous puissiez répondre aux questions que nous nous posons en présentant votre amendement destiné à créer les « GCS établissements ».

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet article vise à rendre plus opérationnel le dispositif juridique du groupement de coopération sanitaire – GCS – et prévoit des

mesures de coordination pour mettre en cohérence le rôle du directeur général de l'agence régionale de santé avec la nouvelle gouvernance et les nouveaux outils de coopération.

Le groupement de coopération sanitaire, nous le connaissons bien. Il constitue un mode de coopération privilégié entre établissements publics et privés. Il permet des coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et d'autres organismes, ou encore avec le secteur médico-social, sur un ou plusieurs territoires de santé, de même sur une ou plusieurs régions.

À la fin de l'année dernière, nous dénombrions dans notre pays plus de 230 groupements de coopération sanitaire, dont 43 % portent sur des coopérations entre public et privé.

Le texte adopté par la commission des affaires sociales du Sénat améliore, clarifie le cadre juridique des groupements de coopération sanitaire de moyens. La mise en commun de moyens peut concerner des fonctions diverses – administratives, logistiques, techniques, médico-techniques –, ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires aux soins, comme les blocs opératoires ou les activités d'enseignement et de recherche.

Le groupement de coopération sanitaire dispose donc d'un cadre juridique solide, reconnu. J'ai néanmoins souhaité introduire, par voie d'amendement, la possibilité pour les GCS d'aller plus loin dans leur coopération et ainsi reconnaître aux GCS titulaires d'autorisations d'activités de soins les droits et obligations des établissements de santé. Cette possibilité qui a été offerte aux GCS depuis 2003 a été utilisée avec succès par une trentaine de groupements ; elle doit être maintenue et encouragée. Il serait évidemment inconcevable de remettre en cause ces GCS pionniers, qui ont su de manière expérimentale s'engager dans la voie d'une restructuration territoriale au service de la population.

Reconnaître aux groupements de coopération sanitaire titulaires d'autorisations d'activités de soins les droits et les obligations des établissements de santé présente deux avantages majeurs : d'une part, sécuriser les conditions de prise en charge des patients et, d'autre part, simplifier les modalités de gestion de ces coopérations public-privé, qui, par nature, sont complexes.

Le « GCS établissement de santé » constitue une forme aboutie de coopération sur le cœur même de l'activité des établissements de santé, c'est-à-dire une activité de soins autorisée. Il est un outil attendu par les acteurs, indispensable à la poursuite des partenariats public-privé. Il doit être considéré comme le pendant de la communauté hospitalière de territoire, qui, elle, est réservée aux seuls établissements publics.

En outre, je propose, dans le même amendement, de rétablir la possibilité pour tous les GCS, y compris ceux qui ne sont pas qualifiés d'établissements de santé, de bénéficier directement des crédits au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les fameuses MIGAC, dès lors que le GCS les assumerait en lieu et place de ses membres.

La question de la coordination de l'évolution du système de santé sera également évoquée dans notre discussion. En la matière, la mission des directeurs généraux des futures agences est en effet réécrite pour mieux faire apparaître leur rôle dans ce domaine, en cohérence avec les nouveaux outils que sont, notamment, les GCS, les communautés hospitalières de territoire – CHT –, la recherche d'affectations et le financement des MIGAC.

Cette réécriture des fonctions du directeur général de l'ARS se fonde principalement sur le principe du volontariat des établissements. La part de contrainte qui pourrait apparaître

visé uniquement à garantir qu'un seul établissement ne puisse pas faire obstacle à un projet cohérent et largement soutenu. C'est un équilibre qui, finalement, s'inspire des dispositions de la coopération intercommunale.

Enfin, je propose d'introduire la position de mise à disposition de plein droit, qui permet, en cas de regroupements d'activités impliquant plusieurs établissements hospitaliers, d'assurer le transfert des personnels tout en préservant leurs droits. Ils resteront ainsi dans leur corps d'origine, avec tous les droits afférents, tout en effectuant leur service dans l'établissement qui assure la poursuite des activités. C'est un point auquel, on le comprend, tous les personnels concernés sont attachés. Je tenais à les rassurer.

Pour l'établissement d'origine de l'agent, cette disposition contribue à optimiser la gestion de ses personnels en cas de transfert ou de regroupement d'activités impliquant plusieurs établissements. Cela sécurise complètement les agents, tout en assurant le service optimal aux populations concernées.

M. le président. L'amendement n° 458, 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 M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Vos objectifs sont très clairs, madame la ministre.

Le rapport de la commission précise en effet que cet article 13 définit, à côté des dispositions relatives aux GCS, les moyens dont disposeront les ARS pour agir sur l'évolution du système hospitalier, en renforçant ceux dont disposent déjà les agences régionales de l'hospitalisation, les ARH.

Cet article, qui prévoit la possibilité de constituer des groupements de coopération sanitaire, a été, lui aussi, comme l'article 12, profondément remanié par la commission des affaires sociales. Les modifications apportées ne manqueront d'ailleurs pas d'intéresser les députés lorsqu'ils auront le plaisir de les découvrir en commission mixte paritaire...

M. Jacky Le Menn. Pour ceux qui y participeront !

M. Guy Fischer. Il nous paraît utile au demeurant de saluer certaines de ces modifications, qui vont, semble-t-il, dans le bon sens, même si elles n'emportent pas notre conviction. Je pense d'abord à la décision prise en commission d'éviter la véritable poudrière administrative qu'aurait pu constituer la création de groupements de coopération sanitaire revêtant la forme d'un établissement de santé. Selon nous, cette disposition, si elle avait été maintenue, aurait suscité plus de difficultés qu'elle n'aurait apporté de réponses – je songe notamment aux difficultés liées à la tarification et au financement de cette structure. Le groupement de coopération sanitaire de moyens présente le mérite de bien cadrer les choses.

Nous saluons donc cette disposition, d'autant plus qu'un amendement du Gouvernement tend à revenir sur ce qui a été décidé en commission, en autorisant la création de groupements de coopération sanitaire non plus seulement de moyens, mais qui pourraient également être de véritables établissements de santé.

Nous sommes opposés à cette proposition, car elle vise à associer, dans un groupement aux contours incertains, les établissements publics, les établissements privés non lucratifs et les établissements commerciaux. Il s'agit à notre sens d'une tentative supplémentaire de dilution du service public de santé, ce que nous ne pouvons accepter : l'expérience des

groupements de coopération sanitaire montre en effet que le secteur privé tend généralement à instaurer sa suprématie en faisant un usage judicieux des opérations les plus rentables.

Pour toutes ces raisons, nous ne pourrions voter en faveur de cet article 13.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 13 ne vise pour l'instant que les groupements de coopération sanitaire de moyens.

La commission, qui n'est pas masochiste, a travaillé trop longuement sur cet article pour être favorable à sa suppression... (*Sourires.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le masochisme n'est pas non plus mon fort. (*Nouveaux sourires.*) J'émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 458.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 619 rectifié *bis*, présenté par Mmes Laborde et Escoffier et MM. Marsin, Mézard, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

Dans le cinquième alinéa (3°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, après les mots :

centres de santé

insérer les mots :

maisons de santé, pôles de santé

La parole est à M. Jean Milhau.

M. Jean Milhau. Les membres du groupe RDSE signataires de cet amendement souhaitent que les pôles de santé et les maisons de santé puissent adhérer à un groupement de coopération sanitaire sans l'accord du directeur général de l'ARS. En effet, ces formes de coopération ont vocation à jouer un rôle majeur dans l'offre de soins.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Nous sommes favorables sur le fond à cet amendement, mais ce dernier est d'ores et déjà satisfait.

Comme je l'ai indiqué dans mon propos liminaire, un groupement de coopération sanitaire pourra regrouper des maisons de santé, des pôles de santé ou d'autres professionnels et d'autres organismes.

Je demande donc aux auteurs de cet amendement de bien vouloir le retirer.

M. le président. Monsieur Milhau, les propos de Mme la ministre vous ont-ils convaincu ?

M. Jean Milhau. Je suis bien obligé d'être convaincu et de faire confiance à Mme la ministre! (*Sourires.*)

M. le président. Mme la ministre a une grande expérience parlementaire : nous le constatons tout au long de nos débats.

L'amendement n° 619 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 559 rectifié, 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 I de cet article pour l'article L. 6133-2 du code de la santé publique, après les mots :

ou privés

insérer les mots :

d'intérêts collectifs

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Par cet amendement, nous entendons préciser que seuls les établissements privés qui ne poursuivent pas d'intérêt lucratif, c'est-à-dire les établissements privés d'intérêt collectif, peuvent participer aux groupements de coopération sanitaire qui vont être créés.

Nous faisons sur ce sujet la même analyse que sur la possibilité qui, précédemment dans nos débats, jeudi dernier, me semble-t-il, a été ouverte aux établissements privés de créer des centres de santé.

Ces deux pratiques sont en réalité de nature à favoriser un apport de clientèle aux établissements de santé privés commerciaux, ce qui ne nous paraît être ni le rôle des pouvoirs publics, ni l'objet de ce projet de loi.

La dernière étude de l'Observatoire économique des cliniques privées révèle d'ailleurs une augmentation du chiffre d'affaires des établissements de santé privés commerciaux. Pour mémoire, cette croissance a été de 10,5 % en 2005 et de 2,1 % en 2006. Il s'agit donc d'une progression irrégulière mais continue, qui profite pleinement de la fermeture des petits établissements publics de santé, ce d'autant plus que vous refusez de prendre les mesures nécessaires pour limiter les zones de carence de soins, contraignant les patients à subir les tarifs opposables ou, comme vous le proposiez précédemment dans nos débats, à se déplacer.

Pour toutes ces raisons, nous vous invitons, mes chers collègues, à voter en faveur de notre amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'objet même des GCS étant de permettre, à l'instar des groupements d'intérêt public, les GIP, et des groupements d'intérêt économique, les GIE, des coopérations entre établissements et personnes privés et publics, il ne serait pas cohérent de les réserver aux seuls établissements de santé privés d'intérêt collectif, les ESPIC.

Aussi, la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'avis est défavorable, pour les mêmes raisons. J'ai rappelé que 43 % des GCS étaient des coopérations public-privé.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 559 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 558, 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 :

Compléter le premier alinéa du I du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6133-3 du code la santé publique par les mots :

et est transmise au représentant de la ou des régions concernées

La parole est à M. Michel Billout.

M. Michel Billout. Nous l'avons dit lorsque nous avons présenté notre amendement visant à supprimer l'article 13, nous regrettons que les représentants des collectivités territoriales, en particulier les conseillers régionaux, ne soient pas davantage associés à la constitution des groupements de coordination sanitaire.

Cet article, comme les articles 5 et 12, traduit la défiance du Gouvernement envers les élus locaux et territoriaux, qui sont, à ses yeux, autant de contrepuvoirs qu'il ne peut accepter.

Pourtant, les représentants des conseils régionaux, qui sont intéressés par la question de l'offre de soins sur leurs territoires, devraient être logiquement tenus informés de la convention constitutive de groupements de coopération sanitaire, qui peuvent se finaliser, surtout sur la pression du directeur général de l'ARSA, par le regroupement de plusieurs établissements publics de santé, ou qui pourraient avoir pour conséquence la fermeture de certains d'entre eux.

Madame la ministre, vous savez bien que les régions participent de plus en plus souvent à la pérennité et à la qualité de l'offre de soins sur leurs territoires. Cette contribution peut prendre des formes différentes : création des maisons de santé en facilitant l'installation, rénovation de locaux, avance de frais pour l'achat du matériel, bourses à l'installation, etc. La finalité est toujours identique : pallier les difficultés d'accès aux soins que connaissent nos concitoyens.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission considère qu'il n'y a pas lieu de soumettre à un formalisme particulier les conclusions de conventions de coopération sanitaire. Aussi, elle émet un avis défavorable.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 558.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 560, 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 les troisième à huitième alinéas proposés par le I de cet article pour l'article L. 6133-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cet amendement a pour objet de rendre impossible la constitution d'un groupement de coopération sanitaire dont la forme juridique ne serait pas celle de la personnalité morale de droit public.

Sa rédaction est sans doute imparfaite, et je reconnais bien volontiers qu'il s'agit d'un amendement d'appel.

Il n'en demeure pas moins important puisqu'il est la traduction de notre opposition, déjà exprimée à de nombreuses reprises au cours des débats, à la participation des établissements de santé privés commerciaux à l'exécution des missions de service public, particulièrement quand cette participation peut donner l'illusion aux patients qu'il n'y a pas de différence entre le public et le privé lucratif.

Cette illusion cesse bien vite lorsque l'on propose aux patients des soins non urgents ou qui ne relèvent plus des missions de service public et qu'on leur impose des tarifs qui ne sont plus opposables et qui font peser sur eux d'importants restes à charge.

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. Il ne faut pas confondre statut privé et caractère lucratif de l'activité. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif, les ESPIC, anciennement établissements participant au service public hospitalier, les PSPH, en sont un bon exemple.

Madame David, soyez rassurée : le projet de loi prévoit qu'un groupement de coopération sanitaire de droit privé ne peut avoir de but lucratif.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 560.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 561, 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 premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6133-6 du code de la santé publique, après les mots :

peuvent assurer,

insérer les mots :

dans le respect des tarifs opposables,

La parole est à M. Michel Billout.

M. Michel Billout. L'article 13 installe le cadre juridique du fonctionnement des groupements de coopération sanitaire permettant l'intervention de différents professionnels de santé.

Aussi, il nous semble important que le cadre de ces coopérations soit bien défini dans le texte même de la loi.

C'est pourquoi nous vous proposons d'adopter cet amendement, qui vise à préciser que les professionnels membres du groupement peuvent assurer leurs prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins, mais seulement et exclusivement dans le cadre du respect des tarifs opposables.

Cette précision a son importance, car elle est cohérente avec le caractère non lucratif du groupement, qu'elle conforte dans cette orientation. J'espère recueillir l'assentiment de Mme la ministre sur ce point.

Par ailleurs, il est précisé que les professionnels libéraux intervenant dans ces groupements peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte, mais sans autre précision, renvoyant ces conditions de rémunération à une réglementation à venir.

Or il nous semble que le législateur ne peut se soustraire à sa mission et qu'il appartient à la loi de préciser que, dans le cadre de l'activité au sein d'un groupement de coopération sanitaire à but non lucratif, les dépassements d'honoraires n'auront pas leur place.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis défavorable parce que les professionnels de santé dont il est question à cet article n'interviennent pas pour le compte du

groupement, mais assurent des prestations au bénéfice des patients pris en charge dans les établissements membres du groupement ou participent à la permanence des soins dans le cadre de leur coopération avec ces établissements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Selon le principe du mécanisme dit des « prestations médicales croisées », le patient hospitalisé dans l'un des établissements membres du groupement de coopération sanitaire peut bénéficier de l'intervention de tout professionnel médical membre de ce GCS, quel que soit son statut. Le professionnel médical va, selon sa situation, être rémunéré par son établissement employeur, dans le cas d'un praticien hospitalier ou d'un médecin salarié, ou facturera directement à l'assurance maladie son tarif habituel, dans le cas d'un médecin libéral.

Les tarifs pratiqués par les médecins libéraux au sein du GCS sont encadrés par la convention constitutive de celui-ci, qui est approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Le patient est alors informé des conditions et des tarifs de sa prise en charge.

Le GCS permet d'organiser un cadre commun d'intervention des professionnels médicaux dans le respect de leurs différents tarifs et statuts. Pour autant, si le GCS ne peut, comme je l'ai rappelé à Mme David voilà un instant, avoir de but lucratif et s'il a vocation à assurer, grâce à ses membres, des missions de service public aux tarifs opposables, l'application générale de ces tarifs pour l'ensemble des prestations serait une entrave au développement des coopérations.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 561.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1198 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Après le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6133-6 du code de la santé publique, insérer deux articles additionnels ainsi rédigés :

« Art. L. ... - Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, sous les réserves suivantes :

« 1° Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur mentionnées à l'article L. 6143-7 ;

« 2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« a) Cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur le territoire desquels les établissements membres sont implantés ;

« b) Cinq représentants du personnel médical et non médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont trois désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;

« c) 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, désignées par le représentant de l'État dans le département.

« Art. L. ... - Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.

« Toutefois, lorsque l'activité exercée est une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, y compris les activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 n'est pas applicable au financement du groupement.

« Lorsque le groupement est composé, d'une part, d'établissements de santé mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au d du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c, soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au d du même article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.

« Par dérogation à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code. Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin est réduit d'une redevance représentative des moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié.

II. - Rétablir le II de cet article dans la rédaction suivante :

II. - Après le premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à compléter le dispositif des groupements de coopération sanitaire par des GCS établissements de santé, afin d'accompagner l'essor de cette formule de coopération avec des outils maîtrisés et éprouvés, tout en sécurisant les conditions de prise en charge des patients.

Tout à l'heure, je vous proposais de compléter l'excellente rédaction du texte présenté par la commission en ouvrant la possibilité, pour des GCS, d'aller plus loin dans leur coopération, afin d'assurer une meilleure sécurité des soins.

L'essor important que connaissent actuellement les groupements de coopération sanitaire – on en dénombrait 230 à la fin de l'année 2008 – montre l'intérêt de cette formule. Toutefois, un certain nombre de complexités ont entravé la coopération en matière d'activités de soins.

Depuis 2003, un GCS peut être titulaire d'autorisations d'activités de soins et a la possibilité, dans le cadre d'expérimentations, d'être financé directement par l'assurance maladie pour les soins dispensés. Cette expérimentation a pris fin le 1^{er} janvier dernier.

Cette disposition a permis la création de 30 GCS, qui détiennent des autorisations d'activités de soins ou dispensent des soins remboursés aux assurés sociaux. La part des partenariats public-privé est prépondérante : deux tiers des GCS impliquent un partenaire privé, dont la moitié pour les seules cliniques privées, lesquelles participent à 14 GCS.

Cette initiative connaît un succès dont je me réjouis. Elle répond en effet à deux grands défis : la mutualisation de compétences rares et de plateaux techniques coûteux et, surtout, le maintien dans des territoires fragilisés d'une offre de soins sûre et de qualité. Il est essentiel que nous puissions relever ces deux défis.

Dès lors que les GCS établissements de santé ont fait la preuve de leur efficacité en la matière et à partir du moment où les établissements montrent une réelle volonté de recourir à cette formule, nos concitoyens ne comprendraient pas que nous les privions d'un outil performant qui répond à leurs besoins.

C'est la raison pour laquelle l'amendement que je vous soumetts vise à offrir un cadre plus sécurisé à ces formes de coopération.

L'amendement reconnaît aux GCS titulaires d'autorisations d'activités de soins les droits et obligations des établissements de santé, ce qui présente deux avantages majeurs : d'une part, sécuriser les conditions de prise en charge des patients, puisque les GCS établissements définissent clairement les responsabilités en cas d'accident, ce qui conduit à des pratiques plus vertueuses ; d'autre part, simplifier les modalités de gestion de ces coopérations public-privé, par nature complexes.

En termes de sécurité juridique, le GCS répond aux critiques formulées par le Conseil d'État, qui considère qu'une entité exerçant une autorisation de soins doit être qualifiée

d'établissement de santé. Le GCS de moyens exploitant une autorisation constitue en effet une exception à ce principe, ce qui est susceptible de créer des complexités inextricables.

En outre, j'ai souhaité tenir compte des interrogations de la commission des affaires sociales en encadrant le droit d'option entre les échelles tarifaires publiques et privées. Les modalités de choix seront définies par décret et il reviendra à l'agence régionale de santé de décider de l'échelle applicable.

Monsieur le rapporteur, je pense que ces éléments seront de nature à éviter les effets d'aubaine qui ont été dénoncés à juste titre par certains, et notamment par vous-même.

Le GCS établissement de santé est une forme aboutie de coopération sur le cœur même de l'activité de soins d'un établissement de santé. Il est un outil à la fois attendu par les acteurs et indispensable à la poursuite des partenariats public-privé. C'est le pendant de la communauté hospitalière de territoire, formule qui n'est ouverte qu'aux établissements publics pour respecter le statut public des hôpitaux publics.

Enfin, il est nécessaire de rétablir la possibilité pour tous les GCS, y compris ceux qui ne sont pas qualifiés d'établissements de santé, de bénéficier directement des crédits au titre des MIGAC, dès lors que le GCS les assumerait en lieu et place de ses membres.

Cette disposition garantit plus de transparence financière, car les moyens nécessaires ne transitent pas par les membres. Elle offre aussi un levier aux agences régionales de santé pour promouvoir des politiques régionales, voire interrégionales, notamment dans le champ des systèmes d'information hospitaliers, les SIH, et de la recherche.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission s'est longuement penchée sur la création des groupements de coopération sanitaire. Aux termes d'un accord qu'elle a conclu avec le Gouvernement, il a été convenu que celui-ci s'attacherait à définir les contours des futurs groupements de coopération sanitaire établissements, cependant qu'elle se consacrerait aux groupements de coopération sanitaire de moyens.

Le présent amendement a précisément pour objet de créer ces groupements de coopération sanitaire établissements.

La commission émet un avis de sagesse plutôt favorable sur son I, dans la mesure sa rédaction répond aux différentes questions que nous nous étions posées sur l'organisation de ces GCS établissements.

En dépit de sa brièveté, le paragraphe II est très important.

Ce paragraphe, que la commission avait supprimé du texte initial, vise à permettre au GCS de recevoir, par l'intermédiaire des caisses-pivots, les dotations MIGAC destinées à leurs membres.

Cette disposition soulève une question. Les modalités des participations des membres d'un GCS aux dépenses de ce dernier sont en principe déterminées par la convention et versées au groupement par ses membres. Par conséquent, pourquoi prévoir dans la loi ce nouveau circuit de financement qui pourrait être difficile à organiser ?

La commission avait considéré que le paragraphe II était difficilement applicable et c'est la raison pour laquelle elle l'avait supprimé.

Toutefois, si madame la ministre nous convainc du bien-fondé des dispositions de ce paragraphe, la commission s'en remettra à la sagesse de notre assemblée.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Monsieur le rapporteur, ce mode d'attribution des MIGAC est le seul moyen de financer la recherche. Je peux, si vous le souhaitez, vous donner des exemples pour illustrer cette nécessité.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1198 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 351, 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 :

Compléter le second alinéa du IV bis de cet article par deux phrases ainsi rédigées :

Ces structures peuvent également être assujetties au paiement direct des cotisations des personnels détachés auprès des organismes de retraite. Elles doivent acquitter, pour l'ensemble des personnels concernés, les cotisations du fonds pour l'emploi hospitalier, créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique et celles pour le fonds pour l'insertion des personnes handicapées de la fonction publique, créé par l'article 106 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Les groupements de coopération, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, tout comme les groupements d'intérêt public, ne sont pas reconnus par certains organismes auxquels ils sont pourtant astreints du fait de leur responsabilité d'employeur public.

Le paragraphe IV *bis*, qui a été ajouté par l'Assemblée nationale, corrige en partie cette situation. Pour autant, la CNRACL, la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, ne reconnaît que les établissements relevant d'un article du titre IV de la loi du 9 janvier 1986 dont, jusqu'à présent, aucune modification n'a été possible.

De ce fait, le fonds pour l'emploi hospitalier, géré par la CNRACL, refuse également les cotisations de ces groupements publics. Il en est de même du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, le FIPHFP.

Si ces établissements optent pour un statut privé, la question est résolue, le code du travail et les organismes auxquels les employeurs sont tenus d'acquitter leurs cotisations n'ayant pas les mêmes états d'âme.

Si le projet de loi est voté en l'état, la séparation entre le groupement de coopération sanitaire de moyens et le groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement de santé car il dispose de l'autorisation d'exercer des activités de soins entraînera une distinction regrettable entre les personnels, ce qui n'est pas le souhait du législateur. D'où notre amendement, qui tend à remédier à ces difficultés.

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

M. Alain Milon, *rapporteur*. Si ces structures sont redevables de ces cotisations, elles doivent en effet les payer. La commission s'en remet donc à l'avis du Gouvernement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Monsieur le président, je suis surprise que cet amendement n'ait pas subi les fourches caudines de l'article 40, car il impose à l'évidence une charge financière nouvelle aux établissements. J'ignore d'ailleurs si, dans le cadre du règlement, on peut gager ce supplément de dépenses.

S'agissant de l'acquittement de la cotisation au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique et de l'obligation de cotiser au fonds pour l'emploi hospitalier, je comprends votre volonté de faire participer ces structures au financement de ces deux fonds. Toutefois, je le rappelle, seuls les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 acquittent une contribution à ces fonds.

L'adoption d'une telle disposition représenterait une charge nouvelle pour ces structures. Je suis donc défavorable à cet amendement, qui n'aurait pas dû être examiné en séance plénière.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 351.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 239 rectifié, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc, est ainsi libellé :

Compléter le 1° du texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-1 du code de la santé publique par les mots :

ou aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel

La parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. Le présent amendement peut apparaître comme un cheveu sur la soupe, si je puis m'exprimer ainsi, dans la mesure où il tire la conséquence d'un amendement tendant à insérer un article additionnel avant l'article 1^{er} et dont l'examen a été réservé jusqu'après la discussion des articles du titre I^{er}. On peut donc s'interroger sur sa pertinence, à ce stade de nos travaux. Il ne prendra sa valeur qu'avec l'adoption de l'amendement portant article additionnel qui sera examiné ultérieurement.

Je souhaite de nouveau attirer l'attention du Gouvernement et de nos collègues sur la situation actuelle, qui résulte de l'existence de deux secteurs : le secteur 1, à tarifs conventionnés, et le secteur 2, à tarifs libres.

M. Xavier Bertrand, lorsqu'il était ministre de la santé, avait proposé, pour sortir des difficultés que posent les dépassements d'honoraires, la création d'un secteur optionnel. Ce secteur devait voir le jour dans le cadre des négociations conventionnelles menées entre la CNAM et les syndicats professionnels de santé. Or ces négociations n'ont toujours pas abouti.

Par ailleurs, dans une loi de financement de la sécurité sociale, il avait été décidé que le secteur optionnel serait ouvert aux professionnels libéraux pratiquant les soins de ville. À l'époque, on n'avait pas prévu d'étendre cette possibilité aux professionnels libéraux travaillant dans des établissements de santé.

La question est de savoir s'il y a lieu de prévoir une disposition législative permettant, après que le secteur optionnel aura été mis en place, aux professionnels libéraux qui travaillent dans un établissement de santé de bénéficier de la mesure.

S'il n'est pas nécessaire de légiférer et si cette question peut être réglée par les dispositions retenues dans le cadre des négociations conventionnelles, cet amendement n'a pas de raison d'être. Mais encore faut-il que le Gouvernement nous le confirme.

En fait, cet amendement, comme celui qui tend à insérer un article additionnel avant l'article 1^{er}, est un amendement d'appel.

M. Xavier Bertrand avait pris l'engagement que, dans l'hypothèse où les négociations conventionnelles sur la création d'un secteur optionnel n'aboutiraient pas, le Gouvernement prendrait une initiative. Or, à ce jour, le Gouvernement n'a pris aucune initiative.

Les cliniques représentent aujourd'hui, vous le savez, une part importante de l'offre de soins pour les spécialités de plateaux techniques lourds et les deux tiers de l'activité de chirurgie. Par ailleurs, sur certains territoires, il arrive qu'une clinique offre la seule prise en charge chirurgicale possible. Or, la pratique des dépassements d'honoraires représente une entrave à l'accès aux soins.

Bien que 92 % des assurés aient souscrit une assurance complémentaire, tous ne bénéficient pas d'une prise en charge de ces dépassements par leur assurance complémentaire. C'est la raison pour laquelle il me paraît indispensable de mettre en œuvre un dispositif permettant d'assurer à la population une offre de prise en charge accessible, notamment dans le cas où une clinique est en situation de monopole ou s'est engagée dans des missions de service public hospitalier.

C'est à cette situation que le secteur optionnel doit permettre d'apporter une réponse. Le protocole d'accord signé en juillet 2008 par les syndicats médicaux, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'UNOCAM, n'a toujours pas abouti.

Le Président de la République, dans son discours de Bletterans, a souligné la nécessité de faire aboutir le dossier du secteur optionnel. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé ces amendements.

Je ne développerai pas davantage mon argumentation afin de ne pas prolonger les débats. Je pense avoir été suffisamment clair pour que Mme la ministre puisse apaiser les inquiétudes des professionnels et répondre à ma préoccupation.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il est en effet souhaitable de parvenir à la définition d'un secteur conventionnel à caractère optionnel, et cet amendement a le mérite de le rappeler. Toutefois, pour l'heure, les tarifs n'ont pas été fixés et il est donc impossible d'en faire mention dans la loi.

Aussi, la commission souhaite le retrait de cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Vasselle, j'ai bien compris que votre amendement était, en fait, un amendement d'appel, pour donner une impulsion forte à la création d'un secteur optionnel en le mentionnant au nombre des objectifs d'évolution du système hospitalier.

Le Gouvernement est, je le confirme, favorable à la mise en place de ce secteur, qui prévoirait, d'un côté, une part d'honoraires à tarif opposable et, d'un autre côté, l'encadrement des dépassements.

Toutefois, je souhaite laisser une large place à la négociation conventionnelle pour trouver une solution à la question des dépassements. Il doit s'agir d'une négociation conventionnelle renouvelée, dont vous avez d'ailleurs énuméré les acteurs, cher rapporteur et peut-être futur rapporteur général... (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. C'est prévu dans la réforme du règlement, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est ce que j'avais cru comprendre, monsieur Fischer. Pour paraphraser une maxime bien connue, ce serait rendre à Alain Vasselle ce qui est à Alain Vasselle !

Les acteurs de cette négociation conventionnelle renouvelée sont les médecins, l'assurance maladie, mais aussi les assurances complémentaires, car elles prennent en charge en moyenne un tiers des dépassements.

La négociation est en cours depuis plusieurs mois. Des progrès ont été accomplis pour rapprocher les points de vue entre les parties. L'accord n'est pas encore scellé, mais le compte rendu de vos propos sera très probablement lu par les négociateurs qui y verront l'expression d'une volonté très ferme de voir aboutir les négociations, volonté que partagent la représentation nationale et le Gouvernement.

Je ne doute pas que nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet lors de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, si la négociation ne s'est pas conclue d'ici là.

Sous le bénéfice de cette volonté réaffirmée du Gouvernement de voir aboutir les négociations, je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement, monsieur Vasselle.

M. le président. Monsieur Vasselle, l'amendement n° 239 rectifié est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle. Monsieur le président, votre expérience est telle, que vous savez déjà quel va être le sort de cet amendement. Mme la ministre a su trouver les mots qui vont permettre au rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale de retirer l'amendement n° 239 rectifié. (*Sourires.*)

Dans la mesure où j'ai déposé d'autres amendements, je pourrais, si besoin est, m'exprimer à nouveau sur ce sujet.

Pour l'heure, je prends acte de la volonté de Mme la ministre, que j'espère partagée par nombre de mes collègues, de créer un secteur optionnel.

Les professionnels de santé et les syndicats doivent savoir que, cette volonté étant partagée, il est souhaitable d'avancer sur ce dossier.

Par cet amendement, madame la ministre, je souhaitais également vous inciter à sensibiliser l'ensemble des professionnels libéraux, qu'ils travaillent en ville ou en établissements, afin que leurs représentants soient eux-mêmes convaincus de la nécessité de faire aboutir ce dossier.

Madame la ministre, sous le bénéfice des engagements que vous avez pris et de votre volonté d'avancer, j'accepte de retirer mon amendement.

M. René-Pierre Signé. Bien des paroles pour rien !

M. le président. L'amendement n° 239 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 620 rectifié *bis*, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet et Charasse, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade et Tropeano est ainsi libellé :

I. Après le 3° du texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-2, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

II. Au cinquième alinéa du texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-2, après les mots :

suivie d'effet

insérer les mots :

dans un délai d'un an.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Aux termes du 3° de l'article L. 6131-2, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé de prendre une délibération tendant à créer un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés et, si sa demande n'est pas suivie d'effet, il pourra obliger les établissements publics de santé à créer ledit établissement.

Afin d'introduire un peu de concertation dans cette procédure, qui est extrêmement brutale, nous proposons que le directeur général transmette sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en expliquant aux représentants de l'établissement quelles sont les conséquences économiques qui résulteront de la fusion.

Les élus locaux s'inquiètent souvent du devenir du personnel, de la réorganisation des locaux et de la façon dont les choses vont se passer. À mes yeux, une concertation ne peut qu'être bénéfique.

Par ailleurs, nous souhaitons, si la demande du directeur général n'est pas suivie d'effet, fixer un délai. En effet, si l'établissement doit se prononcer immédiatement, cela pose une vraie difficulté. Une échéance de six mois n'est pas suffisante. Un délai d'un an nous a semblé plus pertinent.

Il s'agit donc simplement d'instaurer un peu de dialogue entre le directeur de l'ARS et les responsables de l'établissement avant d'aboutir à cette fusion.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 352 est 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.

L'amendement n° 562 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 dernier alinéa du texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-2 du code de la santé publique.

La parole est à M. Jean Desessard, pour présenter l'amendement n° 352.

M. Jean Desessard. Le projet de loi, tel qu'il résulte des travaux de la commission, prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de l'adapter aux besoins de la population, de maîtriser les coûts, etc.

Celui-ci peut demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés, etc.

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale... » Le présent amendement a pour objet de supprimer ce dernier alinéa.

On ne peut pas sérieusement envisager de mettre en péril le fonctionnement d'un établissement en réduisant sa dotation de financement pour sanctionner le refus de mettre en place une forme de coopération qui lui aurait été imposée par le directeur de l'agence régionale de santé, sans concertation.

L'absence de démocratie et la menace de sanctions financières témoignent du peu de crédit que le Gouvernement accorde aux acteurs du secteur hospitalier. S'il craint de voir la mise en œuvre de sa réforme bloquée par ces acteurs, c'est que sa réforme est mauvaise et qu'elle va vraisemblablement désorganiser encore plus les établissements de santé, qui souffrent déjà d'une accumulation de réformes inabouties.

Notre amendement vise donc à supprimer cette forme de sanction à l'égard de ceux qui refuseraient la coopération imposée par le directeur général de l'ARSA.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour présenter l'amendement n° 562.

Mme Isabelle Pasquet. Monsieur le président, avec votre accord, je défendrai conjointement les amendements n° 562 et 563, qui, bien que portant sur des dispositions différentes du projet de loi, ont trait à la notion de volontariat dans la participation à un groupement de coopération sanitaire.

L'amendement n° 562 a, d'une certaine manière, déjà été débattu au cours de nos travaux, puisque nous avons manifesté notre désaccord, à travers deux amendements précédents, aux tentatives visant à utiliser les MIGAC pour sanctionner les établissements publics de santé.

Je voudrais tout de même dire quelques mots sur cet amendement précis, car, en l'occurrence, nous entendons nous opposer à ce que le directeur de l'agence régionale de santé puisse utiliser les fonds attribués au titre des MIGAC afin de sanctionner les établissements qui refuseraient de se constituer en groupement de coopération sanitaire, ou GCS.

En effet, lorsqu'une menace, fût-elle morale, plane sur une personne, il est impossible de considérer que les décisions qu'elle prend sont volontaires. Je ne dirai pas qu'il s'agit d'une forme de chantage,...

M. Jean Desessard. Si, si !

Mme Isabelle Pasquet. ... mais reconnaissez que c'est une importante incitation à constituer un groupement de coopération sanitaire.

M. Guy Fischer. C'est du chantage !

Mme Isabelle Pasquet. Quant à notre amendement n° 563, il a pour objet de supprimer les dispositions de l'article 13 aux termes desquelles, en cas de refus des établissements publics de santé de constituer une communauté ou un groupement, le directeur général de l'agence peut procéder à une fusion d'office et forcée des établissements.

Nous considérons que la démarche d'adhérer ou non à un groupement doit impérativement reposer sur un volontariat, lui-même fondé sur la recherche de la satisfaction des besoins de la population.

C'est pourquoi nous présentons cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 620 rectifié *bis* comporte deux paragraphes.

La commission a émis un avis favorable sur le I, qu'elle a trouvé intéressant.

En ce qui concerne le II, l'idée de prévoir un délai lui a paru bonne, mais il est difficile d'en préciser un et, surtout, de choisir le même pour une simple coopération conventionnelle et pour une fusion. Et comment fixer un délai en cas d'urgence ? La commission sollicite donc le retrait du paragraphe II. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

Quant aux amendements identiques n°s 352 et 562, la commission y est défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis un peu contrariée. En effet, mon avis sur l'amendement n° 620 rectifié *bis* est à l'inverse de celui de M. le rapporteur (*Sourires*)...

M. Guy Fischer. Cela ne nous étonne pas !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... ce qui ne nous simplifie pas la tâche !

M. le président. Il y a la sagesse de la Haute Assemblée !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est elle qui tranchera...

Je voudrais dire à M. Barbier que la transformation et la concertation sur le contenu des projets envisagés seront de la responsabilité du directeur général de l'ARS, et je ne vois pas comment il mènera cette affaire sans concertation, c'est-à-dire sans avoir discuté, entraîné et sans convaincre. Cela figure au nombre des critères d'affirmation de son autorité. Il me paraît tout à fait inconcevable de procéder autrement.

La seconde partie de l'amendement, qui prévoit un délai d'un an à l'issue duquel le directeur général de l'ARS peut prendre des mesures contraignantes envers les établissements publics de santé, constitue une amélioration du dispositif envisagé à l'article L. 6131-2 du code de la santé publique.

Je suis assez sensible à la sagesse de M. le rapporteur. J'ai à l'esprit quelques cas d'extrême urgence où la sécurité et la vie des malades étaient en péril. Il est en effet parfois essentiel de prendre une décision très rapidement.

C'est la raison pour laquelle, sur cette affaire, je m'en remets à la sagesse de la Haute Assemblée.

Concernant les amendements identiques n°s 352 et 562, le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Barbier, acceptez-vous de rectifier votre amendement dans le sens souhaité par la commission ?

M. Gilbert Barbier. Oui, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 620 rectifié *ter*, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet et Charasse, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Placade et Tropeano, et qui est ainsi libellé :

Après le 3° du texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-2, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Nous partageons les inquiétudes qui ont été soulevées par M. Barbier et nous sommes ravis de l'avis favorable que son amendement a recueilli. Nous soutiendrons donc cet amendement.

Nous regrettons d'autant plus que vous n'avez pas suivi l'amendement n° 456 à l'article précédent, qui nous aurait permis d'intégrer le comité de massifs au sein de ce conseil de surveillance pour que la concertation soit la plus complète possible. Je déplore donc que les membres de l'Association nationale des élus de la montagne n'aient pas été entendus à ce moment-là.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 620 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je constate que cet amendement a été adopté à l'unanimité des présents.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 352 et 562.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Mes chers collègues, la conférence des présidents devant se réunir à dix-neuf heures, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures cinquante-cinq, est reprise à vingt et une heures trente, sous la présidence de M. Bernard Frimat.)

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD FRIMAT vice-président

M. le président. La séance est reprise.

7

RAPPEL AU RÈGLEMENT

M. le président. La parole est à M. Yannick Botrel, pour un rappel au règlement.

M. Yannick Botrel. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, cette journée du 19 mai est celle de la mobilisation des producteurs laitiers dans toute la France.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports*. Ah !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Il ne nous manquait plus que cela, pendant l'hôpital !

M. Yannick Botrel. La baisse, de l'ordre de 30 %, du prix du litre de lait à laquelle ils sont confrontés relève d'une décision unilatérale des industriels de la filière. En effet, l'interprofession laitière, qui regroupe producteurs et industriels, ne joue plus son rôle d'instance de concertation et de décision, ces derniers pratiquant désormais la politique de la chaise vide.

Il va sans dire que l'effondrement du prix du lait va rapidement assécher la trésorerie des exploitations et, sous peu de mois, plonger les agriculteurs dans une situation économique intenable. Avec un prix de revient supérieur au prix de vente, certains d'entre eux seront bientôt inévitablement acculés à la faillite.

Si la crise actuelle a des causes immédiates, elle a également une origine plus profonde. Celle-ci est à rechercher dans la dérégulation en œuvre depuis 2003 : baisse des prix d'intervention et des restitutions à l'exportation, suppression des aides au marché intérieur, fin engagée des quotas laitiers. Ajoutons à cela les conséquences de la loi de modernisation de l'économie, qui a placé la grande distribution en position dominante par rapport aux entreprises de transformation et, au-delà, aux producteurs.

Cette crise était annoncée. Depuis un mois déjà, les responsables professionnels prévoient qu'elle éclate. Quelle a été, pendant toute cette période, l'action des pouvoirs publics ? Elle a été nulle : aucune initiative n'a été prise durant tout ce temps !

La démonstration est encore une fois apportée de la naïveté de ceux qui fondent leurs convictions économiques et politiques sur la seule et vertueuse autorégulation des marchés, qui en l'occurrence ne profite même pas aux consommateurs.

Le groupe socialiste exprime tout son soutien et toute sa solidarité aux producteurs laitiers, victimes d'un véritable hold-up. Il exprime sa grande préoccupation devant l'ampleur de la crise et les conséquences engendrées par la déstabilisation de la production dans nombre de régions.

Il souligne toute l'urgence avec laquelle le Gouvernement doit désormais trouver de véritables réponses à une situation que l'on peut qualifier sans exagération de dramatique pour les producteurs laitiers. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. Je vous donne acte de votre déclaration, mon cher collègue.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports*. Monsieur le sénateur, bien entendu, le Gouvernement a pris toute la mesure de la crise qui sévit dans la filière laitière, de la somme des drames que traversent les exploitations laitières, des drames individuels, aussi, que vivent les familles touchées.

Je peux vous assurer, monsieur le sénateur, que le Gouvernement, et tout spécialement mon collègue Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche, a absolument pris la mesure de la gravité de cette crise. Les dispositions que Michel Barnier a d'ores et déjà annoncées pour accompagner nos agriculteurs sont bien le signe de l'attention toute particulière que nous portons aux drames humains et économiques de la filière du lait. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

8

CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

M. le président. Mes chers collègues, afin de permettre la poursuite de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, la semaine du 25 mai est transférée, sauf pour le débat sur les jeunes, au Gouvernement, en échange du report d'une partie de cette semaine de contrôle dans la semaine réservée par priorité au Gouvernement à partir du 10 juin.

En conséquence, la conférence des présidents a établi comme suit l'ordre du jour des prochaines séances du Sénat :

SEMAINE TRANSFÉRÉE AU GOUVERNEMENT

Lundi 25 mai 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 15 heures et le soir :

- Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (texte de la commission, n° 381, 2008-2009).

Mardi 26 mai 2009

À 9 heures 30 :

1°) Dix-huit questions orales :

Ordre d'appel des questions fixé par le Gouvernement.

- n° 524 de M. Alain Fouché à M. le ministre d'État, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire ;

(Atteintes à l'environnement engendrées par l'installation d'une porcherie industrielle sur la commune de Chauvigny dans la Vienne) ;

- n° 530 de M. Jacques Mézard à M. le ministre d'État, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire ;

(Raccordement d'une caravane, située sur un terrain agricole, aux réseaux d'eau potable et d'électricité) ;

- n° 533 de M. Jean-Jacques Lozach transmise à M. le secrétaire d'État chargé de l'aménagement du territoire ;

(Accès à la télévision numérique terrestre (TNT) dans la Creuse) ;

- n° 508 de M. Jean-Pierre Chauveau à Mme la ministre de la santé et des sports ;

(Zones franches urbaines et géographie médicale) ;

- n° 509 de M. Alain Fauconnier à Mme la ministre de la santé et des sports ;

(Projet de création d'une maison médicale de garde) ;

- n° 532 de Mme Patricia Schillinger à Mme la ministre de la santé et des sports ;

(Création d'unités d'éveil en Alsace) ;

- n° 520 de M. Bertrand Auban à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi ;

(Situation d'airbus et évolution du dossier A400m) ;

- n° 523 de Mme Jacqueline Alquier à M. le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique ;

(Situation des contrôleurs des impôts promus inspecteurs des impôts avant le 1^{er} janvier 2007);

- n° 444 de M. Claude Biwer à M. le secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services;

(Difficultés de financement des PME);

- n° 526 de M. Martial Bourquin à Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales;

(Calcul de la population légale des petites communes);

- n° 525 de Mme Esther Sittler à Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales;

(Situation des sapeurs-pompiers volontaires);

- n° 515 de M. Georges Patient transmise à M. le secrétaire d'État chargé de l'outre-mer;

(Crise dans les secteurs du bois, de l'or, de la pêche et du riz en Guyane);

- n° 514 de M. Roland Ries à Mme la garde des sceaux, ministre de la justice;

(Délocalisation de la direction interrégionale des services pénitentiaires Est);

- n° 517 de M. Philippe Madrelle à Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche;

(Défense des IUT);

- n° 519 de Mme Odette Terrade à M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville;

(Moyens de fonctionnement de la caisse d'allocations familiales du Val-de-Marne);

- n° 534 de M. Charles Gautier à Mme la secrétaire d'État chargée de la famille;

(Politique d'aide au développement des crèches d'entreprise);

- n° 529 de M. Gilbert Barbier à M. le secrétaire d'État chargé de l'emploi;

(Application de la réduction dite Fillon aux entreprises adaptées publiques);

- n° 521 de M. René-Pierre Signé à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi;

(Suppression annoncée de la taxe professionnelle);

Ordre du jour fixé par le Gouvernement:

À 15 heures et le soir:

2°) Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Mercredi 27 mai 2009

À 14 heures 30:

Ordre du jour fixé par le Sénat:

1°) Débat sur les travaux de la mission commune d'information sur la politique en faveur des jeunes;

(La conférence des présidents:

- a décidé d'attribuer un temps de parole de trente minutes à la mission commune;

- a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe; les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 26 mai 2009.

Pendant une heure, les sénateurs pourront intervenir (deux minutes maximum) dans le cadre d'un débat spontané et interactif comprenant la possibilité d'une réponse de la mission ou du Gouvernement);

Ordre du jour fixé par le Gouvernement:

À 21 heures 30:

2°) Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Jeudi 28 mai 2009

À 9 heures 30:

Ordre du jour fixé par le Gouvernement:

1°) Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires;

À 15 heures et le soir:

2°) Questions d'actualité au Gouvernement;

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée au service de la séance avant onze heures);

Ordre du jour fixé par le Gouvernement:

3°) Suite de l'ordre du jour du matin.

Vendredi 29 mai 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement:

À 9 heures 30, à 15 heures et, éventuellement, le soir:

- Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

SEMAINE D'INITIATIVE SÉNATORIALE

Mardi 2 juin 2009

À 15 heures et le soir:

1°) Proposition de résolution tendant à modifier le Règlement du Sénat pour mettre en œuvre la révision constitutionnelle, conforter le pluralisme sénatorial et rénover les méthodes de travail du Sénat, présentée par M. Gérard Larcher, Président du Sénat (n° 377, 2008-2009);

(La conférence des présidents a fixé:

- à une heure, chaque président de groupe disposant d'un temps minimum de dix minutes, la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe, les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant onze heures, le mardi 2 juin 2009;

- au jeudi 28 mai 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements le mardi 2 juin 2009, à neuf heures trente);

2°) Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, tendant à modifier l'ordonnance n° 58 1100 du 17 novembre 1958

relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et à compléter le code de justice administrative (n° 373, 2008-2009) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe, les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant onze heures, le mardi 2 juin 2009 ;

- au jeudi 28 mai 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements le mardi 2 juin 2009, à neuf heures trente).

Mercredi 3 juin 2009

À 14 heures 30 et, éventuellement, le soir :

- Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, tendant à favoriser l'accès au crédit des petites et moyennes entreprises (n° 288, 2008-2009) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 2 juin 2009) ;

- au mardi 2 juin 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission des finances se réunira pour examiner les amendements le mercredi 3 juin 2009, au matin).

Jeudi 4 juin 2009

Journée mensuelle réservée aux groupes de l'opposition et aux groupes minoritaires :

À 9 heures, à 15 heures et, éventuellement, le soir :

1°) Proposition de loi visant à créer une contribution exceptionnelle de solidarité des entreprises ayant réalisé des bénéfiques records, présentée par MM. François Rebsamen, Jean-Pierre Bel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés (n° 363, 2008-2009) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mercredi 3 juin 2009) ;

- au mardi 2 juin 2009, à seize heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission des finances se réunira pour examiner les amendements le mercredi 3 juin 2009, au matin) ;

2°) Question orale européenne avec débat n° 4 de M. Richard Yung à M. le Premier ministre sur l'avenir de la politique sociale européenne (demande du groupe socialiste) ;

(La discussion de cette question orale européenne s'effectuera selon les modalités prévues à l'article 83 ter du règlement.

L'auteur de la question disposera d'un temps de parole de cinq minutes pour répondre au Gouvernement) ;

3°) Proposition de loi pour le développement des sociétés publiques locales, présentée par M. Daniel Raoul et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés (n° 253, 2008-2009) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mercredi 3 juin 2009) ;

- au jeudi 28 mai 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements le mercredi 3 juin 2009, au matin).

SEMAINE RÉSERVÉE PAR PRIORITÉ AU GOUVERNEMENT

Lundi 8 juin 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 21 heures 30 :

- Sous réserve de sa transmission, projet de loi relatif à l'organe central des caisses d'épargne et des banques populaires (Procédure accélérée) (A.N., n° 1619) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à deux heures la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant onze heures, le lundi 8 juin 2009) ;

- au vendredi 5 juin 2009, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission des finances se réunira pour examiner les amendements le mardi 9 juin 2009, à neuf heures trente).

Mardi 9 juin 2009

À 9 heures 30 :

1°) Dix-huit questions orales :

L'ordre d'appel des questions sera fixé ultérieurement.

- n° 487 de Mme Bernadette Bourzai à M. le secrétaire d'État chargé des transports ;

(Accès commercial en gare de Brive-la-Gaillarde) ;

- n° 499 de Mme Marie-Thérèse Hermange à Mme la ministre de la santé et des sports ;

(Deuxième plan maladies rares) ;

- n° 510 de M. Hervé Maurey à M. le ministre de l'éducation nationale ;

(Redéploiement du réseau RASED) ;

- n° 516 de M. Josselin de Rohan à M. le ministre d'État, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire ;

(Décret relatif à la mise en œuvre des dispositions législatives excluant les rives des rus et étiers du dispositif de protection du littoral) ;

- n° 522 de M. Adrien Gouteyron à Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales ;

(Mise en place du statut de l'élu local) ;

- n° 527 de Mme Maryvonne Blondin à M. le ministre de la défense;

(Protection des navires français contre la piraterie dans l'océan Indien);

- n° 531 de M. Marcel Rainaud à Mme la ministre de la santé et des sports;

(Incidences du programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie 2009);

- n° 535 de Mme Nicole Borvo Cohen-Seat à Mme la ministre de la santé et des sports;

(Débat national préalable à toute réforme de la psychiatrie);

- n° 536 de M. Bernard Piras à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche;

(Indemnisation des arboriculteurs suite à l'épisode de gel 2008);

- n° 537 de M. Michel Doublet à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche;

(Mesures agri-environnementales (MAE) pour la campagne 2009 dans le marais charentais);

- n° 539 de M. Richard Yung transmise à M. le ministre de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire;

(Modalités d'expulsion des étrangers par voie aérienne);

- n° 541 de M. Jean-Marc Todeschini à Mme la ministre de la santé et des sports;

(Statut des centres hospitaliers régionaux non universitaires);

- n° 542 de M. Jean Boyer à Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales;

(Fonds de compensation de la taxe sur la valeur ajoutée);

- n° 543 de M. Christian Cambon à M. le secrétaire d'État chargé de l'industrie et de la consommation;

(Transparence tarifaire des prestations des syndicats de copropriété);

- n° 546 de M. Yves Daudigny à Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche;

(Inquiétudes relatives à la réforme de la masterisation des métiers de l'enseignement);

- n° 547 de M. Michel Billout transmise à M. le secrétaire d'État chargé des transports;

(Pertinence économique et environnementale du transfert du SETRA à Sourdun);

- n° 548 de M. Jean-Jacques Mirassou à M. le secrétaire d'État à la défense et aux anciens combattants;

(Dossier des actes de décès des déportés non rentrés des camps nazis);

- n° 553 de Mme Anne-Marie Escoffier à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi;

(Avenir du livret A);

Ordre du jour fixé par le Gouvernement:

À 15 heures et le soir:

2°) 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 Croatie relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure (texte de la commission, n° 383, 2008-2009);

3°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'avenant à l'accord de siège du 11 janvier 1965 entre le Gouvernement de la République française et le bureau international des expositions relatif au siège du bureau international des expositions et à ses privilèges et immunités sur le territoire français (texte de la commission, n° 385, 2008-2009);

4°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de la convention d'entraide judiciaire en matière pénale entre le Gouvernement de la République française et le gouvernement de l'État des Émirats Arabes Unis (texte de la commission, n° 400, 2008-2009);

5°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation des amendements aux articles 25 et 26 de la convention sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux (n° 352, 2008-2009);

6°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'accord de stabilisation et d'association entre les communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et la République du Monténégro, d'autre part (texte de la commission, n° 375, 2008-2009);

7°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord sous forme d'échange de lettres relatives à la garantie des investisseurs entre le Gouvernement de la République française et le gouvernement de Son Altesse Sérénissime le Prince de Monaco (texte de la commission, n° 387, 2008-2009);

(Pour les six projets de loi ci-dessus, la conférence des présidents a décidé de recourir à la procédure simplifiée.

Selon cette procédure simplifiée, les projets de loi sont directement mis aux voix par le président de séance. Toutefois, un groupe politique peut demander, au plus tard le vendredi 5 juin 2009, à dix-sept heures qu'un projet de loi soit débattu en séance selon la procédure habituelle);

8°) Suite du projet de loi relatif à l'organe central des caisses d'épargne et des banques populaires.

*JOURNÉES DE CONTRÔLE DE L'ACTION DU
GOUVERNEMENT ET D'ÉVALUATION DES
POLITIQUES PUBLIQUES*

Mercredi 10 juin 2009

À 14 heures 30 et le soir:

1°) Débat sur le service civil volontaire (demande du groupe RDSE);

(La conférence des présidents:

- a attribué un temps d'intervention de quinze minutes à un orateur du groupe RDSE;

- a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.

Les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 9 juin 2009);

2°) Question orale avec débat n° 32 de M. Martial Bourquin (Soc.) à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi sur la crise de l'industrie ;

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 9 juin 2009.

L'auteur de la question disposera d'un temps de parole de cinq minutes pour répondre au Gouvernement) ;

3°) Question orale avec débat n° 34 de Mme Marie-France Beaufile (CRC-SPG) à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi sur la réforme de la taxe professionnelle ;

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 9 juin 2009.

L'auteur de la question disposera d'un temps de parole de cinq minutes pour répondre au Gouvernement) ;

4°) Sous réserve de leur dépôt, conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi relatif à l'organe central des caisses d'épargne et des banques populaires.

Jeudi 11 juin 2009

À 9 heures :

1°) Question orale avec débat n° 39 de Mme Bernadette Dupont (UMP) à Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité sur le plan autisme 2008-2010 ;

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mercredi 10 juin 2009.

L'auteur de la question disposera d'un temps de parole de cinq minutes pour répondre au Gouvernement) ;

2°) Question orale avec débat n° 37 de M. Jean-Jacques Mirassou (Soc.) à M. le Premier ministre sur l'avenir du programme de l'Airbus A400M ;

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mercredi 10 juin 2009.

L'auteur de la question disposera d'un temps de parole de cinq minutes pour répondre au Gouvernement) ;

À 15 heures :

3°) Questions d'actualité au Gouvernement ;

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée au service de la séance avant onze heures) ;

4°) Débat européen sur le suivi des positions européennes du Sénat (demandes de la commission des affaires européennes et de la commission des affaires économiques) :

- Profils nutritionnels ;
- Vin rosé ;

(Chacun de ces sujets donnera lieu à un débat. Dans le cadre de chacun des débats, interviendront le représentant de la commission compétente (dix minutes), le Gouvernement (dix minutes), puis une discussion spontanée et interactive de vingt minutes sera ouverte sous la forme de questions-réponses (deux minutes maximum par intervention)).

SEMAINE RÉSERVÉE PAR PRIORITÉ AU GOUVERNEMENT

Mardi 16 juin 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 15 heures et le soir :

- Projet de loi portant réforme du crédit à la consommation (n° 364, 2008-2009) ;

(La conférence des présidents a fixé :

- à deux heures et demie la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe (les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le lundi 15 juin 2009) ;

- au mardi 9 juin 2009, à quinze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements.

La commission spéciale se réunira pour examiner les amendements le mercredi 10 juin 2009, l'après-midi et, éventuellement, le soir).

Mercredi 17 juin 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 14 heures 30 et le soir :

1°) Déclaration du Gouvernement, suivie d'un débat, préalable au Conseil européen des 18 et 19 juin ;

(À la suite du président de la commission des affaires étrangères (dix minutes) et de la commission des affaires européennes (dix minutes), interviendront les porte-parole des groupes (dix minutes pour chaque groupe et cinq pour les sénateurs non-inscrits).

Les inscriptions de parole devront être faites au service de la séance, avant dix-sept heures, le mardi 16 juin 2009) ;

2°) Suite du projet de loi portant réforme du crédit à la consommation.

Jeudi 18 juin 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 9 heures 30, à 15 heures et le soir :

- Suite du projet de loi portant réforme du crédit à la consommation.

SEMAINE SÉNATORIALE DE CONTRÔLE

DE L'ACTION DU GOUVERNEMENT

ET D'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

Y a-t-il des observations en ce qui concerne les propositions de la conférence des présidents relatives à la tenue des séances et à l'ordre du jour autre que celui résultant des inscriptions prioritaires du Gouvernement?...

Ces propositions sont adoptées.

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.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'amendement n° 1197 au sein de l'article 13.

Article 13 (suite)

M. le président. L'amendement n° 1197, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-2 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient ou qu'un déséquilibre financier important est constaté, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un ou plusieurs établissements de santé concernés de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire.

« La demande du directeur général de l'agence régionale de santé est motivée.

« Les conseils de surveillance des établissements concernés se prononcent dans un délai de un mois sur cette convention.

« Dans l'hypothèse où sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre toutes les mesures appropriées pour que les établissements concernés concluent une convention de communauté hospitalière de territoire.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Je souhaite encadrer la possibilité qu'a le directeur général de l'agence régionale de santé d'imposer à un établissement l'adhésion à une CHT, une communauté hospitalière de territoire.

Je l'ai indiqué, je l'ai répété, je souhaite que la démarche normale de création d'une communauté hospitalière de territoire soit bien celle du volontariat. C'est d'ailleurs une garantie de succès. Cependant, il n'est pas à exclure que, pour des raisons internes à un établissement, une CHT dont l'intérêt est pourtant évident ne puisse se constituer. Pour éviter des situations de blocage injustifié, et uniquement dans ce cas, il est nécessaire d'ouvrir au directeur général de l'ARS les possibilités de surmonter ce blocage et de constituer une communauté.

Je reconnais que le texte initial n'a pas été suffisamment précis sur ce point, même si j'avais donné des éclairages au moment du débat à l'Assemblée nationale. Aussi ai-je souhaité, en réponse aux préoccupations qui se sont fait jour, mieux encadrer cette possibilité.

Je souhaite donc l'ouvrir uniquement dans des cas bien précis, lorsque la sécurité et la qualité des soins le justifient ou si l'établissement présente des déséquilibres financiers persistants. Il est au demeurant fréquent que les deux dysfonctionnements, hélas ! se superposent, car très souvent les établissements qui marquent de graves perturbations financières connaissent aussi de graves perturbations en matière de qualité des soins. Il s'agit donc de permettre au directeur général de l'ARS de faire prévaloir l'intérêt général lors de ces circonstances particulières.

Je dois d'ailleurs relever que ces dispositions n'inventent rien puisqu'elles sont analogues à celles qui, dans le cadre juridique actuel, permettent à un directeur d'ARH d'imposer une fusion à des établissements. Il ne s'agit donc pas tant de sortir du cadre actuel que de le mettre simplement en cohérence avec le dispositif des CHT et la création des agences régionales de santé. De même, certains ont noté que dans les dix dernières années aucune fusion d'établissements n'avait été réalisée de sa seule autorité par un directeur d'ARH. En outre, le processus d'adhésion obligatoire est soumis à l'avis des conseils de surveillance, ce qui garantit la nécessaire concertation préalable à toute décision d'autorité.

Je pense donc, monsieur le rapporteur, que cette rédaction garantit l'efficacité des politiques de santé à l'échelon régional tout en réservant un caractère exceptionnel au dispositif, comme vous l'aviez souhaité.

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

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. Cet amendement vient probablement clore une longue discussion et un long travail sur les CHT.

Nous avons voulu que les communautés hospitalières de territoire résultent d'une démarche volontaire pour l'ensemble des établissements, mais nous avons souhaité les encadrer lorsqu'il s'agit de centres hospitaliers et universitaires ou d'établissements rencontrant des difficultés dans le domaine des soins ou en matière financière.

La commission émet donc bien entendu un avis extrêmement favorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Nous arrivons pratiquement au terme de l'examen de l'article 13. Sans vouloir répéter toutes les craintes que nous avons exprimées et nos désaccords de fond, j'observe qu'avec cet amendement le Gouvernement se dote d'un outil...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Un outil existant !

M. Guy Fischer. ... préexistant, puisque Mme la ministre vient de rappeler l'état de cette question des fusions dans le code de la santé publique.

Nous avons entendu que cet outil serait employé à titre exceptionnel. J'ai aussi noté que, durant les dix dernières années, il n'y avait pas eu de mesure de fusion autoritaire. D'autres méthodes ont été employées, mais elles n'avaient pas le caractère d'une injonction.

Cependant, sur le fond, nous craignons que ce ne soit le même processus qui imposera à moyen et à long terme une profonde modification du paysage hospitalier avec toutes les conséquences sur l'emploi dans le service public hospitalier.

Nous voterons, bien entendu, contre cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1197.

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement n° 563, 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 texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-3 du code de la santé publique.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cet amendement a été défendu avec l'amendement n° 562.

M. le président. L'amendement n° 257 rectifié, présenté par MM. Retailleau et Darniche, est ainsi libellé :

Dans le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-3 du code de la santé publique, après les mots :

celui-ci peut également prononcer

insérer les mots :

, après concertation avec les représentants des collectivités territoriales concernées,

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 353, 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 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 :

Compléter le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-3 du code de la santé publique par les mots :

, après consultation des représentants des collectivités territoriales concernées

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. L'article L. 6131-3 dispose que « lorsque la demande du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie mentionnée au premier alinéa de l'article L. 6131-2 n'est pas suivie d'effet, celui-ci peut également prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés ». Nous souhaitons ajouter les mots « après consultation des représentants des collectivités territoriales concernées » car il est important de connaître leur avis, aussi bien pour les usagers que dans le cadre de l'aménagement des territoires.

Un établissement hospitalier est généralement un lieu essentiel de la vie économique et sociale d'une commune. La fusion de plusieurs établissements est donc un événement important qui doit faire l'objet d'une consultation de ceux qui gèrent la vie locale. C'est pourquoi il nous paraît indispensable que le directeur général de l'ARS consulte les élus des collectivités locales concernées avant de décider une telle fusion.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 563, la commission émet un avis défavorable.

Quant à l'amendement n° 353, monsieur Desessard, en cas de fusion, le conseil de surveillance est consulté et les élus des collectivités territoriales qui y participent sont donc déjà prévenus.

M. Jean Desessard. Pas tous !

M. Alain Milon, rapporteur. Aussi, la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet le même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 563.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 353.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 621 rectifié, présenté par M. Vall et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Après le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-3 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Lorsque des établissements de santé décident volontairement de fusionner, le directeur général de l'agence régionale de santé approuve cette fusion, dès lors que celle-ci ne s'oppose pas aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire. Il ne peut notamment imposer la suppression des activités de médecine et de soins de suite et de réadaptation dans les établissements dont la situation géographique et les besoins de la population exigent un niveau de proximité.

La parole est à M. Raymond Vall.

M. Raymond Vall. Je souhaiterais que soit prise en considération la fusion volontaire d'établissements qui correspond à une démarche territoriale visant à maintenir la qualité des soins et la possibilité pour la population de trouver des services d'urgence dans un espace de temps convenable.

Quand cette fusion est volontaire, il serait légitime et cohérent de pouvoir la protéger de manière que l'ARS puisse garantir la préservation des lits de médecine et de soins de suite et qu'il y ait un délai permettant de mettre en œuvre cette possibilité sur le territoire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis défavorable car cet amendement est partiellement satisfait par l'article L. 1434-7 à l'article 26, qui prévoit que les autorisations en matière de transformations et de regroupements d'établissements de santé, de créations et de suppressions d'activités de soins doivent être compatibles avec les objectifs précisés dans le schéma régional d'organisation des soins, le SROS.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur le fond car cette disposition aurait pour effet de lier la compétence du directeur général de l'ARS en matière de fusion d'établissements publics, alors qu'il lui appartient bien sûr de juger au cas par cas de l'importance de la réorganisation.

Toutefois, monsieur Vall, à dire vrai, vous ne devez pas avoir la moindre crainte sur ce sujet puisque les recompositions hospitalières à l'échelle d'un territoire n'ont jamais pour effet la fermeture de lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation.

Faisant de nombreuses visites sur le terrain, quatre à cinq par semaine, je peux vous assurer que les réorganisations territoriales conduites par les élus et les professionnels se traduisent, au contraire, toujours par une augmentation des capacités d'accueil en médecine et en soins de suite et de réadaptation, car il s'agit vraiment de la demande de proximité, comme je vous l'ai indiqué tout à l'heure.

Par conséquent, votre amendement n'est pas recevable sur la forme juridique et il est de fait satisfait sur le fond.

M. le président. Monsieur Vall, l'amendement n° 621 rectifié est-il maintenu ?

M. Raymond Vall. Compte tenu des explications et des assurances données par Mme la ministre, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 621 rectifié est retiré.

L'amendement n° 564, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-4 du code de la santé publique.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Il s'agit du dernier amendement sur cet article 13.

Depuis le début de nos débats, le groupe CRC-SPG et moi-même ne cessons de dénoncer l'émergence, avec l'application de ce projet de loi, d'un véritable plan social dans les établissements publics de santé.

Madame la ministre, ce que nous dénonçons prend aujourd'hui la forme d'une disposition introduite en commission et qui prévoit que les directeurs des agences régionales de santé pourront exiger, avant de mettre les établissements publics de santé sous tutelle, que les directeurs des établissements publics de santé opèrent de véritables plans sociaux. Vous avez beau vous défendre du contraire, c'est écrit noir sur blanc.

J'ai cité tout à l'heure l'exemple de l'hôpital de Charleville-Mézières et la fermeture de la maternité d'Ivry ; on pourrait multiplier les exemples.

Autant dire que les inquiétudes sont grandes dans le secteur hospitalier. Aussi, je citerai ce que déclarait M. Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France, à un grand journal du soir : « Jusqu'à présent, les efforts d'économie ne se sont pas traduits par un rationnement des soins, ni une diminution des effectifs de personnel. Mais la situation est en train de changer. On s'attaque désormais à l'emploi pour faire des gains de productivité. »

Nous souscrivons à ces propos qui ont été tenus le 10 janvier dernier, c'est-à-dire bien avant que la commission des affaires sociales adopte contre notre avis l'amendement intégrant la disposition qui fait l'objet d'un amendement de suppression.

La réalité, madame la ministre, c'est que de très nombreux établissements, étouffés par la T2A, par la convergence que vous avez été obligée de reporter en 2018, sont déjà contraints aujourd'hui de pratiquer des suppressions de postes, une contrainte qui sera encore plus grande demain.

Ainsi, à Marseille, entre 2000 et 2008, les économies ont porté sur 650 postes. Au Havre, le plan de retour à l'équilibre impose la suppression de 400 postes qui prennent, comme dans toute la fonction publique, la forme du non-remplace-

ment des départs à la retraite – un sur deux n'est pas remplacé. À Nantes, ce sont 200 postes qui ne seront pas renouvelés en 2009,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pourquoi ne citez-vous pas les établissements qui embauchent ?

Mme Annie David. Parce que vous vous chargez de nous les annoncer !

M. Guy Fischer. Je ne connais que ceux qui débauchent et je me suis attardé sur cette situation !

Si vous refusez d'admettre que les hôpitaux sont contraints de procéder à des suppressions de postes, ce que vous avez constamment fait – je vous le dis gentiment, ce qui traduit mal ma colère intérieure (*Exclamations sur les travées de l'UMP*) –, on ne peut pas résorber un déficit de cette ampleur et c'est, me semble-t-il, un des points importants.

Voilà l'objet de notre amendement et les raisons pour lesquelles nous demandons un scrutin public.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Ces dispositions ayant été prévues à l'origine par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, elles ne sont pas nouvelles, même si elles sont renforcées dans le projet de loi.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je ne me lasse pas d'écouter M. Fischer et je ne me lasse pas non plus de lui répondre ! (*Sourires.*)

L'hôpital est un corps vivant, qui s'adapte de façon continue aux besoins des populations et des territoires, et c'est la raison d'être de ce projet de loi.

Je citerai un seul exemple.

Vous avez évoqué la fermeture de la maternité d'Ivry. Ce que vous oubliez de dire, c'est que le même jour la maternité de Kremlin-Bicêtre rouvrait et je peux vous annoncer qu'hier le premier bébé y est né : c'est une petite Andréa.

Par conséquent, l'hôpital est un corps vivant : il y a des endroits qui ferment, qui se restructurent, et il y en a d'autres qui ouvrent.

Voilà la réalité de l'hôpital français, qui se réadapte en permanence et qui a un solde net positif d'emplois !

C'est pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme Annie David. Combien de maternités ont fermé ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 564.

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° 165 :

Nombre de votants	333
Nombre de suffrages exprimés	332
Majorité absolue des suffrages exprimés	167
Pour l'adoption	138
Contre	194

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'article 13, modifié.

(L'article 13 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 13 (réservés)

M. le président. Les amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 13 ont été réservés jusqu'à près l'article 13 *quater*.

Article 13 bis

(Texte non modifié)

Au deuxième alinéa de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, après le mot : « soins », sont insérés les mots : « , dont au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile, ». – *(Adopté.)*

Article 13 ter

(Texte non modifié)

Le 2° de l'article L. 6121-7 du code de la santé publique est complété par les mots : « , et des établissements assurant une activité de soins à domicile ». – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 13 *ter* (réservés)

M. le président. Les amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 13 *ter* ont été réservés jusqu'à près l'article 13 *quater*.

Article 13 quater

M. le président. L'article 13 *quater* a été supprimé par la commission.

Articles additionnels avant l'article 1^{er} *(précédemment réservés)*

M. le président. Nous en revenons aux amendements tendant à insérer des articles additionnels avant l'article 1^{er}, qui ont été précédemment réservés à la demande de M. le président de la commission.

L'amendement n° 237 rectifié, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc, est ainsi libellé :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Afin de garantir l'accès aux soins à tous les assurés sociaux et de prendre en compte l'exercice en plateau technique lourd, un avenant conventionnel pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est conclu en vue de la création d'un nouveau secteur conventionnel à caractère optionnel.

La parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. Cet amendement n'a pas vocation à être maintenu, monsieur le président.

En effet, nous avons eu l'occasion de débattre de cette question avant le dîner, et Mme la ministre a eu l'amabilité d'apporter un certain nombre d'éléments de réponse aux interrogations qui étaient les miennes. Nous sommes convenus que nous pourrions en débattre de nouveau lors de l'examen d'un prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Cela étant, je rappellerai l'objet de cet amendement pour qu'il figure au *Journal officiel*, et appellerai l'attention de Mme la ministre sur un éventuel problème juridique si cette disposition était présentée dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Mes chers collègues, l'augmentation des dépassements d'honoraires et du nombre de praticiens pouvant appliquer des honoraires libres peut aujourd'hui poser des difficultés en matière d'accès à l'offre de soins dans certaines spécialités sur certains territoires.

Bien que cette problématique relève d'une négociation entre syndicats de médecins et assurance maladie, la réalisation des objectifs d'accessibilité fixés par la présente loi impose, à mon sens, de donner une impulsion forte à la création d'un secteur conventionnel à caractère optionnel.

La négociation a été engagée depuis plusieurs années et semble, techniquement, sur le point d'aboutir sur la base des orientations suivantes : un taux maximum de dépassement plafonné, mesure de nature à rassurer MM. Fischer et Cazeau ; un pourcentage minimal d'actes au tarif opposable ; la prise en charge des cotisations sociales du médecin pour la part facturée au tarif opposable ; enfin, la prise en charge des dépassements plafonnés par les organismes complémentaires.

J'appelle votre attention, madame la ministre, sur le fait que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne constituerait pas, selon mes informations, le véhicule législatif approprié pour un tel dispositif. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé cet amendement sur ce texte.

Pourriez-vous, après consultation des services de votre ministère, ainsi que d'autres ministères, nous dire quel véhicule juridique serait le plus adapté pour parvenir à créer un nouveau secteur conventionnel à caractère optionnel ?

Pour l'heure, je retire mon amendement, mais je souhaite que nous en débattions prochainement, parce que le problème se pose avec acuité dans notre pays.

M. le président. L'amendement n° 237 rectifié est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je veux apporter quelques précisions à M. Vasselle.

Le support juridique d'un tel amendement peut être contestable dans la mesure où les dépassements d'honoraires n'ont pas d'impact sur les comptes de la sécurité sociale. Le dispositif présenté n'a donc pas vocation à figurer dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Toutefois, des mesures indirectes ont déjà été prises et acceptées par le Conseil d'État et le Conseil constitutionnel. En l'occurrence, la prise en charge des cotisations sociales des médecins aura des conséquences sur les comptes de la sécurité sociale. C'est par ce biais que nous pourrions réexaminer cette mesure dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Alain Vasselle. Je vous remercie, madame la ministre !

M. le président. L'amendement n° 287 rectifié, 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 :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le quatrième alinéa (3°) du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens visés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique incluent une clause de stabilité tarifaire aux termes de laquelle les tarifs de prestations ne peuvent être modifiés à la baisse pendant toute la durée du contrat. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, sont les vecteurs privilégiés de la mise en œuvre du projet régional de santé par les établissements de santé et autres titulaires de l'autorisation d'activités de soins ou d'équipements en matériels lourds.

Dans son article 3, le présent projet de loi en actualise les dispositions compte tenu du remplacement des ARH par les ARS, et les définit comme l'instrument juridique qui précise les missions et les engagements des établissements de santé, ainsi que les contreparties.

Les CPOM seront donc amenés à être le vecteur d'attribution des missions de service public aux établissements de santé et constitueront, pour les agences régionales de santé, un outil de définition et de suivi des engagements des établissements de santé en matière de qualité et de sécurité des soins.

Comme vous le savez, mes chers collègues, l'État fixe chaque année les tarifs nationaux des prestations.

Il s'agit simplement d'un amendement de bon sens : il prévoit d'introduire dans les CPOM, qui sont conclus, rappelons-le, pour cinq ans, une clause de stabilité tarifaire dans le code de la sécurité sociale, aux termes de laquelle les tarifs de prestations ne peuvent être modifiés à la baisse pendant toute la durée du contrat.

Nous voulons ainsi favoriser la transparence du financement, tout en permettant la définition d'une stratégie pertinente pendant la durée des engagements contractuels avec l'agence régionale de santé.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

Comment inscrire dans le code de la sécurité sociale que les CPOM incluent un plan quinquennal de stabilité pour chaque établissement de santé, alors même qu'ils ne sont pas conclus en même temps ?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis surprise que cet amendement n'ait pas été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution. J'apporterai toutefois une réponse sur le fond.

L'adoption de cet amendement conduirait à créer une inégalité eu égard à la date d'échéance du contrat, contrevenant ainsi au principe d'égalité.

Cette double raison amène le Gouvernement à émettre un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 287 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 288, 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 :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après agrément par la Haute autorité de santé de leurs modalités d'organisation, des tarifs spécifiques seront fixés par l'autorité administrative pour certains publics et certaines formes de consultations ambulatoires ou d'hospitalisation.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Comme vous le savez, madame la ministre, car nous en avons parlé à plusieurs reprises, nous nous attachons à limiter les impacts négatifs de la T2A non seulement sur les usagers du système de santé, mais également sur les établissements publics.

Par ailleurs, nous critiquons la convergence tarifaire public-privé, et il semble que nous ayons été entendus, puisque vous avez annoncé au président de la Fédération hospitalière de France que vous acceptiez de la reporter de 2012 à 2018. Nous ne doutons donc pas que vous tiendrez également compte de nos arguments.

On le sait, l'adoption d'une tarification à l'activité des établissements de santé pour une activité de médecine, chirurgie, obstétrique a un impact non négligeable sur l'offre de soins. De fait, la répartition des ressources au sein des établissements est désormais principalement régie par les recettes constatées et attendues de l'activité.

Malheureusement, ce principe entre trop fréquemment en contradiction avec les pratiques médicales, les prises en charge pluridisciplinaires et les objectifs de santé publique.

La pensée médicale se retrouve bridée au profit d'une logique purement comptable, ce qui n'est évidemment pas acceptable.

Par cet amendement, nous vous proposons, mes chers collègues, de valoriser les principes d'une « médecine lente » dans notre système de tarification, laquelle nécessite un travail pluridisciplinaire associant médecins et personnels paramé-

caux, dont je n'énumérerai pas la liste. Les actes de ces derniers ne sont parfois ni tarifés ni pris en compte dans le calcul des coûts fondant les tarifs.

Le temps de consultation et de prise en charge ambulatoire s'en trouve sensiblement allongé et sans commune mesure avec certains actes, prises en charge et séjours plus standardisés.

La prise en charge ambulatoire de certaines pathologies ne peut s'inscrire sans dommage dans la logique de la T2A. De plus, l'absence de reconnaissance de cette « médecine lente » menacerait des pans entiers d'activité hospitalière et fragiliserait l'accès aux soins de nombreux usagers de notre système de santé.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous avons tous le souci que la T2A tienne compte des spécificités du secteur public, un souci d'ailleurs partagé par Mme la ministre, qui a pris, voilà quelques jours, la décision de reporter la convergence intersectorielle. Mais l'adoption de cet amendement ne résoudrait pas le problème. De plus, son rapport avec les questions abordées dans ce projet de loi n'est pas évident.

En conséquence, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Le Menn, j'ai déjà pris un certain nombre de dispositions visant à faire évoluer les tarifications en fonction des besoins des patients.

C'est ainsi que, dans la version 11 de la classification commune des actes médicaux, j'ai introduit deux modulations importantes, dont j'ai déjà eu l'occasion de vous parler.

Les tarifs affectés aux séjours de médecine justifiant d'un niveau de sévérité élevé – 3 ou 4 – ont progressé en 2009 aussi bien pour les établissements publics que pour ceux du secteur privé. Par ailleurs, j'ai également décidé d'identifier, dans la tarification, les financements des surcoûts engendrés par l'accueil des populations précaires, qui demandent précisément une prise en charge plus longue et un accompagnement plus important.

Véritablement, ces dispositions sont particulièrement profitables à l'hôpital public.

Les consultations dites longues sont financées dans le cadre des missions d'intérêt général ; des travaux sont actuellement en cours et pourraient trouver une réponse soit dans le cadre strict de la tarification à l'activité, soit dans le cadre du chantier qui concerne la classification commune des actes médico-cliniques.

Ces mesures relèvent du champ réglementaire et non du champ législatif. Sachez toutefois que la question de la modulation pour prendre en compte ces spécificités est vraiment très importante à mes yeux. Je ne remets pas ce chantier aux calendes grecques ; j'ai déjà commencé à agir et nombre de dispositions pratiques ont été prises.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 288.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 370 rectifié, 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 :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique ne peuvent se voir appliquer les dispositions prévues au présent projet de loi.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Avec cet amendement, notre objectif est de garantir que les dispositions de ce projet de loi ne s'appliquent pas aux établissements psychiatriques. En effet, de notre point de vue, toute réforme de la psychiatrie nécessite un large débat préalable avec l'ensemble des acteurs concernés.

À la suite du meurtre dramatique d'un étudiant par un malade mental à Grenoble, le Président de la République a annoncé, le 2 décembre 2008, une nouvelle réforme de l'hospitalisation psychiatrique concernant, notamment, l'internement d'office et l'instauration d'une obligation de soins.

Cette réponse se plaçait sur le seul registre sécuritaire, celui de la criminalisation de la maladie mentale, loin de l'objectif d'apaiser une souffrance, de ne pas stigmatiser ceux qui souffrent, loin aussi de la nécessité de s'attaquer à la situation catastrophique de la psychiatrie publique.

Ce drame et les annonces qui ont suivi ont suscité un grand émoi parmi les professionnels de la psychiatrie, qui ne se reconnaissent pas non plus dans les propositions du rapport d'Édouard Couty *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie en santé mentale*.

Rendu public le 29 janvier 2009, ce rapport était supposé préfigurer une réforme sur les hospitalisations d'office et une réorganisation territoriale de l'offre de soins en santé mentale, réforme destinée à adapter l'organisation de la psychiatrie au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, dit HPST.

En juin 2003, des états généraux de la psychiatrie avaient pourtant permis d'élaborer vingt-deux propositions sur l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale, propositions qui ne sont absolument pas prises en compte dans le rapport Couty.

Les psychiatres réunis autour du *Manifeste pour la création d'un mouvement pour la psychiatrie* voient dans ce rapport l'annonce du démantèlement de la politique de secteur dans sa double dimension de proximité et de continuité des soins, pivots de la psychiatrie de secteur. Ils considèrent que les propositions du rapport Couty laissent les soignants « dans la position d'instruments d'un triple forfait [...] : évaluer, expertiser et enfermer. ».

Le 7 février, ils étaient deux mille, réunis pour dire non à une instrumentalisation de leur profession, pour rejeter l'amalgame entre folie et dangerosité, et la logique sécuritaire. Ils refusent une politique faisant de la psychiatrie une gardienne de l'ordre social, en contradiction avec les finalités du soin.

Ils demandent, avant toute mesure législative ou réglementaire, un moratoire donnant le temps d'engager un débat sérieux avec l'ensemble de la profession, seul moyen de garantir une réponse sanitaire de haut niveau aux besoins des usagers de la psychiatrie.

Monsieur le rapporteur, dans votre rapport sur la prise en charge psychiatrique en France, vous avez souligné que, compte tenu de la prévalence des troubles psychiatriques, la « santé mentale devrait être une priorité de la santé publique ».

Vous avez, entre autres difficultés, pointé « l'insuffisance des moyens hospitaliers » et le problème soulevé par la suppression « en France, entre 1985 et 2005, de près de trente mille lits et places en psychiatrie ».

Vous avez encore indiqué que les recommandations du rapport Couty ne pouvaient être imposées à la profession et vous avez proposé « l'organisation d'états généraux de la santé mentale », réunissant l'ensemble des professionnels concernés, « devant servir de base au dépôt d'un projet de loi » d'organisation territoriale.

Cela rejoint les préoccupations qui fondent notre amendement, lequel trouvera, j'en suis certaine, un écho favorable.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet article additionnel avant l'article 1^{er} présente beaucoup d'intérêt, madame la sénatrice.

Vous demandez que l'État réfléchisse avec le Parlement à un texte législatif sur les maladies psychiatriques et les questions de santé mentale. Vous avez donc lu le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, l'OPEPS, sur l'état de la psychiatrie en France.

Le rapport Couty est extrêmement important et intéressant à étudier, même s'il nécessite sans doute quelques aménagements. Lors du petit tour de France que j'ai fait à l'occasion du projet de loi dit HPST, j'ai rencontré de nombreux psychiatres : tous ne sont pas défavorables aux conclusions de ce rapport, bien au contraire !

Toutefois, légiférer sur la psychiatrie ou sur la santé mentale, ce n'est pas légiférer sur l'hôpital psychiatrique ! Celui-ci reste un établissement public de santé et, en tant que tel, il sera soumis aux dispositions de la future loi HPST.

Par conséquent, la commission est défavorable à cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je voudrais rappeler aux auteurs de l'amendement, particulièrement à Mme David qui l'a défendu, que la notion de centre hospitalier spécialisé a disparu depuis 1991 ; cela fait presque vingt ans ! Maintenant, le cadre juridique qui s'impose aux établissements psychiatriques est le même que pour tous les établissements publics de santé. Il n'y a donc pas lieu de créer un cadre juridique dérogatoire pour les hôpitaux psychiatriques.

Quant aux garanties accordées aux patients hospitalisés sous contrainte, elles sont évidemment indispensables au regard des principes relatifs aux libertés individuelles. Ce qui est prévu dans le projet de loi ne les modifie ni de près ni de loin, et n'est nullement contradictoire avec le projet de réforme sur l'hospitalisation sous contrainte.

Si des dispositions législatives sont sans doute nécessaires sur la psychiatrie, ses spécificités, et sur l'hospitalisation sous contrainte, le rapport que j'ai demandé à M. Édouard Couty ne vaut pas feuille de route : c'est une base de réflexion ! Ce rapport a d'ailleurs suscité un large débat parmi les professionnels, les médecins psychiatres, bien sûr, et les organisations syndicales représentatives.

J'ai d'ores et déjà participé à plusieurs réunions de travail, dont l'une a eu lieu à l'Élysée, sous la présidence du Président de la République ; de nombreux psychiatres de toutes tendances – et elles sont nombreuses en psychiatrie ! – ont été reçus.

La discussion reste ouverte. Le projet de réforme, encore en discussion, n'est pas finalisé et fait l'objet de nombreuses concertations. Tout le monde sera entendu.

Madame la sénatrice, le point cardinal est pour moi la sectorisation. Je l'ai dit lors de la réunion de travail avec le Président de la République, nous ne reviendrons pas sur la sectorisation, qui est le fondement de la psychiatrie française et le restera.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Mme la ministre n'entend pas remettre en cause la sectorisation ; nous en prenons acte. C'était l'une des craintes que nous avions émises.

Les hôpitaux qui soignent les personnes atteintes de troubles mentaux devraient, selon nous, être préservés de l'application de ce projet de loi. En effet, ces établissements spécialisés en santé mentale sont, par nature, différents des établissements de santé « généralistes », dans la mesure où les patients qui y sont accueillis peuvent en sortir apaisés, mais rarement guéris.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela n'a rien à voir avec la gouvernance !

M. Guy Fischer. Les différences sont telles que, jusqu'à présent, madame la ministre, les établissements psychiatriques échappaient à la tarification à l'activité, une distinction qui risque de disparaître prochainement si le Gouvernement suivait les conclusions du rapport Couty, lequel n'est rien d'autre qu'un appendice à ce projet de loi ; vous l'avez dit vous-même.

C'est toujours la même logique comptable qui sous-tend aussi bien ce rapport que votre projet de loi. La refonte de la psychiatrie, qui figure parmi les recommandations du rapport, fait exploser l'organisation spécifique de la psychiatrie publique. Si notre amendement n'était pas adopté, le projet de loi s'appliquerait également à la psychiatrie et renforcerait encore la prédominance de l'économie sur la satisfaction des besoins.

Ce rapport préconise l'application, d'ici à 2010, de la T2A au secteur psychiatrique, au moment même où celle-ci est contestée pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Ce couplage avec le projet de loi nous laisse très dubitatifs.

Nous sommes en désaccord total avec la conception sécuritaire de la psychiatrie que tente d'imposer le Président de la République, car elle est en contradiction avec les besoins de la société et des patients accueillis. En revanche, elle est parfaitement compatible avec une logique de diminution des dépenses passant, notamment, par une réduction des soins.

Le Président de la République a annoncé une réforme sur l'hospitalisation sous contrainte d'ici à juin 2009. Il nous paraît indispensable que celle-ci traite à la fois de la nature des soins dispensés et – on en vient à notre amendement – de l'organisation hospitalière permettant la réalisation de ces soins.

Il convenait de le préciser après les déclarations du Président de la République. Ce dernier, en effet, entend légiférer après chaque fait divers et répond de cette manière aux problèmes de société qui se posent et qui, en particulier pour les établissements psychiatriques, ne trouvent pas de solution dans la législation proposée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 370 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

M. le président. Nous en revenons à l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 1^{er}, qui a été précédemment réservé.

L'amendement n° 137, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

Après l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Monsieur le président, après l'averse d'amendements du Gouvernement qui, cet après-midi, a été à l'origine d'une suspension d'une heure trente de nos travaux, je pensais que la pluie cesserait. Eh bien ! non, il en tombe toujours, puisque l'on vient de nous distribuer l'amendement n° 1330 ! J'ignore comment nous allons pouvoir examiner tous ces nouveaux amendements...

J'en viens à l'amendement que j'ai déposé à temps pour permettre à tous mes collègues, à la commission et au Gouvernement de l'examiner.

L'un des arguments le plus souvent avancés en faveur de la convergence tarifaire entre les hôpitaux et les cliniques privées, *via* le passage à 100% de tarification à l'activité, la T2A, repose sur une comparaison des coûts de prise en charge des patients. Mais cet argument est biaisé.

D'abord, les types de pathologies prises en charge par les hôpitaux publics et la diversité des catégories de patients accueillis, du point de vue tant de la lourdeur de leur pathologie que de leurs difficultés sociales, donnent à l'hôpital un rôle beaucoup plus large que celui qui consiste à être un simple lieu de délivrance de soins.

De plus, les honoraires des médecins sont inclus dans la tarification des actes hospitaliers, mais ne le sont pas dans les prix des cliniques privées.

Aussi, si l'on doit rapprocher le mode de fonctionnement des hôpitaux publics de celui des établissements privés à but lucratif, cette convergence doit également pouvoir s'effectuer dans l'autre sens, en imposant aux cliniques privées d'inclure dans leur tarification les coûts des honoraires des médecins libéraux qui y exercent.

C'est ce que nous vous proposons avec cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Toutes les études sur la convergence intégrant évidemment cette particularité, la commission est défavorable à cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Comment les études peuvent-elles comparer le prix de l'acte dans les cliniques privées et celui des actes des médecins libéraux ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. J'ai déjà répondu à cela !

M. Jean Desessard. Les études sont-elles sérieuses ? Comment sont-elles réalisées ? À la louche ? Est-ce que l'on fait des estimations, des moyennes ? Une consolidation du coût des actes et de l'ensemble des services assurés par les médecins libéraux et tarifés a-t-elle été réalisée ?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Desessard, l'ATIH, l'Agence technique pour l'information hospitalière, établit un rapport régulier sur la T2A. J'ai remis ce rapport à ceux de vos collègues de l'Assemblée nationale qui m'en avaient fait la demande lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale et je vous le donnerai bien entendu sans aucune difficulté. Vous pourrez ainsi constater les écarts qui existent entre les établissements publics et privés, et qui sont très largement en faveur de l'hôpital public, ce qui est bien normal.

M. Jean Desessard. Alors, pourquoi ne pas le mettre dans la loi ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 137.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Articles additionnels après l'article 3
(précédemment réservés)

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

L'amendement n° 215, présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 3, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« Art. L. 6152-7. - Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il est interdit aux praticiens hospitaliers à titre permanent d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

« Les modalités d'application de cet article sont fixées par voie réglementaire. »

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. L'objet de cet amendement est simple : il vise à créer une clause de non-concurrence temporaire à l'égard des médecins au profit du service public hospitalier.

Une telle clause existe dans beaucoup d'autres professions, et je m'étonne de ne pas la voir appliquée aux médecins hospitaliers démissionnaires pendant un délai d'au moins deux ans.

M. le président. L'amendement n° 318, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevê, 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 l'article 3, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de 2 ans suivant leur démission, il est interdit aux praticiens hospitaliers à titre permanent d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires. Les modalités d'application de cet article sont fixées par voie réglementaire.

La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou.

M. Jean-Jacques Mirassou. Cet amendement est de la même inspiration que le précédent. Il a lui aussi pour objet de permettre l'introduction d'une disposition visant à protéger le service public hospitalier en cas de démission de praticiens hospitaliers contre une concurrence « déloyale » de ces derniers, qui seraient tentés d'ouvrir un cabinet libéral ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé de biologie médicale ou une officine de pharmacie.

Il convient de noter que le code de déontologie médicale admet une restriction au principe de liberté d'installation des médecins afin de les protéger de la concurrence déloyale que pourrait leur faire un autre confrère. Or, en l'état, le service public hospitalier ne bénéficie d'aucune protection de cette nature, alors que le risque évoqué est tout à fait évident.

J'ajoute que les situations de démission de praticiens hospitaliers au profit de structures concurrentes sont d'autant plus problématiques que les établissements privés qui les recrutent sont, eux, protégés par des clauses de non-concurrence.

M. le président. L'amendement n° 401, 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 l'article 3, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« Art. L. ... - Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il est interdit aux praticiens hospitaliers titulaires d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyse de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dont ils sont démissionnaires.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de cet article. »

La parole est à Mme Mireille Schurch.

Mme Mireille Schurch. Les cliniques privées sont aujourd'hui plus que tentées de débaucher des médecins hospitaliers, notamment lorsqu'ils ont des spécialités chirurgicales, en faisant de l'argument financier le principal moteur de ce débauchage.

Or nous connaissons un déficit de médecins hospitaliers en raison du *numerus clausus* ou encore du nombre important de départs à la retraite. C'est d'ailleurs en partie pour cette raison que les hôpitaux recrutent des médecins étrangers, auxquels, de surcroît, ils versent des salaires moins élevés qu'aux médecins français.

Aujourd'hui, les CHU forment des internes et des chefs de clinique et cette formation est reconnue par tous comme étant de qualité.

Les cliniques privées ne s'y trompent pas : elles n'hésitent pas à approcher ces praticiens hospitaliers en leur faisant miroiter des salaires attractifs et des dépassements d'honoraires très rentables. C'est une véritable saignée de l'hôpital public qui est ainsi organisée.

Si rien n'est fait, c'est la garantie d'une mort programmée de l'hôpital public, car il est sous-financé, les salaires n'y sont pas suffisamment élevés et les conditions de travail y sont dégradées.

Afin de prévenir une pénurie de praticiens hospitaliers dans nos hôpitaux publics, il convient de les protéger de toute concurrence déloyale avec les cliniques privées.

Le principe d'une protection contre toute concurrence déloyale constitue déjà une dérogation au principe de libre installation des médecins.

Les établissements de santé privés sont, eux aussi, protégés par des clauses de non-concurrence. De manière générale, ces clauses de non-concurrence existent dans les entreprises, mais je n'ai pas l'impression, madame la ministre, que vous les considériez comme « se heurtant aux principes généraux de la liberté d'entreprendre et de la liberté du travail ».

Lorsqu'il est question du secteur privé, les clauses de non-concurrence destinées à lutter contre toute concurrence déloyale ne semblent guère vous gêner. En revanche, elles semblent impossibles à mettre en œuvre quand il s'agit de protéger l'hôpital public.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est pas une entreprise !

Mme Mireille Schurch. Nous demandons donc, par cet amendement, que si un praticien hospitalier démissionne, il ne puisse pas, pendant deux ans, ouvrir un cabinet privé ou exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyse de biologie médicale ou une officine de pharmacie.

M. le président. L'amendement n° 598 rectifié *ter*, présenté par MM. Chevènement, Marsin, Mézard, Milhau, Vall et Charasse, est ainsi libellé :

Après l'article 3, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6152-5 du code la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 qui démissionnent de leurs fonctions ne peuvent, durant une période de deux ans suivant leur démission, ouvrir un cabinet privé ou exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie situés dans le même territoire de santé, au sens de l'article L. 1434-14, ou dans le même secteur que l'établissement public de santé où ils étaient affectés. Les modalités d'application de cet article sont fixées par voie réglementaire. »

La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement.

M. Jean-Pierre Chevènement. Cet amendement a un objet similaire à celui des amendements précédents, à commencer par celui de M. Jean-Marie Vanlerenberghe : il vise à établir une clause de non-concurrence pour les praticiens démissionnant d'un établissement public, comme il en existe déjà pour les médecins exerçant en libéral ou les praticiens du secteur privé. C'est là une mesure de bon sens.

En réalité, tous ces amendements n'en forment qu'un seul. Je retire donc mon amendement, monsieur le président, au profit de celui de M. Vanlerenberghe.

M. le président. L'amendement n° 598 rectifié *ter* est retiré.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je tiens tout d'abord à vous rappeler, mes chers collègues, que j'avais présenté, en tant que rapporteur, le même amendement. Je considérais, en effet, qu'il pouvait s'avérer utile d'instaurer une clause de non-concurrence à l'égard des praticiens hospitaliers.

Mais les explications, très claires, de Mme la ministre m'avaient convaincu : instaurer une clause de non-concurrence de deux ans pour les praticiens hospitaliers – il est question des seuls praticiens hospitaliers, en aucun cas des internes et des chefs de clinique, qui, eux, pourront toujours exercer dans l'établissement de leur choix – dissuaderait les chefs de clinique et les internes de devenir praticiens hospitaliers et les inciterait à partir directement dans le privé.

J'avais donc retiré mon amendement. Comme il a été repris, je n'ose pas demander aux auteurs de ces quatre amendements de les retirer, mais je donne un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Plusieurs arguments militent contre ces amendements. Certains sont de nature juridique.

Tout d'abord, une telle disposition porte atteinte aux principes constitutionnels que sont la liberté d'entreprendre et la liberté du travail. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Selon la jurisprudence constante de la Cour de cassation, les clauses de non-concurrence ne sont licites que pour autant qu'elles s'avèrent indispensables à la protection des intérêts légitimes de l'entreprise – or l'hôpital n'est pas une entreprise – et qu'elles sont limitées dans le temps et l'espace.

De plus, ces clauses doivent être assorties de contreparties financières. Ces quatre amendements pourraient donc tomber sous le coup de l'article 40 de la Constitution, puisqu'ils devraient prévoir une contrepartie financière : telle est la jurisprudence constante, qui a été rappelée par le Conseil d'État.

En outre, il est difficile, voire impossible, d'invoquer la protection des intérêts légitimes d'un établissement public de santé, car il ne possède pas de clientèle. Il est assez curieux de voir invoquer sur ces travées une clause qui

relève du droit privé et du droit commercial, alors que – et à juste titre – nous n'avons eu de cesse de répéter qu'un hôpital n'est pas une entreprise.

M. François Autain. C'est vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les règles de l'entreprise ne peuvent donc pas lui être appliquées. Chacun, ici, en sera d'accord.

M. le rapporteur a également employé des arguments de fond : instaurer des restrictions de ce type dissuaderait davantage encore – ce qui irait à l'encontre de l'objectif poursuivi – les jeunes praticiens de se porter candidats à des postes au sein de l'hôpital public.

Les jeunes praticiens qui s'installent ou exercent dans un centre hospitalier universitaire à rayonnement régional se verront, s'ils décident de quitter l'hôpital public, empêchés d'exercer dans des secteurs extrêmement importants, étant donné le rayonnement régional, voire, parfois, interrégional des centres hospitaliers universitaires, sans parler du rayonnement de la structure hospitalière Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui est encore beaucoup plus grand.

Je veux ajouter un point important, de nature à rassurer nombre d'entre vous, mesdames, messieurs les sénateurs, notamment les auteurs de ces amendements : le projet de loi vise à étendre la compétence de la commission de déontologie des fonctionnaires aux praticiens hospitaliers quittant le service public hospitalier.

Par conséquent, pour des raisons juridiques, pour des raisons pratiques – assurer l'attractivité de l'hôpital public – et parce que la commission de déontologie étendra sa compétence aux praticiens hospitaliers quittant le service public hospitalier, le Gouvernement est défavorable à ces quatre amendements.

M. le président. Mes chers collègues, pour la clarté du débat, je propose que les explications de vote portent sur les trois amendements restant en discussion, car ils ont une finalité commune.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Mme la ministre vient d'exposer un certain nombre d'arguments, mais il faut raison garder : les chirurgiens – ce sont essentiellement eux qui sont visés, me semble-t-il – sont formés dans les CHU ; ils sont internes, chefs de cliniques, et peuvent quelquefois, pour perfectionner leur formation, occuper des postes de praticiens hospitaliers.

Si une telle clause de concurrence était instaurée, les médecins, notamment les chirurgiens, ne pourraient pas s'installer dans la ville où ils ont fait leurs études et où ils ont déjà exercé pendant de nombreuses années

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Absolument !

M. Gilbert Barbier. Les médecins intégrant l'hôpital général après leur clinicat seraient-ils donc condamnés à y rester jusqu'à la fin de leur carrière ?

Plusieurs sénateurs des groupes socialiste, CRC-SPG et RDSE. Mais non ! Seulement pendant deux ans !

M. Gilbert Barbier. Mme la ministre l'a dit, ils risquent donc, avant même de choisir la carrière hospitalière, d'opter immédiatement pour le privé. Les médecins, notamment les chirurgiens, qui, formés dans notre pays, choisiront l'hôpital public se feront donc encore plus rares.

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

M. Gilbert Barbier. Personnellement, je n'ai aucun problème pour parler de la clause de non-concurrence. Je suis praticien hospitalier, je l'ai été pendant toute ma carrière et je n'ai jamais eu de clientèle privée à l'hôpital. C'est un choix que j'ai fait, et que d'autres chirurgiens font.

Toutefois, à un moment donné, les médecins hospitaliers peuvent souhaiter, pas forcément pour des raisons pécuniaires, d'ailleurs, aller travailler dans le privé, notamment parce qu'ils sont amenés à assumer dans les hôpitaux des gardes répétitives qui s'ajoutent à des conditions de travail très difficiles. À mon avis, une telle mesure ne fera qu'accroître la désaffection des spécialistes d'ores et déjà constatée dans nos hôpitaux régionaux.

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

M. Jean-Jacques Mirassou. L'avis émis par Mme la ministre sur ces amendements et les remarques que vient de formuler notre collègue ne nous convainquent pas du tout.

M. François Autain. Eh oui !

M. Jean-Jacques Mirassou. Leurs arguments sont du reste faciles à écarter.

On évoque ainsi le risque pesant sur la démographie médicale. Mais personne ne nous fera croire aujourd'hui que les CHU sont implantés dans des déserts démographiques ! Les médecins qui auront démissionné ne rencontreront donc assurément aucune difficulté pour s'installer dans des zones plus attractives.

Par ailleurs, pour en revenir au concept de « l'hôpital entreprise », rappelons-nous que la formation d'un interne ou d'un chef de clinique coûte très cher à la communauté hospitalière. Si celui-ci quitte l'hôpital à la première occasion, il n'y a aucun « retour sur investissement ».

M. Gilbert Barbier. De tels propos sont scandaleux !

M. Jean-Jacques Mirassou. Force est de constater que les arguments qui ont été avancés ne tiennent pas.

La quasi-totalité des praticiens amenés à exercer à titre libéral prennent le soin de préciser sur leurs plaques professionnelles qu'ils ont été soit internes, soit chefs de clinique, soit chefs de service. Autrement dit, le fait d'avoir passé un moment suffisamment long à l'hôpital permet de valoriser ses compétences et, au passage, d'enrichir sa carte de visite.

Pour toutes ces raisons, nous voterons l'amendement n° 215, sur lequel nous demandons un scrutin public.

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

M. Bernard Cazeau. Madame la ministre, vos explications longues et alambiquées, loin de me convaincre, m'ont, au contraire, confirmé que tout est fait aujourd'hui pour vider l'hôpital de ses forces vives.

Les internes et les chefs de clinique qui se seront formés à l'hôpital public pourront terminer leurs carrières dans le secteur privé, dont ils apprécieront l'intérêt financier. Quant aux praticiens hospitaliers qui ne souhaitent pas rester dans le secteur public, ils commenceront par se constituer leur clientèle, au détriment de celui-ci, avant d'aller exercer à quelques encablures de là.

Ce problème s'inscrit parfaitement dans le débat que nous évoquions lors de la discussion générale.

M. Jean-Jacques Mirassou. Exactement !

M. Bernard Cazeau. On est en train de procéder à un transfert du public vers le privé : à terme, irrémédiablement, le transfert des forces vives et expérimentées s'opérera vers le secteur privé, plus lucratif.

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

M. Jean-Pierre Chevènement. Madame la ministre, ne tournons pas autour du pot : c'est une question non pas de libéralisme, mais de déontologie. Quand un policier quitte la police nationale, il n'a pas le droit de créer une société de sécurité pendant cinq ans !

À cet égard, le délai de deux ans que nous proposons pour les praticiens hospitaliers me semble raisonnable : c'est loin d'être une interdiction à perpétuité !

Mme Annie David. Absolument !

M. Jean-Pierre Chevènement. Tout le monde comprend qu'il s'agit de préserver l'autorité de l'hôpital public face à ce qui pourrait s'apparenter à un dévoiement.

C'est la raison pour laquelle nous soutenons les amendements n°s 215, 318 et 401.

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

M. François Autain. Madame la ministre, j'avoue ne pas très bien comprendre votre raisonnement. Quand nous vous proposons des mesures de nature à revaloriser les conditions de travail et de rémunération des médecins travaillant à l'hôpital, dans le but, précisément, de les retenir dans le secteur public pour éviter qu'ils ne le quittent et aillent travailler dans le privé, vous nous opposez une fin de non-recevoir au motif que de telles mesures seraient contreproductives.

Lorsque nous vous soumettons ensuite des dispositions protectrices destinées à empêcher un médecin qui part exercer dans un établissement privé d'entrer en concurrence avec l'hôpital dont il est démissionnaire, vous invoquez le statut de l'hôpital, en faisant valoir que celui-ci n'est pas une entreprise. Quel paradoxe, madame la ministre, car c'est, me semble-t-il, à cette seule occasion que vous vous rappelez que l'hôpital n'est pas une entreprise ! (*Marques d'approbation sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Notre argumentation a donc finalement porté. Mais, aujourd'hui, vous reprenez cet argument pour justifier votre refus de contraindre les praticiens hospitaliers à s'engager de ne pas quitter l'établissement public pour une clinique privée, afin de ne pas rentrer en concurrence avec celui-ci.

Je trouve vos arguments irrecevables. C'est la raison pour laquelle nous devons soutenir et voter l'amendement n° 215 ! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et sur plusieurs travées du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Michel Charasse, pour explication de vote.

M. Michel Charasse. Je comprends et, même, je partage l'intention des auteurs des amendements n°s 215, 318 et 401. Pourtant, je souhaiterais appeler leur attention, et celle de tous nos collègues, sur les difficultés que pourrait soulever le texte qu'ils visent à insérer, s'il est adopté, auprès du Conseil constitutionnel, s'il est saisi, et ce compte tenu de la rédaction commune des trois amendements.

Nous sommes dans un État de droit, fondé sur de grands principes, dont celui de la liberté du travail. Les interdictions d'exercer une profession sont rares – M. Chevènement a

rappelé un cas tout à l'heure –, et, étant des exceptions, justement, à la liberté du travail, elles sont évidemment de « droit étroit ».

Elles doivent donc avoir une portée limitée et surtout pas générale; elles doivent aussi être motivées par d'impérieuses nécessités d'ordre public ou, par exemple, le souci d'éviter le mélange des genres comme dans les cas qui relèvent de la Commission de déontologie de la fonction publique, dont on parle beaucoup ces jours-ci. Cette dernière examine, vous le savez, la situation de certains hauts fonctionnaires au regard des règles de déontologie qui s'imposent pour préserver l'intérêt public en cas de passage du public au privé; c'est le cas de M. Péro ou du futur président de France Télécom.

Mes chers collègues, à mon sens, ces amendements devraient être rédigés différemment, surtout parce qu'il est écrit dans leurs textes: « [...] où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires. » Si un tel article est inséré dans le projet en discussion, le praticien hospitalier qui voudra partir dans un autre établissement et qui n'entrera pas en concurrence directe avec celui dont il est démissionnaire aura quand même l'interdiction de travailler. Cela donnera lieu à des contentieux et pourra être interprété par le Conseil constitutionnel comme constituant une interprétation de portée générale, qui ne videra pourtant que quelques cas particuliers.

Si j'étais arrivé un peu plus tôt – mais l'avion a eu du retard, je le regrette! –, j'aurais proposé un sous-amendement pour remplacer les termes « il est interdit » par les mots « il peut être interdit », dans la mesure où, je le répète, les auteurs des trois amendements renvoient, dans la suite de la phrase, à l'hypothèse « où ils puissent rentrer en concurrence directe ».

Autrement dit, si le praticien hospitalier souhaite travailler dans un établissement où il rentre en concurrence directe avec son établissement d'origine, on lui interdit de travailler pendant deux ans. Mais, si tel n'est pas le cas, il n'y a aucune raison, sauf à vouloir supprimer une liberté, de lui interdire de travailler.

Mes chers collègues, je souhaiterais donc que vous acceptiez de modifier les amendements n^{os} 215, 318 et 401, en remplaçant « il est interdit » par « il peut être interdit », puisque l'expression « où ils puissent rentrer en concurrence directe », que vous employez dans vos amendements, revient à dire qu'il n'y a pas de raison d'interdire de travailler à un médecin hospitalier qui n'entre pas en concurrence avec son ancien établissement.

Car si l'article devait être inséré en l'état, le Conseil constitutionnel pourrait trouver que, sur ce point, il n'est pas conforme à la Constitution. En revanche, si vous acceptez ma proposition, il n'y a plus de problème en ce qui concerne ma position au moment du vote. Mais si la rédaction actuelle perdure, je considère que c'est une mesure vexatoire et générale, inconstitutionnelle et liberticide, puisqu'elle s'applique même dans les cas où le départ du médecin ne pose aucun problème particulier de concurrence déloyale.

M. Jean Desessard. Ce n'est pas ce qui est demandé!

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. J'ai parfaitement compris les explications de M. Charasse, et je ne vois d'ailleurs pas d'inconvénient à rectifier mon amendement dans le sens qu'il a suggéré.

L'objectif n'est pas d'interdire à tout jamais à un médecin hospitalier de pouvoir franchir le Rubicon et d'aller travailler dans le privé. Je partage la position de Mme la ministre: la liberté de circulation est un principe que nous devons respecter.

Néanmoins, si nous tenons à conserver un service public hospitalier, il convient d'être exigeants et de prévoir un certain nombre de clauses protectrices, lesquelles existent dans toutes les professions. M. Chevènement a cité tout à l'heure le domaine de la sécurité, mais il y aurait bien d'autres exemples. Certes, dans certains secteurs, les clauses de déontologie ne sont pas appliquées, mais c'est une autre histoire...

En l'espèce, nous nous devons de veiller au respect de la déontologie à l'hôpital, tant les fonctions qui y sont exercées sont exigeantes sur le plan humain.

Monsieur le président, suivant les remarques de M. Charasse et soucieux de nous prévenir contre tout risque d'inconstitutionnalité, j'accepte de rectifier l'amendement n^o 215, en remplaçant les mots « il est interdit » par « il peut être interdit ».

M. Jean Desessard. Mais qui sera chargé de juger?

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n^o 215 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, et ainsi libellé:

Après l'article 3, insérer un article additionnel ainsi rédigé:

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

« *Art. L. 6152-7.* - Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers à titre permanent d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

« Les modalités d'application de cet article sont fixées par voie réglementaire. »

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

M. Gérard Dériot. Je trouve tout de même un peu curieux que l'on se mette aujourd'hui à vouloir protéger le service public hospitalier avec une interdiction d'installation, se limitant certes à deux ans suivant la démission, mais s'appliquant à des professions qui ne sont soumises, à l'origine, à aucune réglementation en la matière.

En effet, les professionnels concernés peuvent s'installer où ils le veulent. Seules les officines de pharmacie échappent à cette règle, mais il faudrait qu'un pharmacien d'hôpital ait un sacré coup de chance pour que soit mise en vente une pharmacie se trouvant juste à côté de l'hôpital dans lequel il exerce. C'est pratiquement impossible!

S'agissant des autres professions, rien n'interdit à un médecin, un dentiste ou un laboratoire d'analyses médicales de choisir un lieu d'installation le faisant rentrer en concurrence directe...

M. Jean-Jacques Mirassou. Mais si! La déontologie l'interdit!

M. Gérard Dériot. Quelle déontologie? Ce ne sont que des mots! La loi ne pose aucune interdiction!

Dès lors, je ne vois pas comment on pourrait instaurer une interdiction d'installation du seul fait de rentrer en concurrence directe. Que recouvrent ces termes et où s'arrête cette « concurrence directe » ? Il est des situations bien connues et je suppose, monsieur Cazeau, que vous en avez fait l'expérience. Certains de vos clients habitaient sans doute à 25, 30, voire 40 kilomètres de votre cabinet et cette distance ne les empêchait pas de venir vous consulter, car ils vous reconnaissaient comme un praticien de grande qualité, ce dont je ne doute absolument pas.

Donc, comment définir la concurrence directe ? C'est impossible ! Dès lors, il est totalement anormal d'imposer une clause de non-concurrence, même limitée à deux ans.

Par ailleurs, d'autres l'ont dit avant moi, ce serait le meilleur moyen pour réduire à néant les installations de médecins ou d'autres professions médicales dans certaines zones.

M. Bernard Cazeau. Il n'y en a déjà plus !

M. Gérard Dériot. Il y en a encore ! Du reste, nous en avons fait la démonstration dans le département de l'Allier. J'ai soumis au conseil général des propositions, qui ont d'ailleurs été votées par Mme Schurch, et le dispositif instauré a porté ses fruits.

En revanche, chers collègues, vous pouvez être sûrs qu'aucun d'entre eux ne viendrait s'installer dans des lieux où serait mise en place une telle clause. Certains souhaitent prendre cette responsabilité. Réfléchissez aux conséquences d'une telle décision : chacun d'entre nous, un jour ou l'autre, sur son territoire, sera concerné ! Il faut absolument éviter cette clause de non-concurrence !

M. le président. La parole est à M. Michel Mercier, pour explication de vote.

M. Michel Mercier. Je comprends très bien l'intention des auteurs de ces amendements, qui visent à protéger l'hôpital public. Mais il faut aussi respecter la liberté de tous, y compris celle des médecins.

Ce qui m'inquiète, c'est la rédaction du dispositif proposé : « Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être – ou il est – interdit aux praticiens hospitaliers à titre permanent d'ouvrir un cabinet privé [...] où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires. »

Le choix du médecin est donc simple : s'il démissionne, il doit quitter la région ! (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Chers collègues, je prends le texte tel qu'il est écrit : « concurrence directe » signifie partout où le médecin fera concurrence à l'établissement public.

Mme Annie David. Ce sera défini par décret !

M. Michel Mercier. Il devra donc aller en dehors de la zone de chalandise de l'établissement, ce qui l'obligera à quitter la ville où il réside.

Je voudrais que l'on m'explique comment respecter ces deux libertés, celle de changer d'activité et celle de rester là où l'on a choisi d'habiter. Même si cette question peut paraître légère à certains d'entre nous, choisir librement son lieu de vie est une liberté publique fondamentale, à laquelle je suis très attaché. Envisager qu'une personne ne puisse plus travailler là où elle a choisi de s'installer me semble curieux.

Bien entendu, il est parfaitement possible de continuer à exercer une activité privée au sein de l'hôpital public, même si la part de l'activité privée se réduit progressivement au bénéfice de celle de l'activité publique. Cela ne pose de problème à personne !

Par ailleurs, de très nombreux praticiens exercent à temps partiel, réalisant une partie de leur activité à l'hôpital public et une autre en établissement privé. Du reste, cela permet à un nombre assez important d'établissements de pouvoir continuer à vivre.

J'ajoute que certaines des dispositions votées dans le cadre de ce projet de loi organisent le partenariat entre les établissements de santé publics et privés. Ces amendements seraient donc quelque peu en contradiction avec des mesures déjà adoptées, puisqu'ils rendraient impossible l'appartenance à la fois à l'hôpital public et à l'hôpital privé, au motif d'une concurrence automatique.

Je pense donc que cette affaire mériterait une étude plus approfondie.

Mme Annie David. Le praticien doit être démissionnaire ! Il peut exercer dans les deux types de structures !

M. Michel Mercier. Si je comprends bien, dès lors que l'on ne démissionne pas, le fait d'entrer en concurrence n'est pas grave...

Il me semble tout de même que certaines réalités doivent s'imposer à chacun d'entre nous. Une personne doit pouvoir choisir l'endroit où elle vit et y travailler dans des conditions acceptables pour tous. Il faut également tenir compte des possibilités de partenariat.

J'aimerais donc que M. Vanlerenberghe modifie son amendement, même si la rectification qu'il a acceptée apporte déjà une amélioration sensible. En utilisant l'expression « il peut » être interdit, on laisse au pouvoir réglementaire toute latitude pour définir les cas impliquant une interdiction, ce qui, d'ailleurs, annule pratiquement la portée de l'amendement.

M. Alain Vasselle. Il faut le retirer !

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Je partage totalement les propos de M. Mercier. En particulier, s'agissant de la coopération entre les secteurs public et privé, nous avons effectivement voté, à l'article 8, des dispositions permettant à un établissement public de santé, lorsqu'il en a besoin, de faire appel au secteur privé. Les chirurgiens libéraux, les médecins, les sages-femmes, les odontologistes, etc. peuvent ainsi venir apporter leur aide. Chers collègues, pensez-vous véritablement que nous obtiendrons cette collaboration, que nous appelons de nos vœux, en faisant peser ce type de menaces sur l'ensemble des professionnels du secteur médical ?

Par conséquent, à l'instar de notre rapporteur et ayant pleinement conscience de l'enjeu, je souhaite que les auteurs de ces amendements les retirent. À défaut, certaines parties de ce projet de loi que nous avons déjà votées n'auraient plus de sens puisqu'aucune collaboration ne serait plus possible entre les secteurs public et privé. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. François Autain. Ce n'est pas une collaboration !

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Je reviendrai non pas sur le fond, mais sur la précision de M. Charasse. Si nous utilisons l'expression « il peut être interdit », nous risquons de rendre la loi « bavarde ».

Qui décidera de l'interdiction ? Le directeur de l'hôpital ne s'en chargera pas, arguant du fait qu'il ne peut rien faire puisque la loi ne prévoit aucune mesure. Si nous laissons la décision à autrui, nous nous serons simplement fait plaisir en inscrivant dans la loi une disposition qui ne s'appliquera pas.

M. Alain Vasselle. Le retrait s'impose !

M. Jean Desessard. Il faut conserver l'amendement n° 215 rectifié, mais sans la rectification.

M. le président. La parole est à M. Robert del Picchia, pour explication de vote.

M. Robert del Picchia. Quelle autorité interdira ?

M. Michel Charasse. Celle qui accepte la démission !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* L'hôpital !

M. Robert del Picchia. Et qui déterminera qu'il y a concurrence directe ?

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* Le juge !

M. Robert del Picchia. L'expression « peut interdire » signifie que l'interdiction peut ou non s'appliquer. La loi doit être claire !

Il serait souhaitable de retirer l'amendement.

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

M. Alain Milon, *rapporteur.* Le président Nicolas About et moi-même avons écouté avec beaucoup d'intérêt l'ensemble des interventions. Si certains propos ont été très enrichissants, d'autres, tels que ceux de M. Mirassou, ont été vexatoires pour les internes et les chefs de clinique.

Prétendre que les internes et les chefs de clinique coûtent cher est inadmissible. C'est ignorer les services que ces professionnels rendent au sein de l'hôpital et les salaires qu'ils perçoivent ! (*Vifs applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean-Jacques Mirassou. Je parlais de leur formation !

M. Alain Milon, *rapporteur.* À la demande de la commission des affaires sociales, j'ai élaboré, l'année dernière, un rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France. Dans le cadre de ces travaux, j'ai rencontré de nombreux internes et chefs de clinique, des jeunes d'une trentaine d'années.

En vous écoutant, monsieur Mirassou, je me remémorais en particulier un chef de clinique qui travaillait sur les greffes de foie à l'hôpital Saint-Antoine, avec le professeur Tîret. En dernière année de clinicat, il était rémunéré 1 700 euros par mois.

Bien qu'il fût contacté par de nombreuses entreprises privées, ce jeune spécialiste de la greffe du foie avait l'intention de continuer à travailler, pendant encore un à trois ans, pour l'hôpital public afin de poursuivre sa formation, obtenir le titre de praticien hospitalier et rester aux côtés de son patron. Si ce jeune homme, qui est pratiquement l'un des seuls de cet âge-là sur Paris à pratiquer des greffes de foie, sait qu'on lui interdira de quitter l'hôpital au bout de trois ans, il ira directement dans le privé.

Ainsi, mes chers collègues, en optant pour un tel dispositif, vous privez le secteur public d'hommes et de femmes de grande qualité, qui iront directement dans le secteur privé. Ne faites surtout pas cela : c'est dangereux ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* M. le président About, M. le rapporteur, M. Mercier et d'autres encore ont développé des arguments tout à fait intéressants. Je reconnais aux auteurs des amendements le souci de préserver l'hôpital public, mais je veux revenir sur un certain nombre de points.

Dans mon intervention, j'ai indiqué que les mesures proposées étaient contraires aux décisions du Conseil constitutionnel – Michel Charasse l'a également souligné – et du Conseil d'État. Par ailleurs, je n'ai pas voulu invoquer l'article 40, mais une charge supplémentaire serait imposée aux hôpitaux publics, afin de compenser l'interdiction de s'installer.

Si j'en crois la teneur des débats, ce dispositif créerait beaucoup plus de problèmes qu'il n'en résoudrait. Comme M. del Picchia l'a très bien dit, l'utilisation des termes « il peut être interdit », au motif d'apporter une simplification, engendre une réelle difficulté : cela est interdit ou cela ne l'est pas !

M. Michel Charasse. C'est interdit s'il y a concurrence !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Par ailleurs, un problème d'interprétation se poserait : qu'est-ce que la concurrence ? À quel praticien hospitalier s'appliquerait-elle ?

La concurrence peut effectivement exister pour certaines catégories de praticiens hospitaliers. Mais on voit mal comment un pharmacien exerçant dans une pharmacie à usage intérieur pourrait, demain, entrer en concurrence avec l'hôpital public. Un anesthésiste réanimateur, avec tout le respect que je porte à cette fonction, peut quitter l'hôpital public sans rentrer en concurrence avec ledit établissement. Ce travail d'évaluation sera ingérable !

Comment, à quel niveau et sur quel territoire géographique s'exerce la concurrence ?

Le praticien appartenant à un petit hôpital et celui qui exerce dans un CHU se verront attribuer des zones géographiques plus ou moins étendues. Les différences de rayonnement des établissements induiront donc une inégalité de traitement considérable entre les praticiens quand il s'agira de déterminer le périmètre sur lequel s'exerce la concurrence.

Qui sera juge en la matière ? Imaginez-vous le nid à contentieux que nous créerions ? Il faudra mener une analyse de la concurrence et de la non-concurrence et, pratiquement, chaque départ de praticien hospitalier aboutira devant le tribunal administratif.

M. Jean Desessard. Comme pour les licenciements économiques !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* M. Chevènement a établi une comparaison avec les policiers. Or, avec tout le respect que je dois à cette profession, on ne saurait comparer un policier et un praticien hospitalier, d'une part, parce que ce dernier a fait quinze ans d'études, d'autre part, et surtout, parce qu'il pratique toujours le même métier, qu'il exerce dans un hôpital public ou dans une clinique privée. Le policier, en revanche, peut exercer plusieurs métiers selon les cas et passer d'une fonction régaliennne, lorsqu'il appartient à la police nationale, à la pratique du renseignement économique ou familial lorsqu'il exerce au sein d'une officine de police privée.

Enfin, le cas des praticiens à temps partiel – ceux du privé qui exercent à mi-temps à l'hôpital public et ceux de l'hôpital public qui exercent à mi-temps dans le privé – entraînera des difficultés considérables : les mesures présentées auront pour conséquence de priver le système de souplesse.

Je comprends le souci des auteurs de cet amendement. Mais le dispositif qu'ils souhaitent mettre en place, outre le fait que ses fondements juridiques ne sont pas avérés, créera des problèmes en termes de financement des établissements et de traitement des dossiers au cas par cas. Enfin, et je maintiens cet argument, il risque de faire fuir les praticiens hospitaliers de l'hôpital public. Or c'est précisément ce que nous voulons éviter.

Pour toutes ces raisons, je demande aux auteurs de l'amendement, malgré la sincérité de leurs intentions, de bien vouloir le retirer. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP.)*

M. le président. Monsieur Vanlerenberghe, l'amendement n° 215 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je comprends vos arguments, madame la ministre. Mais, comme l'indiquent les termes « il peut être interdit », cet amendement vise simplement à autoriser un établissement hospitalier à signer avec les praticiens des contrats dans lesquels peut figurer ou non une clause de non-concurrence. Une telle clause est prévue pour de nombreux organismes, professions et entreprises : on l'accepte ou on la refuse !

M. le rapporteur a avancé un argument tout à fait recevable selon lequel cette disposition risquait de priver l'hôpital public de talents. Je ne pense pas, pour ma part, qu'une clause de non-concurrence restreignant pendant deux ans seulement la liberté d'installation des praticiens puisse avoir un tel résultat. Cet amendement, tel qu'il a été rectifié sur la suggestion de M. Charasse, ne prévoit rien de plus qu'une simple possibilité d'insérer dans les contrats une clause de non-concurrence. L'argumentation développée est donc nulle et non avenue !

Par conséquent, je maintiens cet amendement. *(Mme la ministre s'exclame.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 215 rectifié.

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

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° 166 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	339
Majorité absolue des suffrages exprimés	170
Pour l'adoption	176
Contre	163

Le Sénat a adopté. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du RDSE.)*

En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 3, et les amendements n° 318 et 401 n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 41, présenté par Mme Payet, est ainsi libellé :

Après l'article 3, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le sixième alinéa du I de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé sur la base d'honoraires respectant les tarifs conventionnés, notamment pour :

« - permettre le traitement des urgences par les maisons de santé sur une plage horaire la plus large possible ;

« - développer au sein ou en partenariat avec les maisons de santé des missions de santé publique (prévention et éducation à la santé) ;

« - et, dans les zones définies comme déficitaires ou fragiles en offre de soins, créer et maintenir des maisons de santé. »

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

Mme Anne-Marie Payet. Cet amendement vise à recourir davantage aux maisons pluridisciplinaires de santé, notamment pour maintenir et développer l'offre de soins de premiers recours dans les secteurs définis comme déficitaires ou fragiles, et ce pour garantir une offre optimale sur l'ensemble du territoire.

La réalisation de cet objectif passe par l'élargissement des plages horaires d'ouverture des maisons de santé au public, le développement de missions de santé publique au sein de ces maisons de santé par l'État, les collectivités locales et les organismes d'assurance sociale, ainsi que la création de maisons de santé sur fonds publics, là où l'offre de soins est déficitaire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les dispositions proposées, outre le fait qu'elles ne sont pas d'ordre législatif, sont déjà satisfaites par les principes énoncés à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

Je demande donc à Mme Payet de bien vouloir retirer son amendement. À défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La volonté exprimée par Mme Payet d'améliorer l'accès aux soins grâce au développement des maisons de santé, financées par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, correspond tout à fait à l'une des priorités que j'ai défendues à l'occasion du débat sur la loi de financement de la sécurité sociale. Je vous invite donc, madame la sénatrice, à vous reporter à ce texte : vous y trouverez plusieurs dispositions qui répondent à vos préoccupations et pourront d'ailleurs être parfaites dans la future loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

En tout état de cause, le véhicule législatif adéquat ne peut être une loi d'organisation, c'est pourquoi je vous serais très reconnaissante de bien vouloir retirer votre amendement, tout à fait pertinent sur le fond.

M. le président. Madame Payet, maintenez-vous l'amendement n° 41 ?

Mme Anne-Marie Payet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 41 est retiré.

**Article additionnel après l'article 7
(précédemment réservé)**

M. le président. L'amendement n° 442, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 7, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre IV du titre V du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est abrogé.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement vise à supprimer les dispositions du code de la santé publique autorisant les praticiens hospitaliers à temps plein à exercer une activité libérale au sein des établissements publics de santé, laquelle ne doit toutefois pas représenter plus de 20 % de leur activité totale.

Nous souhaitons la suppression de cette possibilité parce qu'elle nous semble contraire à l'éthique. Elle a même pu donner lieu à des abus parfaitement immoraux. Certes, elle ne concerne que 4 400 médecins au total, soit 10 % de l'effectif des praticiens hospitaliers. En France, 583 chirurgiens hospitaliers bénéficient d'une rémunération moyenne de 92 000 euros liée à leur seule activité libérale, dont le volume est pourtant plafonné.

Certains exemples ayant récemment fait l'objet d'articles de presse sont édifiants. Ainsi, les dépassements d'honoraires de deux urologues de l'hôpital Cochin ont atteint 261 733 euros et 606 954 euros respectivement en 2007.

De plus, le développement de cette pratique libérale dans certains services a pour effet de marginaliser l'activité normale, à laquelle le praticien devrait pourtant consacrer 80 % de son temps. Il crée une médecine à deux vitesses : il est évidemment beaucoup plus facile d'obtenir rapidement un rendez-vous si l'on a les moyens d'acquitter un dépassement d'honoraires.

Certes, nous devons saluer, à cet égard, l'initiative récente de Mme la ministre, qui a revalorisé par décret le reversement auquel sont assujettis les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital public. Ce reversement, encore symbolique voilà peu, a ainsi été porté à 40 % du montant total des rémunérations perçues.

Cela a immédiatement entraîné une révolte des médecins concernés, qui ont entamé une grève du codage des actes. Celle-ci a coûté 150 millions d'euros, notamment aux hôpitaux parisiens, puisque c'est essentiellement dans les hôpitaux des grandes villes que sont pratiqués ces dépassements d'honoraires.

Je regrette que Mme la ministre n'ait pas tenu bon et ait ramené le pourcentage de reversement de 40 % à 25 %. Ce qui me paraît le plus grave, c'est que ces médecins n'ont encouru aucune sanction, tandis que les enseignants-chercheurs, par exemple, ont subi, eux, une retenue sur leur salaire, quoi que l'on pense par ailleurs des motivations de leur mouvement.

C'est la raison pour laquelle il me semble que le secteur privé au sein de l'hôpital public devrait être supprimé ou, à défaut, moralisé. Malheureusement, je pense que l'on n'en prend pas le chemin !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Sur cet amendement extrêmement radical, l'avis de la commission est radicalement défavorable !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Autain, permettez-moi de citer quelques chiffres en général peu connus : moins de 13 % des praticiens de l'hôpital public qui pourraient y prétendre exercent effectivement une activité libérale, les trois quarts d'entre eux respectant les tarifs opposables. Il faut donc rendre hommage à ces médecins qui pourraient pratiquer des dépassements d'honoraires et qui ne le font pas. On parle toujours des professionnels qui se comportent d'une façon plus discutable, mais il convient de saluer ceux qui font preuve d'un grand respect de la déontologie et de l'intérêt général.

Par ailleurs, deux dispositions doivent vous rassurer, monsieur le sénateur : la Haute Assemblée vient de décider, en adoptant l'article 7 *bis*, que les usagers de l'hôpital seront représentés au sein des commissions nationales et locales chargées de contrôler l'activité libérale des médecins hospitaliers, et elle a en outre voté l'interdiction de la grève du codage des actes. Une telle forme d'action, qui entraîne une déperdition financière et des retards de versement importants, est en effet absolument inadmissible !

Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 442.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**Article additionnel après l'article 8 bis
(précédemment réservé)**

M. le président. L'amendement n° 1193, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 8 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la seconde phrase du septième alinéa de l'article L. 6147-2 du code de la santé publique, les mots : « sont adaptées par voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « peuvent faire l'objet, par voie réglementaire, de dérogations en vue de les adapter ».

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à doter le centre d'accueil et de soins hospitaliers – le CASH – de Nanterre d'une gouvernance adaptée à la spécificité de ses missions.

En effet, cette structure assume des missions plus étendues que celles d'un établissement de santé classique, ce qui justifie des dérogations. Il s'agit de prévoir un régime intermédiaire entre celui qui prévaut dans les établissements publics de santé et celui des établissements sociaux et médico-sociaux. Ainsi, le conseil de surveillance du CASH, à l'image des conseils d'administration des établissements médico-sociaux, devrait pouvoir disposer de compétences plus larges, au moins en ce qui concerne la partie médico-sociale.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Favorable.

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

M. Jean-Pierre Fourcade. Je tiens à remercier Mme la ministre. J'avais demandé, lors de la discussion d'un article précédent, que le sort de l'établissement de Nanterre soit un peu amélioré et que l'on essaie de trouver des formules mieux adaptées à ses missions. Cet amendement va dans le bon sens

et son adoption permettra aux représentants des collectivités territoriales du département de suivre de plus près le fonctionnement de cet établissement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1193.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 8 *bis*.

**Article additionnel après l'article 8 *ter*
(précédemment réservé)**

M. le président. L'amendement n° 572 rectifié, 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 l'article 8 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Lorsqu'un professionnel médical remplit la fonction de conseil auprès de l'industrie pharmaceutique ou d'un fabricant de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, il doit en informer le président du directoire de l'établissement public de santé ou le directeur de l'établissement privé d'intérêt collectif qui l'emploie.

La parole est à Mme Évelyne Didier.

Mme Évelyne Didier. Le rapport thématique de la Cour des comptes sur les personnels des établissements publics de santé publié en mai 2006 indique clairement que « les activités parallèles sont source de revenus complémentaires, le plus souvent sous forme d'honoraires. Ces revenus ne sont en règle générale pas connus de l'administration hospitalière. Le chef d'établissement n'est d'ailleurs même pas toujours tenu informé des activités du personnel médical, comme l'ont relevé les chambres régionales des comptes à propos, notamment, des conventions d'honoraires passées entre les médecins et les industries pharmaceutiques. »

Ces activités donnant lieu à rémunération sont nombreuses et variées : elles vont de la prestation de services tels que la rédaction d'articles et les études cliniques aux actions de formation, en passant par les expertises, les invitations à des congrès...

Nous entendons, par cet amendement, rendre plus transparente la rémunération de certains praticiens hospitaliers et permettre éventuellement aux directeurs des établissements de santé visés par cette disposition d'en tenir compte dans la gestion opérationnelle des services ou des pôles concernés.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous avons demandé, en commission, que cet amendement soit rectifié afin de prévoir simplement que le praticien remplissant la fonction de conseil visée en informera le directeur. La commission ne souhaitait pas aller au-delà.

Cette rectification ayant été apportée, l'avis est donc favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Madame Didier, les dispositions de l'article 10 sont, à mon sens, beaucoup plus dures que l'amendement que vous présentez.

En effet, alors que vous préconisez l'information préalable du président du directoire, l'article 10 du projet de loi prévoit que les personnels médico-hospitaliers seront soumis aux

dispositions relatives au cumul d'activités et de rémunérations qui s'appliquent aux personnels relevant de la fonction publique. Ainsi, les praticiens qui souhaitent réaliser des expertises, notamment au bénéfice de l'industrie pharmaceutique, devront solliciter l'autorisation préalable du directeur de leur établissement d'affectation. Ces activités pourront être autorisées dans la mesure où elles ne portent pas atteinte au fonctionnement du service hospitalier.

Je vous invite donc, madame Didier, à retirer cet amendement.

M. le président. Madame Didier, l'amendement est-il maintenu ?

Mme Évelyne Didier. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 572 rectifié est retiré.

**Article additionnel après l'article 9
(précédemment réservé)**

M. le président. L'amendement n° 449, 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 l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le chapitre I du titre VI du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre...

« Modalités de contrôle de l'exercice de missions de service public par les établissements de santé privés.

« Art. L. ... - Les établissements de santé privés, dès lors qu'ils sont amenés à participer à une ou plusieurs missions de service public, organisent dans un recueil spécifique la séparation comptable entre les recettes et les dépenses liées à des activités effectuées par lesdits établissements en raison desdites missions de service public, et des activités non liées à l'exécution de ces missions.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles les établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public soumettent les comptes ainsi organisés à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements.

« Art. L. ... - Les comptes ainsi certifiés doivent attester que les établissements de santé privés participant à une ou plusieurs missions de service public ne tirent aucun bénéfice financier de l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

« Art. L. ... - Le directeur des établissements de santé privés communique au directeur de l'agence régionale de santé et de la chambre régionale et territoriale des comptes les conclusions du recueil mentionné à l'article L. ... du chapitre... du titre VI du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé et la chambre régionale et territoriale des comptes organisent la publicité des conclusions mentionnées à l'alinéa précédent.

« Art. L. ... - Le directeur de l'agence régionale de santé, s'il constate, au regard des éléments comptables communiqués par les établissements de santé privés, l'existence d'un bénéfice financier au titre de l'exercice par cet établissement d'une ou de plusieurs missions de service public, dispose, dans un délai de six mois à compter de cette publication, de la capacité juridique pour exiger de l'établissement de santé privé le remboursement des bénéfices ici mentionnés.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé organise les mécanismes de récupération des sommes visées à l'alinéa précédent. »

La parole est à Mme Mireille Schurch.

Mme Mireille Schurch. Cet amendement tend à instaurer, pour les établissements de santé privés commerciaux qui se verraient confier une ou plusieurs missions de service public, l'obligation de présenter aux directeurs des agences régionales de santé intéressées, ainsi qu'à la chambre régionale des comptes, un document comptable qui devra apporter toutes preuves que l'exercice des missions de service public n'a pas engendré de bénéfices.

En effet, s'il est légitime que les établissements privés qui se verraient confier une ou plusieurs missions de service public obtiennent, dans le cadre de leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les dotations nécessaires à la compensation, nous considérons qu'il serait inopportun – c'est peu dire! – que l'exécution de ces missions de service public permette aux établissements de santé commerciaux de dégager des bénéfices, lesquels seraient ensuite répartis entre les actionnaires.

Mes chers collègues, cet amendement ne manifeste pas une défiance à l'égard des cliniques commerciales. Voilà quelques minutes, vous avez accepté, et nous ne nous y sommes pas opposés, que les établissements publics de santé voient leurs comptes certifiés. Nous n'avons pas considéré qu'il s'agissait là d'un manque de confiance envers les établissements publics de santé, je vous demande donc d'accueillir cet amendement dans le même esprit.

Nous entendons soumettre les établissements de santé privés commerciaux, pour l'exercice de leurs seules missions de service public, à des règles similaires à celles qui s'appliquent aux établissements publics de santé. Nous considérons que notre amendement apporte de la transparence à un dispositif dont on peut craindre qu'il ne donne lieu à d'importantes dérives.

La disposition que nous proposons n'est sans doute pas parfaite, mais au moins permettrait-elle, si elle était adoptée, d'instituer un cadre général qui pourrait aisément être précisé et complété par décret.

M. Guy Fischer. Très bien !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à ce que les établissements de santé privés séparent, dans leurs comptes, ce qui relève des activités liées à des missions de service public de ce qui ressortit à leurs autres activités.

Ses auteurs souhaitent également que ces établissements ne tirent aucun bénéfice de leurs activités liées à des missions de service public.

L'amendement prévoit enfin que le directeur général de l'ARS pourra demander la restitution des bénéfices lorsqu'ils auront été réalisés au titre de l'exécution des missions de service public.

Outre qu'il introduit une contrainte particulièrement difficile à respecter, à savoir la séparation comptable des différentes activités, laquelle aura en elle-même un coût pour l'établissement, cet amendement va à l'encontre de l'ensemble du projet de loi. Quel intérêt les établissements privés auraient-ils de participer aux missions de service public s'ils ne peuvent en tirer des bénéfices ?

Surtout, cet amendement oppose bonne gestion et service public, ce qui est évidemment une profonde erreur : la bonne gestion est également un objectif du service public.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Bien entendu, je comprends les préoccupations des auteurs de l'amendement, mais je dois rappeler que les cliniques privées sont soumises au plan comptable général et que, de plus, la tenue d'une comptabilité analytique peut permettre à l'autorité de tarification de veiller à l'ajustement des moyens alloués au regard de l'exercice des missions de service public, ce qui doit permettre d'éviter de créer des « rentes » qui ne seraient pas justifiées. En tout état de cause, ces dispositions de gestion interne ne relèvent pas de la loi.

En outre, les établissements sont soumis à la certification des comptes, ce qui permet de vérifier la bonne application des règles comptables mais pas de se prononcer sur l'excédent ou sur le déficit : la certification donne simplement l'assurance que le résultat constaté, perte ou bénéfice, est sincère et régulier. Le dispositif que vous proposez, madame Schurch, ne permettrait donc pas d'atteindre l'objectif que vous visez.

Je veux rappeler cependant que lorsque l'exécution de missions de service public sera confiée à des établissements privés, ces derniers devront justifier des moyens mis en œuvre lors de la révision périodique de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Pour ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 449.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article additionnel après l'article 10 (précédemment réservé)

M. le président. L'amendement n° 553, 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 l'article 10, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière tient à la disposition des établissements publics de santé la liste des praticiens volontaires pour y exercer en qualité de praticiens contractuels.

Lorsqu'un poste est à pourvoir, les établissements publics de santé en avertissent le Centre national de gestion et lui précisent quelle est la nature de la mission ainsi que ses modalités.

Le Centre national de gestion propose aux établissements publics de santé le nom d'un ou de plusieurs praticiens correspondant au profil du poste qu'ils souhaitent pourvoir.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Le recours aux agences d'intérim ou à l'externalisation afin de trouver des candidats pour effectuer notamment des missions de remplacement au sein des établissements publics de santé est la source de dysfonctionnements pointés par la Cour des comptes dans son rapport relatif aux personnels des établissements publics de santé de mai 2006 et dans l'enquête de l'IGAS, l'Inspection générale des affaires sociales, sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers en date de janvier 2009.

À la lecture de ces documents, on apprend que, en dépit des contrôles effectués par les chambres régionales des comptes, les rémunérations des emplois médicaux temporaires excèdent bien souvent le plafond fixé par le décret n° 93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé, à savoir les émoluments applicables aux praticiens parvenus au quatrième échelon de la carrière majorés de 10 %.

Ainsi, un praticien confessait dans le magazine *L'Express* du 25 septembre 2008 que, en optant pour ce que certains appellent le « mercenariat », il avait accru de 30 % ses revenus de 5 000 euros mensuels.

Le rapport de la Cour des comptes précise que « le recours à des remplaçants dans des conditions irrégulières s'est récemment aggravé » ou encore qu'il peut arriver que des établissements recrutent des médecins généralistes pour des emplois de spécialiste.

Il apparaît également que certains hôpitaux ayant recours aux agences d'intérim se voient adresser non pas le praticien annoncé, présentant un profil correspondant au poste, mais, en quelque sorte, un remplaçant du remplaçant.

Dans son étude, l'IGAS relève que 129 médecins de l'échantillon d'établissements retenus n'étaient pas inscrits à l'Ordre des médecins. D'après une enquête de 2005 de la FHF, la Fédération hospitalière de France, la moitié des établissements hospitaliers ont recours à des remplaçants ou à des praticiens intérimaires.

Au total, ces rémunérations ont un « coût exorbitant », ce que confirment la Cour des comptes et l'IGAS, coût dans lequel la marge de 12 % appliquée en général par les agences d'intérim spécialisées pèse lourdement.

Cette situation est inacceptable au regard tant de la qualité des soins et de la prise en charge des malades que de l'équité entre médecins. Il faut rationaliser la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers temporaires en confiant au Centre national de gestion le soin de croiser les offres d'emploi et les candidatures, de telle sorte que les établissements publics de santé puissent recruter en toute sécurité et dans le respect de la réglementation des praticiens à titre temporaire qui ne soient pas, comme il en existe, des mercenaires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Permettre au Centre national de gestion d'établir et de mettre à la disposition des établissements publics de santé intéressés une liste de praticiens volon-

taires pour y exercer en tant que contractuels nous paraît une idée intéressante. La commission a émis un avis de sagesse plutôt favorable.

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

M. Guy Fischer. Alors, madame la ministre ?...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis très favorable au premier alinéa de l'amendement, prévoyant que le Centre national de gestion tiendra « à la disposition des établissements publics de santé la liste des praticiens volontaires pour y exercer en qualité de praticiens contractuels ». C'est en effet une proposition très judicieuse.

En revanche, les deux alinéas suivants, qui tendent en quelque sorte à faire du Centre national de gestion une agence d'intérim à laquelle les établissements publics de santé seraient obligés de se référer chaque fois qu'un poste serait vacant, me paraissent introduire un mécanisme d'une lourdeur excessive.

Je suggère en conséquence à Mme Pasquet de supprimer ces deux alinéas. J'émettrai alors un avis très favorable sur l'amendement ainsi rectifié. (*Marques de satisfaction sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. Madame Pasquet, acceptez-vous la rectification proposée par le Gouvernement ?

Mme Isabelle Pasquet. Oui, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 553 rectifié, 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, et ainsi libellé :

Après l'article 10, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière tient à la disposition des établissements publics de santé la liste des praticiens volontaires pour y exercer en qualité de praticiens contractuels.

Je le mets aux voix.

(*L'amendement est adopté.*)

M. Guy Fischer. À l'unanimité, bravo !

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 10.

Articles additionnels après l'article 13 (précédemment réservés)

M. le président. L'amendement n° 253 rectifié, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gilles, est ainsi libellé :

Après l'article 13, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase et dans la seconde phrase, les mots : « participation de l'assuré » sont remplacés par les mots : « participation du patient » ;

2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exercice des recours contre tiers ainsi qu'à la facturation des soins de patients européens ou relevant d'une convention internationale. »

La parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. Cet amendement a pour objet d'éviter de faire supporter à la sécurité sociale des dépenses qui devraient être prises en charge par des pays dont certains ressortissants se font soigner sur notre territoire.

Afin d'éviter un transfert de charges des patients vers l'assurance maladie du fait de la réduction du périmètre des charges des établissements de santé couvertes par les tarifs des GHS, les groupes homogènes de séjour, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que, pendant une période transitoire, la participation des patients à leurs frais serait calculée non pas en fonction des GHS, mais selon les tarifs journaliers de prestations assis sur l'intégralité des charges des établissements antérieurement financés par dotation globale.

Pour cette raison, les tarifs déterminés en application des dispositions du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 servent, pour le moment, de base au calcul de la participation des assurés ainsi qu'à la facturation des soins pour les patients payants ou relevant d'un autre régime de sécurité sociale ou d'une autre couverture maladie.

L'adoption du présent amendement permettrait de mettre en œuvre, en particulier pour les ressortissants étrangers soignés en France, le principe de droit international selon lequel aucune dépense ne doit rester à la charge du pays d'accueil, donc, en l'occurrence, de l'hôpital et de l'assurance maladie française.

Je ne doute pas, mes chers collègues, que vous aurez comme moi à cœur de contribuer à améliorer les comptes de la sécurité sociale, de la branche maladie en particulier.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission souhaite contribuer à l'amélioration des comptes de la sécurité sociale et elle a donc émis un avis favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est un avis non pas seulement favorable, mais enthousiaste ! *(Sourires.)*

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Si la pratique en question se justifie parfaitement dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'il s'agit de personnalités étrangères qui choisissent de venir se faire opérer chez nous en raison de la notoriété du chirurgien ou pour diverses autres raisons, je suis très réservé quant à sa systématisation, surtout dans le domaine de la chirurgie pédiatrique.

En effet, certains établissements publics de santé, notamment des hôpitaux de la région parisienne, accueillent des enfants qui viennent en France pour subir des opérations ne pouvant être pratiquées dans leur pays et dont il serait vraiment problématique de mettre le coût à la charge de leur famille, même en supposant que des associations apportent une participation. J'attire l'attention de mes collègues sur ce point.

M. Guy Fischer. Il a raison !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 253 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13.

L'amendement n° 357, 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 l'article 13, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1411-13 du code de la santé publique, après le mot : « sociaux » sont insérés les mots : « dont un représentant d'un établissement assurant une activité de soins au domicile tels que visés à l'article L. 6111-1 du présent code ».

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement vise à garantir la présence d'un représentant du secteur de l'hospitalisation à domicile, que l'on entend fortement promouvoir, dans les conférences régionales de santé.

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 identique.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 357.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1301 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 13, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par les mots : « et des structures de santé auxquelles ils participent ou qu'ils gèrent » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Assurer, sur le même champ, des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement a pour objet d'élargir le champ des missions des CGES, les conseillers généraux des établissements de santé. Actuellement, ils ne peuvent conduire que des missions techniques intéressant le fonctionnement et la gestion des établissements de santé. De plus, ils ne peuvent, en théorie, apporter leur assistance technique que si les établissements le demandent.

Pour autant, leur expertise professionnelle et le bilan de leurs actions, concernant par exemple l'amélioration de la santé au travail, la rénovation des transports sanitaires, les coopérations entre professionnels de santé ou encore la biologie hospitalière, attestent de l'utilité d'étendre leurs missions pour qu'ils puissent les exercer dans tous les cas, à ma demande par exemple, au bénéfice principalement des

établissements de santé mais également d'autres structures, comme les réseaux de santé ou les GCS de moyens, ainsi qu'en appui à l'administration centrale pour l'accompagnement ponctuel de plans de santé publique ou le renforcement de la cellule de crise sanitaire.

Il s'agit donc d'étendre le périmètre d'action des CGES à tous les champs intéressant directement ou indirectement l'organisation des soins et la performance du système de santé, sans empiéter bien entendu sur le champ d'intervention de l'Inspection générale des affaires sociales.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1301 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13.

L'amendement n° 1330, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 13, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les articles L. 6161-4, L. 6161-6 et L. 6161-7 du code de la santé publique sont abrogés.

Monsieur le président de la commission, souhaitez-vous que je suspende la séance, afin que la commission puisse se réunir pour examiner cet amendement qui a été déposé tout à l'heure ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Non, ce n'est pas nécessaire, monsieur le président. Je sais gré au Gouvernement d'avoir déposé cet amendement, qui vise à corriger une erreur de la commission. Il y en avait une, je vous remercie de l'avoir trouvée, madame la ministre ! *(Sourires.)*

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il s'agit d'un amendement de cohérence avec certaines dispositions de l'article 1^{er} du projet de loi. Je vous fais grâce de l'exposé du mécanisme juridique qu'il prévoit. Cet amendement est purement technique et tend à corriger un certain nombre d'erreurs matérielles.

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

M. Alain Milon, rapporteur. M. le président de la commission a indiqué que Mme la ministre corrigeait une erreur de la commission ; je vais à mon tour corriger une erreur de M. le président de la commission !

En effet, cet amendement ne vise pas du tout à remédier à une erreur de la commission : il tend à procéder à une coordination avec l'amendement de M. Adrien Gouteyron adopté hier.

La commission émet un avis favorable.

M. le président. Monsieur le rapporteur, vous renforcez le caractère humaniste de ce débat puisque, par définition, l'erreur est humaine ! *(Sourires.)*

Je mets aux voix l'amendement n° 1330.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13.

Articles additionnels après l'article 13 *ter* (précédemment réservés)

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

L'amendement n° 155 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

L'amendement n° 261 est présenté par M. Longuet.

L'amendement n° 354 est présenté par M. Michel et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 13 *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-26-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-26-1 - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d) de l'article L. 162-22-6 emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. »

La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 155.

M. Paul Blanc. Les établissements de santé privés doivent pouvoir répondre, en matière de service public hospitalier, aux mêmes exigences que les établissements publics de santé : continuité des soins rendus aux patients qu'ils accueillent, permanence des soins sur le territoire, satisfaction des besoins des patients dans des zones géographiques rendues difficiles par une démographie médicale déclinante.

Or le paiement à l'acte des médecins libéraux n'est pas toujours adapté pour répondre à ces besoins. Cet amendement vise donc à ce qu'il puisse être dérogé au système de financement actuel des établissements privés dans les cas où il apparaîtrait indispensable que les établissements de santé privés salarient certains de leurs médecins.

M. le président. L'amendement n° 261 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour présenter l'amendement n° 354.

M. Bernard Cazeau. Je fais mienne l'argumentation de mon collègue Paul Blanc.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 155 et 354.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13 *ter*.

Articles additionnels après l'article 13 quater (précédemment réservés)

M. le président. L'amendement n° 355, présenté par MM. Le Menn, Michel 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 :

Après l'article 13 quater, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le IV de l'article 21 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, dans un secteur d'activité dans lequel un accord interprofessionnel n'a pu être signé, un décret peut, après avis de l'Autorité de la concurrence fondé sur une analyse des conditions spécifiques du secteur, prolonger cette échéance à une date ultérieure. »

La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. Cet amendement vise à assouplir les règles en matière de délais de paiement, pour tenir compte des spécificités du secteur sanitaire et médico-social de droit privé, qui est surtout constitué de petites et moyennes entreprises dont la situation de trésorerie est très tendue, alors que les fournisseurs sont, la plupart du temps, de très grandes entreprises, voire des multinationales.

Il s'agit donc de prévoir une dérogation aux dispositions de la loi du 4 août 2008 sur les délais de paiement pour ce secteur d'activité, tout à fait spécifique.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les délais de paiement dont il est question sont plafonnés à soixante jours à compter de la date de la facture ou à quarante-cinq jours fin de mois. Il faut rappeler que les établissements sanitaires et médico-sociaux bénéficient de financements publics et de l'assurance maladie donnant lieu à des versements réguliers et prévisibles. Cela représente une part notable de leurs ressources. Ces acteurs économiques importants, qui alimentent par leurs achats le tissu économique dans son ensemble et pas seulement celui des très grandes entreprises, jouissent donc d'une certaine stabilité de trésorerie.

En outre, les établissements publics de santé sont soumis à une règle spécifique fixant leurs délais de paiement à cinquante jours à réception de la facture, soit un délai légèrement inférieur à celui qui a été institué par la loi de modernisation de l'économie. Il me paraît donc normal, dans un contexte économique national tendu, que les établissements privés sanitaires et médico-sociaux contribuent, comme tous les acteurs économiques, à l'effort d'amélioration des délais de paiement et que ne soit pas aggravée, au sein de ce secteur d'activité, la distorsion entre établissements publics et établissements privés.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 355.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13 quater.

L'amendement n° 186, présenté par M. Beaumont, est ainsi libellé :

Après l'article 13 quater, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase de l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements des communes et de leurs établissements publics est complétée par les mots : « ainsi que les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

La parole est à M. René Beaumont.

M. René Beaumont. Il s'agit d'un amendement de conséquence, qui concerne les retraites des agents des services hospitaliers.

Près d'un million de fonctionnaires hospitaliers cotisent pour leur retraite principale à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, la CNRACL, en vertu d'une ordonnance du 17 mai 1945. Ce texte ancien concerne très précisément les agents des départements, des communes et des établissements publics rattachés à ces collectivités.

L'affiliation des fonctionnaires hospitaliers à la CNRACL n'est possible qu'en vertu du rattachement des établissements publics de santé à une collectivité territoriale. Or le projet de loi établit, en son article 4, une nouvelle définition des établissements publics de santé sans rappeler nulle part ce rattachement.

Cet amendement vise donc à assurer la continuité des droits des fonctionnaires hospitaliers, actuels et futurs, en leur permettant de maintenir leur affiliation à la CNRACL. Cette précision me semble indispensable.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il ne me semble pas exact de dire qu'il n'est plus fait état, dans le projet de loi, du rattachement des établissements publics de santé à une collectivité territoriale, puisqu'il est fait référence à des établissements communaux, intercommunaux, etc.

Cela étant, la commission s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée, en attendant de connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il s'agit d'un excellent amendement, qui permet de corriger une erreur et d'assurer la continuité des droits des fonctionnaires hospitaliers.

Par conséquent, le Gouvernement émet un avis favorable.

M. Robert del Picchia. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 186.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13 quater.

L'amendement n° 1199, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 13 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du sixième alinéa de l'article L. 711-1 du code de l'éducation, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « S'agissant des composantes médicales de l'université, ces contrats prennent en compte les éléments figurant dans la convention prévue à l'article L. 713-4 passée avec le centre hospitalier régional. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai déjà évoqué la série d'amendements du Gouvernement tendant à insérer un article additionnel après l'article 13 *quater*, relatifs au contenu de la convention hospitalo-universitaire et à son articulation avec les autres documents stratégiques applicables aux centres hospitaliers universitaires, les CHU.

L'objet de ces amendements s'inspire des préconisations de la commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires.

S'agissant de l'université, les activités de formation, de recherche et de documentation font l'objet de contrats pluriannuels d'établissement dans le cadre de la carte des formations supérieures et de la recherche. Cette carte est arrêtée par la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et constitue le cadre des décisions relatives à la localisation géographique des établissements, à l'implantation des formations supérieures et des activités de recherche et de documentation, ainsi qu'aux habilitations à délivrer des diplômes nationaux et à la répartition des moyens.

L'amendement n° 1199 vise à préciser que les éléments du contrat pluriannuel de l'université doivent, s'agissant des sujets intéressant le CHU, être articulés de manière cohérente avec la convention hospitalo-universitaire. C'est bien le moins, on l'avouera !

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1199.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13 *quater*.

L'amendement n° 1200, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 13 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à améliorer l'articulation du projet d'établissement avec la convention hospitalo-universitaire, en modifiant l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, de façon à préciser qu'il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention hospitalo-universitaire. Là encore, cela va de soi !

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1200.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13 *quater*.

L'amendement n° 1201, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 13 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6142-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « préciser », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional. » ;

2° Après le deuxième alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Ces conventions sont élaborées en cohérence avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1, les projets d'établissements mentionnés à l'article L. 6143-2, les contrats pluriannuels d'établissement mentionnés à l'article L. 711-1 du code de l'éducation et les contrats de projets État-régions.

« Elles portent en particulier sur la politique de recherche biomédicale de l'université et 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 universitaire et post-universitaire.

« Des établissements de santé ainsi que des établissements publics à caractère scientifique et technologique ou autres organismes de recherche peuvent être associés à ces conventions pour tout ou partie de leurs clauses.

« Ces conventions sont révisées tous les cinq ans. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il s'agit de faire de la convention hospitalo-universitaire le vecteur d'une stratégie partagée entre l'hôpital et l'université.

Cet amendement tend à modifier l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, consacré au contenu de la convention hospitalo-universitaire et dont la formulation actuelle est assez floue, puisqu'il prévoit simplement que les conventions hospitalo-universitaires doivent préciser la structure et les modalités de fonctionnement des CHU.

Je précise que, sur quarante unités de formation médicale et de recherche, dix-huit seulement ont signé ou négocient une convention hospitalo-universitaire. Ces conventions ont à l'heure actuelle un caractère très formel et se réduisent le plus souvent à des considérations immobilières, telles que la détermination des conditions d'emploi des ressources immobilières.

L'adoption de cet amendement aurait pour effet de modifier la logique des conventions hospitalo-universitaires, pour en faire des instruments d'un pilotage stratégique et partagé entre les CHU et l'université.

Il tend à préciser les points sur lesquels cette convention doit obligatoirement porter, notamment les questions de recherche et d'enseignement. Il vise également à souligner que cette convention doit se situer à la jonction entre les différents outils de cadrage existants, respectivement pour l'université et l'hôpital: le contrat quadriennal, d'une part, le projet d'établissement, d'autre part. Enfin, il prévoit l'association à la convention d'autres établissements de santé et établissements de recherche, en tant que de besoin.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Madame la ministre, en quoi est-il utile d'inscrire toutes ces précisions dans la loi ? Un énoncé général aurait à mon sens pu suffire, les modalités étant renvoyées à un décret.

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

M. François Autain. Cet amendement concerne la réforme des CHU et repose sans doute sur certaines préconisations du rapport Marescaux.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Oui !

M. François Autain. Je regrette que nous n'ayons pas eu connaissance de ce rapport...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il est en ligne, sur internet !

M. François Autain. ... et que la réforme des CHU soit votée au détour de l'adoption, en séance de nuit, d'un amendement. Je déplore cette façon de procéder du Gouvernement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1201.

M. Jean Desessard. Je m'abstiens, monsieur le président.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13 *quater*.

L'amendement n° 1202 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 13 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Il est créé un comité de suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, placé auprès du ministre chargé de la santé. Sa composition et ses missions sont définies par voie réglementaire. Il remettra un rapport au Parlement deux ans après la promulgation de la présente loi.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet important amendement tend à créer un comité de suivi de la réforme de la gouvernance des hôpitaux, sujet qui a donné lieu à de nombreux débats et engendré de multiples dispositions, certaines superposées les unes aux autres.

Cela étant, notre objectif à tous est d'assurer le fonctionnement correct des hôpitaux publics. L'amendement n° 1202 rectifié a donc pour objet d'instituer un comité de suivi de la réforme de la gouvernance, chargé de veiller au respect des équilibres que nous avons définis ensemble, au fil du débat parlementaire.

Ensemble, nous n'avons eu de cesse de chercher à clarifier, à fluidifier le processus de décision à l'hôpital, tout en veillant à ce que la philosophie médicale s'exprime à chaque étape de ce dernier, par le biais d'avis, de propositions ou d'une représentation effective de la communauté médicale et, plus largement, de la communauté soignante au sein des différentes instances. Je tiens tout particulièrement à ce que la mise en œuvre de la loi respecte cet équilibre essentiel.

Il va de soi que ce comité travaillera en parfaite intelligence avec M. Jean-Pierre Fourcade, qui a bien voulu accepter de présider la commission chargée d'assurer le suivi et l'évaluation de la loi. Je profite de cette occasion pour l'en remercier, car la tâche sera rude !

Le comité de suivi de la réforme de la gouvernance remettra un rapport au Parlement deux ans après la promulgation de la présente loi.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission ne peut qu'être favorable à cet amendement.

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

M. François Autain. Je voudrais féliciter M. Fourcade d'avoir été nommé président d'une instance qui n'existe pas encore... *(Sourires.)* J'espère que le Parlement va combler cette lacune !

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Comment M. Fourcade conçoit-il les travaux de ce comité de suivi ? Il a évoqué des délibérations collégiales, des consultations, mais nous aimerions obtenir quelques précisions sur ce point.

Madame la ministre, si mener à bien la réforme de la gouvernance relève de la responsabilité du ministre de la santé, pourquoi n'incombe-t-il pas à ce dernier de remettre directement au Parlement un rapport sur la mise en œuvre de cette réforme ? Pourquoi créer un comité de suivi ? Nous aimerions que vous nous précisiez la raison d'être de ce comité.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il est très utile de créer un tel comité de suivi, qui sera un lieu de confrontation des points de vue et de débats sur l'évaluation de la réforme.

La réforme de la gouvernance des hôpitaux est très complexe. Elle a donné lieu à des débats passionnés, parfois au sein même des différents groupes politiques. Le comité de suivi devait-il avoir un pouvoir de proposition ou se borner à émettre des avis ? Son rôle devait-il être uniquement consultatif ? Bien malin qui peut se targuer d'avoir toujours fait le bon choix ! Il sera nécessaire d'examiner comment fonctionne le dispositif, car de nombreuses inconnues subsistent. Il faut avoir l'humilité de le reconnaître.

Désormais, une loi d'organisation n'est plus votée pour cinquante ans. En effet, les réalités évoluent plus vite qu'auparavant. De plus, lorsque l'on élabore une loi qui définit des règles démocratiques, parfois assez lourdes à mettre en œuvre, il faut vérifier l'applicabilité, sur le terrain, de certains des dispositifs adoptés.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je m'engage à venir devant vous pour faire le bilan de l'application de ces dispositions chaque fois que vous m'y inviterez. Je réponds déjà à vos interrogations lors des questions d'actualité au Gouverne-

ment, lors de la discussion, chaque année, du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Je continuerai de le faire avec grand plaisir.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1202 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13 *quater*.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

10

DÉPÔT DE PROPOSITIONS DE LOI

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. Michel Magras une proposition de loi tendant à ratifier les sanctions pénales prévues au code des contributions directes et au code de l'urbanisme de la collectivité de Saint-Barthélemy.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 417, 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.

M. le président du Sénat a reçu de Mmes Éliane Assassi, Nicole Borvo Cohen-Seat, Josiane Mathon-Poinat, M. François Autain, Mme Marie-France Beaufiles, MM. Michel Billout, Jean-Claude Danglot, Mmes Annie David, Michelle Demessine, Évelyne Didier, MM. Guy Fischer, Thierry Foucaud, Mmes Brigitte Gonthier-Maurin, Gélita Hoarau, MM. Robert Hue, Gérard Le Cam, Jean-Luc Mélenchon, Mme Isabelle Pasquet, MM. Jack Ralite, Ivan Renar, Mmes Mireille Schurch, Odette Terrade, MM. Bernard Vera et Jean-François Voguet une proposition de loi visant à supprimer les conditions de nationalité qui restreignent l'accès des étrangers à la fonction publique.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 418, 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.

11

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mercredi 20 mai 2009, à quatorze heures trente :

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 mercredi 20 mai 2009, à zéro heure vingt-cinq.)

*La Directrice
du service du compte rendu intégral,*

MONIQUE MUYARD

QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

*Extension du bénéfice de la pension de réversion au
partenaire survivant d'un PACS*

n° 567 - Le 28 mai 2009 - **Mme Alima BOUMEDIENE-THIERY** attire l'attention de M. le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique sur l'existence d'une distinction injustifiée entre mariage et PACS en matière de pension de réversion. Malgré les rapprochements importants opérés ces dernières années entre le PACS et le mariage du point de vue fiscal et patrimonial, notamment par les lois n° 2007-1223 du 21 août 2007, dite loi TEPA, et loi de finances n° 2007-1822 du 24 décembre 2007, le législateur a souhaité maintenir une telle distinction, réservant le bénéfice d'une telle pension au conjoint. Cependant, une telle distinction ne saurait se justifier dès lors que le législateur a entamé un rapprochement entre le mariage et le PACS, notamment dans le domaine des droits sociaux. Dans deux délibérations n° 110 et 108, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité a récemment considéré que le refus d'étendre le bénéfice d'une pension de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil de solidarité constituait une discrimination fondée sur l'orientation sexuelle. Selon la HALDE « les obligations pesant sur les conjoints et les partenaires sont suffisamment comparables, au regard de l'objet poursuivi par la pension, pour rendre injustifiée toute différence de traitement en la matière ». Dans un rapport remis le 30 novembre 2004 au Garde des Sceaux, le groupe de travail et de réflexion sur l'évaluation et l'amélioration du PACS a clairement pris position pour une telle extension. Enfin, dans un arrêt du 1^{er} avril 2008, la Cour de justice des communautés européennes a également considéré, à propos du refus de versement d'une pension de réversion à un partenaire survivant, qu'elle « constituait une discrimination fondée sur l'orientation sexuelle prohibée par la directive du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail ». Enfin, le Médiateur de la République a récemment engagé une réflexion sur cette question et a rappelé dans une recommandation qu'il était favorable à l'extension du bénéfice de la pension de réversion aux partenaires survivants liés par un pacte civil de solidarité depuis au moins deux ans. Elle souhaite savoir si le Gouvernement envisage d'étendre le bénéfice de la pension de réversion au partenaire survivant d'un PACS et le calendrier envisagé pour une telle réforme.

Champ d'application du pass-foncier

n° 568 - Le 28 mai 2009 - **Mme Anne-Marie ESCOFFIER** attire l'attention de **Mme la ministre du logement** sur les conséquences de l'extension du champ d'application du dispositif

Pass-Foncier qui devrait être arrêté par voie réglementaire. Ce dispositif non encore stabilisé devrait permettre aux particuliers accédants de bénéficier d'un taux de TVA à 5,5 %. Elle lui demande, d'une part si des mesures claires, précises et définitives

sur les modalités et les conditions d'application du Pass-Foncier vont être prochainement arrêtées et d'autre part, de préciser les incidences sur le taux de TVA applicable si l'une des conditions d'éligibilité au dispositif Pass-Foncier venait à être modifiée.

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance

du mardi 19 mai 2009

SCRUTIN n° 165

sur l'amendement n° 564, présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Gélita Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche à l'article 13 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	333
Suffrages exprimés	332
Pour	138
Contre	194

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 : 16

Abstention : 1 M. Jean-Pierre Chevènement

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 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 : 149

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - président du Sénat M. Jean-Paul Virapoullé

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	Alain Anziani	Marie-France Beaufiles
Michèle André	Éliane Assassi	Jean-Pierre Bel
Serge Andreoni	David Assouline	Claude Bérît-Débat
Bernard Angels	Bertrand Auban	Jacques Berthou
Jean-Etienne	François Autain	Jean Besson
Antoinette	Robert Badinter	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
 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
 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 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
 Jean-Pierre Masseret
 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 Patient
 François Patriat
 Daniel Percheron
 Jean-Claude Peyronnet
 Bernard Piras
 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
 Richard Tuheiva
 André Vantomme
 Bernard Vera
 Jean-François Voguet
 Dominique Voynet
 Richard Yung

Ont voté contre :

Laurent Bêteille
 Joël Billard
 Claude Biver
 Jean Bizet
 Jacques Blanc
 Paul Blanc
 Pierre Bordier
 Didier Borotra
 Joël Bourdin
 Brigitte Bout
 Jean Boyer
 Dominique Brayé
 Marie-Thérèse Bruguère
 Elie Brun
 François-Noël Buffet
 Christian Cambon
 Jean-Pierre Cantegrit
 Jean-Claude Carle
 Auguste Cazalet
 Gérard César
 Michel Charasse
 Alain Chatillon
 Jean-Pierre Chauveau
 Marcel-Pierre Cléach
 Christian Cointat
 Yvon Collin
 Gérard Cornu
 Raymond Couderc
 Jean-Patrick Courtois

Philippe Dallier	Alain Gournac	Jean-Claude Merceron
Serge Dassault	Adrien Gouteyron	Michel Mercier
Isabelle Debré	Sylvie Goy-Chavent	Jacques Mézard
Robert del Picchia	Francis Grignon	Lucette Michaux-
Christian Demuynck	Charles Guené	Chevy
Marcel Deneux	Michel Guerry	Jean Milhau
Gérard Dériot	Hubert Haenel	Alain Milon
Marie-Hélène Des	Françoise Henneron	Aymeri de
Esgaulx	Pierre Hérisson	Montesquiou
Béatrice Descamps	Marie-Thérèse	Albéric de Montgolfier
Denis Detcheverry	Hermange	Catherine Morin-
Yves Détraigne	Michel Houel	Desailly
Muguette Dini	Alain Houpert	Philippe Nachbar
Éric Doligé	Jean-François	Louis Nègre
Philippe Dominati	Humbert	Jacqueline Paris
Michel Doublet	Christiane Hummel	Monique Papon
Daniel Dubois	Benoît Huré	Charles Pasqua
Alain Dufaut	Jean-Jacques Hyst	Philippe Paul
André Dulait	Soibahadine Ibrahim	Anne-Marie Payet
Catherine Dumas	Ramadani	Jackie Pierre
Ambroise Dupont	Pierre Jarlier	François Pillet
Bernadette Dupont	Jean-Jacques Jégou	Xavier Pintat
Jean-Léonce Dupont	Sophie Joissains	Louis Pinton
Louis Duvernois	Jean-Marc Juillard	Jean-Pierre Plancade
Jean-Paul Emorine	Christiane	Rémy Pointereau
Anne-Marie Escoffier	Kammermann	Christian Poncet
Jean-Claude Etienne	Fabienne Keller	Ladislav Poniatowski
Pierre Fauchon	Joseph Kergeris	Hugues Portelli
Jean Faure	Françoise Laborde	Yves Pozzo di Borgo
Françoise Férat	Alain Lambert	Catherine Procaccia
André Ferrand	Marc Laménie	Jean-Pierre Raffarin
Louis-Constant	Élisabeth Lamure	Henri de Raincourt
Fleming	André Lardeux	Charles Revet
François Fortassin	Robert Laufoaulu	Philippe Richert
Alain Fouché	Daniel Laurent	Josselin de Rohan
Jean-Pierre Fourcade	Jean-René Lecerf	Roger Romani
Bernard Fournier	Dominique Leclerc	Janine Rozier
Jean-Paul Fournier	Antoine Lefèvre	Bernard Saugy
Jean François-Poncet	Jacques Legendre	Bruno Sido
Christophe-André	Dominique de Legge	Esther Sittler
Frassa	Jean-François Le	Daniel Soulage
Yann Gaillard	Grand	Michel Thiollière
René Garrec	Jean-Pierre Leleux	André Trillard
Joëlle Garriaud-	Philippe Leroy	Catherine Troendle
Maylam	Gérard Longuet	Robert Tropeano
Christian Gaudin	Simon Loueckhote	François Trucy
Jean-Claude Gaudin	Roland du Luart	Raymond Vall
Gisèle Gautier	Michel Magras	Jean-Marie
Jacques Gautier	Lucienne Malovry	Vanlerenberghe
Patrice Gérard	Philippe Marini	Alain Vasselle
Bruno Gilles	Daniël Marsin	François Vendasi
Adrien Giraud	Pierre Martin	René Vestri
Colette Giudicelli	Hervé Maurey	Jean-Pierre Vial
Nathalie Goulet	Jean-François Mayet	François Zocchetto
Jacqueline Gourault	Colette Mélot	

Abstention :

Jean-Pierre Chevènement.

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot	Gaston Flosse	Alex Türk
Philippe Darniche	Jean Louis Masson	Jean-Paul Virapoullé
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° 166

sur l'amendement n° 215 rectifié, présenté par M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mmes Muguette Dini, Anne-Marie Payet et les membres du groupe union centriste, tendant à insérer un article additionnel

après l'article 3 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	340
Suffrages exprimés	339
Pour	176
Contre	163

Le Sénat a 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) :***Pour* : 13

Contre : 3 M. Gilbert Barbier, Mme Anne-Marie Escoffier, M. Aymeri de Montesquiou

Abstention : 1 M. Nicolas Alfonsi

GRUPE SOCIALISTE (115) :*Pour* : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :*Pour* : 25

Contre : 4 M. Nicolas About, Mme Nathalie Goulet, M. Michel Mercier, Mme Catherine Morin-Desailly

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) :*Contre* : 6

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

Jacqueline Alquier	Marie-Christine Blandin	Monique Cerisier-ben Guiga
Jean-Paul Amoudry	Maryvonne Blondin	Michel Charasse
Michèle André	Yannick Bodin	Yves Chastan
Serge Andreoni	Nicole Bonnefoy	Jacqueline Chevê
Bernard Angels	Didier Borotra	Jean-Pierre Chevènement
Jean-Etienne Antoinette	Nicole Borvo Cohen-Seat	Yvon Collin
Alain Anziani	Yannick Botrel	Gérard Collomb
Jean Arthuis	Didier Boulaud	Pierre-Yves Collombat
Éliane Assassi	Alima Boumediene-Thiery	Roland Courteau
David Assouline	Martial Bourquin	Jean-Claude Danglot
Bertrand Auban	Bernadette Bourzai	Yves Daudigny
François Autain	Michel Boutant	Yves Dauge
Robert Badinter	Jean Boyer	Marc Daunis
Denis Badré	Nicole Bricq	Annie David
Jean-Michel Baylet	Jean-Pierre Caffet	Jean-Pierre Demerliat
Marie-France Beauflis	Claire-Lise Champion	Michelle Demessine
Jean-Pierre Bel	Jean-Louis Carrère	Christiane Demontés
Claude Bérit-Débat	Françoise Cartron	Marcel Deneux
Jacques Berthou	Bernard Cazeau	Jean Desessard
Jean Besson		Yves Détraigne
Michel Billout		Évelyne Didier
Claude Biwer		

Muguette Dini
 Claude Domeizel
 Daniel Dubois
 Jean-Léonce Dupont
 Josette Durrieu
 Pierre Fauchon
 Alain Fauconnier
 Françoise Férat
 Jean-Luc Fichet
 Guy Fischer
 François Fortassin
 Thierry Foucaud
 Jean-Claude Frécon
 Christian Gaudin
 Charles Gautier
 Samia Ghali
 Jacques Gillot
 Adrien Giraud
 Jean-Pierre Godefroy
 Brigitte Gonthier-
 Maurin
 Jacqueline Gourault
 Jean-Noël Guérini
 Didier Guillaume
 Claude Haut
 Edmond Hervé
 Odette Herviaux
 Gérita Hoarau
 Robert Hue
 Annie Jarraud-
 Vergnolle
 Claude Jeannerot
 Jean-Jacques Jégou
 Joseph Kergueris
 Bariza Khiri
 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
 Josiane Mathon-Poinat
 Hervé Maurey
 Pierre Mauroy
 Rachel Mazuir
 Jean-Luc Mélenchon
 Jean-Claude Merceron
 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
 Anne-Marie Payet
 Daniel Percheron
 Jean-Claude Peyronnet
 Bernard Piras

Ont voté contre :

Nicolas About
 Philippe Adnot
 Jean-Paul Alduy
 Pierre André
 Gérard Bailly
 Gilbert Barbier
 René Beaumont
 Michel Bécot
 Claude Belot
 Pierre Bernard-
 Raymond
 Laurent Bêteille
 Joël Billard
 Jean Bizet
 Jacques Blanc
 Paul Blanc

Pierre Bordier
 Joël Bourdin
 Brigitte Bout
 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

Jean-Pierre Placade
 Roland Povinelli
 Yves Pozzo di Borgot
 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
 Daniel Soulage
 Jean-Pierre Sueur
 Simon Sutour
 Catherine Tasca
 Odette Terrade
 Michel Teston
 René Teulade
 Jean-Marc Todeschini
 Robert Tropeano
 Richard Tuheiva
 Raymond Vall
 Jean-Marie
 Vanlerenberghe
 André Vantomme
 Colette Vendasi
 Bernard Vera
 Jean-François Voguet
 Dominique Voynet
 Richard Yung
 François Zocchetto

Christian Cointat
 Gérard Cornu
 Raymond Couderc
 Jean-Patrick Courtois
 Philippe Dallier
 Philippe Darniche
 Serge Dassault
 Isabelle Debré
 Robert del Picchia
 Christian Demuyneck
 Gérard Dériot
 Marie-Hélène Des
 Esgaulx
 Béatrice Descamps
 Sylvie Desmarescaux
 Denis Detcheverry

Éric Doligé
 Philippe Dominati
 Michel Doublet
 Alain Dufaut
 André Dulait
 Catherine Dumas
 Ambroise Dupont
 Bernadette Dupont
 Louis Duvernois
 Jean-Paul Emorine
 Anne-Marie Escoffier
 Jean-Claude Etienne
 Jean Faure
 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
 Jean-Claude Gaudin
 Gisèle Gautier
 Jacques Gautier
 Patrice Gérard
 Bruno Gilles
 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 Juillard
 Christiane
 Kammernann
 Fabienne Keller
 Alain Lambert
 Marc Laménié
 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 Malovsky
 Philippe Marini
 Pierre Martin
 Jean-François Mayet
 Colette Mélot
 Michel Mercier

Lucette Michaux-
 Chevry
 Alain Milon
 Aymeri de
 Montesquiou
 Aléric de Montgolfier
 Catherine Morin-
 Desailly
 Philippe Nachbar
 Louis Nègre
 Jacqueline Panis
 Monique Papon
 Charles Pasqua
 Philippe Paul
 Jackie Pierre
 François Pillet
 Xavier Pintat
 Louis Pinton
 Rémy Pointereau
 Christian Poncelet
 Ladislas Poniatowski
 Hugues Portelleu
 Catherine Procaccia
 Jean-Pierre Raffarin
 Henri de Raincourt
 Bruno Retailleau
 Charles Revet
 Philippe Richert
 Josselin de Rohan
 Roger Romani
 Janine Rozier
 Bernard Saugay
 Bruno Sido
 Esther Sittler
 Michel Thiollière
 André Trillard
 Catherine Troendle
 François Trucy
 Alex Türk
 Alain Vasselle
 René Vestri
 Jean-Pierre Vial
 Jean-Paul Virapoullé

Abstention :

Nicolas Alfonsi.

N'a pas pris part au vote :

Jean Louis Masson.

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

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 €