

COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Mardi 19 mai 2009

HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)
CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

SOMMAIRE

DÉCÈS D'UN ANCIEN SÉNATEUR	1
RAPPELS AU RÈGLEMENT	1
HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)	1
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	1
Article 12 (Suite)	1
HOMMAGE À UNE DÉLÉGATION TURQUE	3
HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)	3
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	3
Article 12 (Suite)	3
Paragraphe II	10
Article 13	11
Paragraphe IV <i>bis</i>	19
RAPPEL AU RÈGLEMENT	21
CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS	21
HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence - Suite)	23
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	23
Article 13 (Suite)	23
Paragraphe IV <i>bis</i> (Suite)	23
Articles additionnels	25

SÉANCE du mardi 19 mai 2009

103^e séance de la session ordinaire 2008-2009

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :

MME MICHELLE DEMESSINE, MME CHRISTIANE DEMONTÈS.

La séance est ouverte à 14 h 30.

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

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.

Rappels au Règlement

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales.* – Il y a moins d'une heure, j'ai trouvé devant la porte de mon bureau quatre collaborateurs d'un ministère en train d'écouter la discussion qui s'y tenait et de prendre des notes. (*Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, s'étonne*) Je souhaite qu'à l'avenir les fonctionnaires du Sénat s'assurent qu'aucune personne étrangère à l'institution ne pénètre dans les couloirs pour y suivre des débats qui ne la concernent pas.

M. Guy Fischer. – L'incident mentionné par M. le président de la commission est grave et révèle la pression que le Gouvernement exerce sur le Sénat à l'occasion de l'examen du projet de loi sur l'hôpital. Malgré nos désaccords, nous reconnaissons à la commission des affaires sociales le mérite d'avoir largement réécrit le texte voté par l'Assemblée nationale. Mais nous déplorons les conditions d'examen de ce projet de loi : le Gouvernement distille ses amendements au fur et à mesure de la discussion. Qui sait combien il en a en réserve ? Soixante ? Soixante-dix ? Quatre-vingt ? Cette situation est intolérable : les droits du Parlement sont bafoués.

M. Bernard Cazeau. – Je m'associe à cette critique. La commission a travaillé nuit et jour pour élaborer un texte que le Gouvernement cherche à détricoter. A quoi bon la dernière révision constitutionnelle, qui devait rééquilibrer les relations entre commissions et ministères ? Nous sommes offusqués par cette atteinte aux droits du Parlement de

la part d'un Gouvernement prêt à tout pour arriver à ses fins. (*Applaudissements à gauche*)

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

Discussion des articles (Suite)

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Nous en étions parvenus à l'article 12.

Article 12 (Suite)

M. Alain Milon, *rapporteur de la commission des affaires sociales.* – Monsieur Cazeau, le fait que nous débattions désormais en séance du texte de la commission n'empêche nullement le Gouvernement de déposer des amendements. Chacun dans cet hémicycle dispose encore de ce droit.

L'article 12 tend à créer les communautés hospitalières de territoire. Le bilan des restructurations hospitalières passées n'est pas bon, c'est le moins que l'on puisse dire. La moitié des opérations consistent en regroupements géographiques d'activité, dont les premières victimes sont les établissements de proximité établis dans des zones déjà mal dotées : zones périurbaines, arrière-pays du littoral, campagnes isolées, petites villes. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant -il est même légitime- que les nouveaux projets se heurtent au rejet des populations et des collectivités locales.

Il est à la fois nécessaire de recomposer notre système de soins et de sauvegarder le maillage sanitaire du territoire. Une étude menée il y a quelques années par les présidents de CME a montré que les restructurations doivent leurs succès à l'implication locale et leurs échecs à la contrainte des tutelles. Il convient donc d'encourager les initiatives de terrain et de faire prévaloir une nouvelle approche de la coopération entre établissements. Le dépérissement des hôpitaux de proximité n'est pas une fatalité : même à la montagne, on peut avoir accès à des soins de qualité grâce aux efforts conjugués des élus, de l'administration et des médecins.

Le rapport Larcher recommandait d'offrir aux acteurs de terrain le moyen de bâtir ensemble leur propre projet. C'est le sens de la nouvelle communauté hospitalière de territoire, inspirée des coopérations intercommunales qui furent porteuses d'un réel dynamisme même si tous ne s'y engagèrent pas avec un égal enthousiasme.

La commission a souhaité modifier cet article pour jeter les bases d'une coopération contractuelle, fondée

sur une convention de communauté hospitalière qui traduira l'accord des parties sur un projet et fixera les modalités de sa réalisation. Les établissements devront en discuter avec l'ARS qui détient tous les leviers d'action : autorisation et contractualisation.

Nous avons donc privilégié une organisation souple, basée sur le volontariat : les acteurs locaux pourront ainsi faire preuve de leur esprit d'initiative et de leur imagination habituels et donner un second souffle à la coopération entre établissements publics.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – J'entends depuis quelques jours sur les bancs de cette assemblée une petite musique pernicieuse. On voudrait bâillonner le Gouvernement. (*Exclamations*)

M. Bernard Cazeau. – Cela ne risque pas d'arriver !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Certains considèrent comme inconvenant ou attentatoire aux droits du Parlement que le Gouvernement expose ses thèses sur tel ou tel sujet. Je fais le plus grand cas des travaux de la commission ; sur 1 500 amendements, je n'en ai déposé qu'une soixantaine.

M. Guy Fischer. – Ce n'est déjà pas mal...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Désormais, le Sénat examine en séance publique le texte adopté par la commission ; il est normal que le Gouvernement, sur des points importants, puisse rappeler sa position. Le vote de la commission n'est pas définitif ! Les sénateurs qui n'y siègent pas ont le droit de se prononcer.

S'agissant de l'architecture des communautés hospitalières de territoire (CHT), la commission a voulu modifier le texte du Gouvernement.

Je me félicite de certaines modifications que vous avez apportées, mais d'autres pourraient affaiblir la portée des communautés hospitalières de territoire.

Je pense notamment à la disparition de l'établissement-siège, notion qui a inquiété certains, alors qu'elle désigne un facilitateur et un organisateur, non un dominateur. Si trois hôpitaux locaux créent une communauté hospitalière de territoire avec un centre hospitalier, celui-ci peut les faire profiter de ses compétences en matière de systèmes d'information et de gestion prévisionnelle des emplois médicaux. On retiendra plus facilement un neurologue en lui offrant une activité partagée entre plusieurs établissements qu'avec un simple temps partiel. Plusieurs hôpitaux, dont aucun ne pourrait s'offrir une équipe de qualité, peuvent mutualiser leurs moyens en vue de la certification et combattre les infections nosocomiales.

M. Alain Fauconnier. – On peut le faire par convention.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Chacun est prêt à travailler avec autrui, mais le passage à l'acte est plus difficile. Il faut donc organiser la coopération en instituant une gouvernance spécifique à la communauté. A cette fin, je vous proposerai trois amendements qui remplaceront le 1195 rectifié.

Le premier tire les conséquences pour l'article 12 d'amendements à l'article 5, adoptés par le Sénat. Ainsi, les conseils de surveillance formuleront un avis sur les communautés hospitalières de territoire, l'adhésion étant proposée par les directoires. Le deuxième dispose que l'approbation d'une communauté la constitue et désigne l'établissement-siège. En vertu du troisième, cet établissement sera choisi par les deux tiers des commissions de surveillance représentant les trois quarts de l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

Il y aura donc un pilote dans la communauté, mais pas de nouvelle couche administrative. Comme pour la coopération intercommunale, quelques compétences devront obligatoirement être déléguées par les établissements. Je pense notamment à la politique du système d'information, à la gestion des cadres et aux investissements lourds, sans oublier les Cepom. Votre commission des affaires sociales souhaite instituer une commission de communauté réunissant les présidents des conseils de surveillance, les directeurs et les présidents des CME. Cette sorte d'assemblée générale satisfait mon objectif d'associer toutes les parties prenantes, mais le primat de l'efficacité me fait préférer un conseil de surveillance, un directoire et une CME communautaires.

Par ailleurs, j'ai accepté que le directeur de l'établissement-siège ne nomme plus les directeurs des autres établissements. Avant de créer une communauté hospitalière de territoire, il faudra recueillir les avis des conseils de surveillance, qui devront systématiquement délibérer si la participation d'un CHU est envisagée.

J'ajoute qu'un amendement à l'article 13 limitera strictement les pouvoirs dont dispose le directeur général de l'ARS pour imposer la création d'une communauté hospitalière de territoire : il devra faire valoir des impératifs de sécurité et de qualité des soins.

Ces suggestions devraient enrichir le débat.

M. le président. – Nous allons donc examiner trois nouveaux amendements (*vives protestations à gauche*), ce qui impose de réunir la commission. (*Marques de satisfaction sur les mêmes bancs*)

La séance, suspendue à 14 h 55, reprend à 15 h 30.

Hommage à une délégation turque

M. le président. – 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 de la République de Turquie conduite par son président, M. Murat Mercan. Cette délégation a répondu à l'invitation de M. Josselin de Rohan, président de la commission des affaires étrangères ; elle sera également reçue par M. Jacques Blanc, président du groupe d'amitié France-Turquie.

Nous sommes particulièrement sensibles à l'intérêt et à la sympathie qu'elle porte à notre institution et, au nom du Sénat de la République, je leur souhaite la plus cordiale bienvenue et forme des vœux pour que leur séjour en France contribue à renforcer les liens d'amitié entre nos deux pays. (*Mmes et MM. les sénateurs et les membres du Gouvernement se lèvent et applaudissent*)

La séance, suspendue à 15 h 35, reprend à 16 h 15.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je voudrais revenir rapidement sur la déclaration du président About et lui redire ce qui s'est passé ce matin. A la demande du rapporteur, mon directeur de cabinet avait rendez-vous avec lui salle 213 : il s'y est rendu avec un certain nombre de ses collaborateurs. A un moment donné, il a demandé à trois d'entre eux de sortir. Ceux-ci l'ont attendu dehors et en ont profité pour travailler sur les bancs du couloir attenant. A aucun moment, il n'a été question d'espionner le président de la commission ni d'écouter des conversations, d'ailleurs inaudibles depuis cet endroit.

Je me porte garante de ces collaborateurs. Ce sont des commissaires du Gouvernement, venus au Sénat à la demande du rapporteur et jamais ils n'y auraient pénétré sans autorisation. Je suis désolée de ce malentendu, d'autant que je n'ai qu'à me féliciter des excellentes relations que mon cabinet et moi-même entretenons avec la commission, son président, le rapporteur et les sénateurs qu'ils soient de la majorité ou de l'opposition. Rien de ce qu'on a cru voir ne s'est passé.

Discussion des articles (Suite)

Article 12 (Suite)

M. Alain Milon, rapporteur. – Je prie Mme la ministre de nous excuser : la commission a eu besoin de plus d'une heure et demie pour travailler à fond sur les trois amendements du Gouvernement, textes

importants que nous avons sous-amendés d'une façon qui devrait entraîner l'adhésion d'un maximum de sénateurs.

M. le président. – Voici donc les trois amendements du Gouvernement n^{os}1307, 1308 et 1309, et les sous-amendements n^{os}1310, 1311 et 1312 que la commission présente respectivement sur ces amendements :

Amendement n°1307, présenté par le Gouvernement.

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

Sous-amendement n°1310 à l'amendement n° 1307 du Gouvernement, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

I.- Remplacer les trois premiers alinéas de l'amendement n°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

Amendement n°1308, présenté par le Gouvernement.

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 directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements membres ;

Sous-amendement n°1311 à l'amendement n°1308 du Gouvernement, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

I.- Dans le deuxième alinéa du I de l'amendement n°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.- A la fin du second alinéa du II de cet amendement, remplacer le mot :

membres

par les mots :

parties à la convention

Amendement n°1309, présenté par le Gouvernement.

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.

Sous-amendement n°1312 à l'amendement n°1309 du Gouvernement, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

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

Avant le huitième alinéa ...

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

favorable

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

minutes pour me prononcer en connaissance de cause.

La séance, suspendue à 16h 25, reprend à 16 h 30.

M. Alain Vasselle. – Rappel au Règlement. Je veux souligner les conditions de travail du Sénat sur ce projet de loi et, peut-être, les textes à venir. (« *Très bien !* » à gauche)

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

M. Alain Vasselle. – Monsieur le président, je vous prie d'être notre interprète auprès du Président du Sénat et de la Conférence des Présidents. Un dialogue doit s'instaurer entre le Sénat et le Gouvernement pour trouver des conditions de travail plus satisfaisantes. Mme la ministre elle-même s'est émue, lorsque nous avons commencé à examiner le texte en commission, de découvrir les amendements du rapporteur en même temps que les sénateurs et, faute de temps, de ne pouvoir y réagir en déposant des amendements. A cause de ces conditions matérielles, qui n'ont pas permis au Gouvernement de travailler simultanément avec la commission, nous examinons aujourd'hui en séance plénière une série d'amendements gouvernementaux. Conséquence, nous refaisons le travail de commission dans l'hémicycle et multiplions les suspensions de séance. (*Vifs applaudissements à gauche*) Si nous continuons ainsi, nous allons complètement bloquer le fonctionnement du Parlement, tout au moins du Sénat ! Je ne sais pas comment l'Assemblée nationale s'en débrouillera. Quoi qu'il en soit, nous devons rapidement tirer les leçons de cette expérience ! (*Même mouvement*)

M. le président. – Pour une fois que le Sénat est à l'honneur et qu'il peut modifier profondément un texte, vous n'allez pas vous en plaindre ! (*Rires*) Du nerf ! Depuis dix jours, nous démontrons que l'Assemblée nationale n'est pas la seule à compter ! (*Applaudissements à droite et sur plusieurs bancs à gauche*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pour ma part, je n'éprouve aucune irritation, aucun énervement. Sur un point aussi structurant que la nécessité de la gradation des soins, dont le principe recueille d'ailleurs un large assentiment, il est tout à fait normal que le travail soit plus réactif, plus souple. A la demande du rapporteur, j'ai transformé un amendement en trois amendements, afin de permettre une plus grande fluidité du vote : il est normal que les sénateurs aient tenu à y réfléchir !

Je suis favorable aux sous-amendements n^{os}1310, 1311 et 1312 de la commission. (*Applaudissements à droite*) J'observe que l'amendement n°1307 pose un problème de cohérence avec les dispositions votées par le Sénat, que la commission mixte paritaire pourra résoudre.

Mme Isabelle Debré. – Eh bien ! Tout ce travail valait la peine !

M. Gilbert Barbier. – Je m'interroge sur la composition des organes de direction de l'établissement-siège de la communauté hospitalière de territoire, visés à l'amendement n°1308. Comment sera composé le directoire de cet établissement-siège ? Combien les établissements-membres y compteront-ils de représentants sachant que les membres du personnel médical doivent être majoritaires au sein du directoire ?

M. Nicolas About, président de la commission. – La question sera réglée par décret.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La convention en décidera. (*Marques d'étonnement*) Le décret pourra fixer une convention type, mais je souhaite laisser une grande liberté aux acteurs pour définir leur mode de fonctionnement. C'est la philosophie de ce texte ! (*Approbations à droite*)

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – La question est légitime, car l'expression d'établissement-siège prête à confusion. Les organes de l'établissement-siège réuniront les représentants des établissements partie à la convention. Pour lever l'ambiguïté, il suffit d'écrire « siège » dans la loi plutôt qu'« établissement-siège ».

M. Jean-Marc Juillard. – Juste !

M. François Autain. – Je veux, à mon tour, m'élever contre nos conditions de travail tout en saluant la patience du président et du rapporteur de la commission, car travailler lorsque des amendements arrivent à jet continu n'est pas simple.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Tout de même ! La commission s'est réunie une heure et quart pour examiner trois amendements !

M. François Autain. – Voilà une belle démonstration de la nécessité de modifier nos conditions de travail ! Il n'est pas concevable que la commission se détermine sur des amendements sans avoir le recul nécessaire pour formuler un avis éclairé.

Les amendements gouvernementaux, sur lesquels la commission a déposé des sous-amendements, nuiront à la cohérence de ce texte. La notion d'établissement-siège est contraire au principe de volontariat qui fonde les CHT, et à l'institution de commissions de communauté, prévues dans le texte. Nous ne pourrions donc les voter.

M. Jacky Le Menn. – Madame la ministre, votre amendement n°1307 supprimait l'approbation des conventions par le conseil de surveillance, ce qui n'est pas surprenant... il est heureux que la commission l'ait rétablie par son sous-amendement n°1311. Et comme il ne s'agit pas de partir en guerre contre le futur directeur de l'ARS, le principe d'un double assentiment a été accepté.

Ensuite, se pose le problème du siège. Lorsque vous avez présenté votre vision des coopérations, vous avez mis l'accent sur le volontariat. Le risque de déséquilibre entre les membres de la convention a été souligné. Or la notion de siège n'est pas neutre... Pour autant, nous apportons crédit à votre proposition, ce qui est peut-être naïf. Espérons que la répartition des membres du conseil de surveillance de la CHT permettra un lissage et que le fort ne l'emportera pas toujours sur le faible. Sinon, à terme, les plus petits seront avalés par les gros. Nous voterons donc les amendements gouvernementaux et les sous-amendements de la commission qui ont nécessité un examen approfondi. Je m'associe aux propos qu'ont tenus mes collègues sur nos conditions de travail peu propices.

M. Guy Fischer. – M. Autain a expliqué en quoi nous sommes contre les trois amendements gouvernementaux. Les CHT sont un outil dont le Gouvernement se dote pour transformer rapidement le paysage hospitalier. Certes, des suppressions ne sont pas prévues à court terme. Mais bientôt, les établissements de proximité seront transformés en EHPAD et de nombreux postes seront supprimés dans la fonction publique hospitalière. (*Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, soupire*)

Le sous-amendement n°1310 est adopté.

L'amendement n°1307, modifié, est adopté.

M. le président. – Je mets aux voix le sous-amendement n°1311. Qui est pour ?

M. Bernard Cazeau. – Peut-on avoir le document ? (*L'orateur brandit une feuille*) Nous n'avons que des brouillons !

M. le président. – Les documents vous ont été distribués. Le vote est commencé, vous vous prononcerez comme vous l'entendez. (*Applaudissements à droite*)

Le sous-amendement n°1311 est adopté.

M. le président. – Je mets aux voix l'amendement n°1308 ainsi sous-amendé.

M. Bernard Cazeau. – Nous n'avons pas les bons documents ! (*Mouvements divers à droite*)

M. Jean-Louis Carrère. – L'UMP n'a pas besoin de savoir sur quoi elle vote !

M. Alain Vasselle. – En réalité, la confusion vient de ce que nous votons *in fine* sur des amendements rectifiés.

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

M. le président. – Je suis strictement la procédure.

M. Nicolas About, président de la commission. – Les choses sont claires et conformes au travail de la commission : les sous-amendements apportent des

corrections, les amendements sont les textes du Gouvernement ainsi corrigés.

Le sous-amendement n°1308 est adopté.

M. Alain Vasselle. – Je continue de m'interroger sur les modalités de création des communautés hospitalières. Dans son rapport, le président Larcher a fait un parallèle entre celles-ci et les communautés de communes ou d'agglomération. Mais la communauté de communes est une institution nouvelle qui a un statut juridique propre, tandis que la création de la communauté hospitalière conduit au choix d'un établissement-siège qui exercera des compétences transférées par voie conventionnelle. Imagine-t-on une communauté de communes avec une commune-siège dotée de son propre conseil d'administration, qui déciderait au nom des autres, le tout étant réglé par convention ? Quel sera le statut juridique de l'établissement-siège ? Le président About nous dit que le système fonctionnera comme un Sivom ; je veux bien, mais je ne suis pas persuadé que ce montage réponde au souci de simplification de notre administration. (*Applaudissements sur plusieurs bancs socialistes*)

M. Yves Daudigny. – La confusion au moment des votes vient de la confusion dans laquelle nous travaillons, entre sous-amendements de la commission et amendements rectifiés. Le sous-amendement n°1312 ne fait pas que supprimer le mot « favorable », il déplace le texte. Sur le fond, je partage le sentiment de M. Vasselle. Deux logiques s'affrontent selon que la communauté hospitalière a ou n'a pas la personnalité morale. Il y a au final un vrai mélange des genres. Il faudra y revenir. (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

M. le président. – Je crois que vous avez eu toutes les explications nécessaires.

Le sous-amendement n°1312 est adopté.

L'amendement n°1309, sous-amendé, est adopté.

M. le président. – Amendement n°348, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

M. Jacky Le Menn. – Je retire cet amendement pourtant intéressant. Nous avons déjà eu du mal à mettre de la cohérence dans toute cette affaire...

L'amendement n°348 est retiré.

M. le président. – Amendement n°454, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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 du chacun des conseils régionaux concernés.

M. Guy Fischer. – Je pars battu, mais je veux que le Sénat ait connaissance de cette proposition.

M. Alain Milon, rapporteur. – Outre que les conseils régionaux n'ont pas la compétence « santé », ils ne sont pas représentés au sein des conseils de surveillance. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis pour les mêmes raisons.

Mme Marie-Christine Blandin. – N'anticipons pas la réforme des collectivités. Les conseils régionaux ont encore la compétence générale et certains, comme le permet la décentralisation version Raffarin, se sont engagés dans des actions de santé. C'est le cas du Nord-Pas-de-Calais, qui siège au titre de financeur au sein de l'ARH. Si un tel engagement reste autorisé, il est logique que les projets de convention soient transmis aux conseils régionaux concernés.

J'avais déposé un amendement pour autoriser la poursuite de cette expérimentation... que l'article 40 a fait curieusement tomber. Un amendement qui permettait aux budgets régionaux de venir en aide à celui de l'État ! (*Applaudissements à gauche*)

M. Guy Fischer. – Des expérimentations sont en effet en cours dans certaines régions, par exemple pour la formation professionnelle des aides-soignants. Il ne faut pas simplifier à l'excès. Il est inexact de dire que les régions n'ont pas la compétence. (*M. Jean-Louis Carrère applaudit*)

L'amendement n°454 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°349, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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.

M. Jean Desessard. – Cette commission serait un lieu de débat et de démocratie, où pourraient être appréhendés au mieux les besoins et attentes des usagers. La proximité est un gage d'efficacité.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'idée est intéressante, mais il ne paraît pas souhaitable que la création de la commission au niveau de la communauté soit obligatoire. Avis plutôt défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La commission des relations avec les usagers doit intervenir au niveau de l'établissement. Je veillerai à ce que les textes d'application précisent que l'établissement-siège présente une synthèse sur le fonctionnement et les expériences de chaque commission. En outre, les CHT sont libres de créer toutes les commissions, comités et autres structures qu'elles jugent utiles. Avis défavorable.

M. Jean Desessard. – Selon le rapporteur et Mme la ministre, les CHT sont libres d'instituer une commission des relations avec les usagers. Si cela dépend de leur propre initiative, il ne s'en créera guère !

L'amendement n°349 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°549, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

M. Guy Fischer. – Nous suivons notre objectif de renforcement de la démocratie sociale et sanitaire. Étant donné l'importance des mesures et des décisions qui pourraient être prises par les dirigeants de la CHT, il faut créer dans ce cadre des organes de représentation du personnel.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les dispositions concernant les CHT relèvent d'une démarche volontaire. Nous ne pouvons leur imposer ce type d'obligation, même dans un souci de démocratie. Avis défavorable.

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

L'amendement n°549 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1303, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

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.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement tire les conséquences des amendements que nous avons adoptés, selon lesquels le président du conseil de surveillance est un élu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement est excellent. Avis favorable.

L'amendement n°1303 est adopté.

M. le président. – Amendement n°456, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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 massifs 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.

Mme Annie David. – Cet amendement propose de rendre obligatoire la consultation du comité de massifs lorsque la création d'une CHT est envisagée sur l'un des territoires concernés.

Madame la ministre, vous avez déclaré à l'Assemblée nationale que la consultation des comités de massifs alourdirait le processus de constitution d'une CHT. Cet argument ne pèse guère par rapport aux enjeux territoriaux, d'autant que cette consultation ne concernerait que les établissements immédiatement limitrophes des massifs. Ces comités ont été institués par la loi montagne de 1985, et leurs compétences ont été renforcées en 1995 et en 2002. Ils veillent à ce que les besoins et les spécificités des territoires de montagne soient pris en compte, et sont chargés de réfléchir à une politique de développement durable du massif. Vous souhaitez faire de ce texte « un projet de loi d'aménagement du territoire » : cet amendement va dans ce sens.

M. Alain Milon, rapporteur. – Une consultation formelle du comité de massif alourdirait le processus de création de la CHT. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les élus, présents dans les instances de représentation, sont à même de défendre les aspirations de leur territoire. Il n'est pas souhaitable d'alourdir la procédure. Avis défavorable.

L'amendement n°456 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°550, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

de l'État dans la ou les

par les mots :

de la ou des

M. Guy Fischer. – Nous poursuivons la démarche amorcée lors de l'examen de l'article 5 avec l'adoption de notre amendement, similaire à celui de Jean-Pierre Chevènement, prévoyant que le conseil de

surveillance sera présidé par un représentant des collectivités territoriales. Ce dernier sera ainsi associé aux trop rares décisions que prendra cette instance.

Nous ne sommes pas opposés à ce que l'offre de soins soit organisée pour une large part à l'échelon régional, à condition que la coordination et la cohérence nationale y soient assurées et que les représentants des collectivités territoriales y participent activement. Nous en sommes loin, parce que vous confiez la gestion du risque aux agences régionales de santé et de l'autonomie (Arsa) et que vous écarterez les élus des centres de décisions.

Lors de nos débats sur l'article 5, un de nos collègues a remarqué très justement qu'au sein du collège des personnalités qualifiées, c'est « l'État qui contrôle l'État ». Il en est de même ici puisque le préfet, représentant de l'État dans la région, doit se prononcer sur le projet de convention, donc sur un acte qui peut être initié par le directeur général de l'Arsa, lui-même représentant de l'État. Selon nous, c'est au représentant de la ou des régions concernées de donner son avis. Mais je connais déjà votre réponse...

M. le président. – Amendement n°128, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

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

M. Jean Desessard. – Toutes les collectivités territoriales concernées par la création d'une CHT ne sont pas représentées au sein des conseils de surveillance des établissements. Le territoire de référence doit donc être fixé en concertation avec l'ensemble des élus locaux. Les conseils régionaux, notamment, négligés par ce texte, ont leur rôle à jouer du fait de leurs compétences en matière d'aménagement du territoire, de formation professionnelle ou d'éducation et de prévention dans les lycées. En outre, les territoires de santé ne doivent pas être définis selon une logique uniquement démographique. Il faut également prendre en compte la réalité sociale, géographique et environnementale.

Nous vous proposons de prévoir la consultation des élus territoriaux sur les conventions constitutives des CHT.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable sur l'amendement n°550.

Je souhaite le retrait de l'amendement n°128 puisque les élus locaux assistent au conseil de surveillance et sont, de ce fait, informés.

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

M. Alain Vasselle. – Le retrait des amendements du Gouvernement qui traitaient des établissements médico-sociaux m'amène à vous interroger sur le rôle d'un conseil général dont l'établissement médico-social entrerait dans une communauté hospitalière. Il faudrait qu'il soit associé à la convention et qu'il donne son avis.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les établissements médico-sociaux ne pourront être qu'associés à la communauté hospitalière, et non intégrés, à l'issue d'une délibération de l'instance de l'établissement, dans laquelle siège un représentant du président du conseil général. Ce dernier sera donc automatiquement informé.

L'amendement n°550 n'est pas adopté.

L'amendement n°128 n'est pas adopté.

M. le président. – 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.

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,

M. Gilbert Barbier. – Les représentants des territoires à faible densité démographique craignent que cette loi n'accélère la disparition de soins de qualité à proximité de leurs administrés. Je vous propose donc d'introduire dans ce texte un peu d'humanisme.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette précision n'est pas utile. (*M. Adrien Gouteyron s'exclame*) L'objet des CHT est bien de maintenir le maillage du territoire et d'améliorer la qualité des soins. Je demande donc le retrait de cet amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous avons, et c'est une chance, le maillage hospitalier le plus resserré du monde. La mise en place des CHT préservera ce maillage territorial exceptionnel. Ce qui le menacerait, ce serait de ne rien faire. Certains établissements n'arrivent plus à assurer la qualité des soins : il arrive que le taux de fuite dépasse 90 %, ce qui prouve que les patients n'ont plus confiance dans leur hôpital ! Vous savez, les gens votent aussi avec leurs pieds ! Grâce à la CHT, nous améliorerons la qualité des soins. Ce n'est un secret pour personne : un petit hôpital a du mal à lutter contre les infections nosocomiales. Il faut donc qu'il fasse partie d'une CHT pour préserver un maillage de qualité.

Cet amendement étant superfétatoire, j'en demande le retrait.

M. Gilbert Barbier. – Vous me faites un procès d'intention ! Je vous ai soutenue, madame la ministre, lorsqu'il a fallu fermer le service de chirurgie de l'hôpital de Champagnole ! La phrase que je propose d'ajouter ne coûte rien mais elle permet d'associer qualité à proximité, comme je l'avais d'ailleurs fait remarquer lors de la discussion générale. Cet amendement n'est donc pas superfétatoire et permet d'introduire un peu d'humanisme dans ce projet de loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je remercie M. Barbier pour son sens aigu de l'intérêt général : il a cité un excellent exemple. Je tiens à redire solennellement qu'il n'y aura aucune fermeture d'hôpital. Certes, nous pourrions être amenés à restructurer des services mais, contrairement à ce que dit M. Fischer, nous n'allons pas transformer des hôpitaux en Ehpad.

Les hôpitaux de proximité ont trois rôles complémentaires et d'abord, accueillir les urgences. Aujourd'hui, 80 % de nos concitoyens sont à moins de vingt minutes des urgences et je veux que dans deux ans, nous passions à 90 %. C'est pourquoi nous ouvrons régulièrement de nouvelles structures pour accueillir les urgences. Deuxième rôle : les soins courants. Un plâtre doit pouvoir être posé et retiré dans un hôpital de proximité. Dernier rôle, les soins post-aigus. Il s'agit, bien évidemment, de la gériatrie, mais aussi de tous les soins qui succèdent aux opérations lourdes. Il ne faut donc pas avoir une vision réductrice de l'activité des hôpitaux de proximité.

Les opérations de restructuration entraînent, le plus souvent, des investissements, grâce à une aide importante de l'État, pour, par exemple, un hélicoptère ou un nouveau service.

Enfin, jamais une restructuration n'a entraîné de réduction d'effectif, au contraire, l'emploi local progresse. Il faut en finir avec cette image péjorative.

Le mot superfétatoire était sans doute malheureux : ne voyez pas dans mes propos, cher monsieur Barbier, d'intention blessante à votre égard.

M. Alain Fauconnier. – Et l'hôpital d'Ivry, fermé depuis hier ?

L'amendement n°605 rectifié est retiré.

M. Guy Fischer. – Ce n'est pas à l'occasion de ce texte que l'on règlera les problèmes de réduction d'effectifs dans les établissements hospitaliers. Mais pas plus tard que tout à l'heure, je recevais des élus locaux et des syndicalistes de l'hôpital de Charleville-Mézières qui s'inquiètent du plan de redressement prévu par la direction, sommée de le mettre en œuvre par l'ARH. Ce plan prévoit des réductions d'effectifs et un tassement des investissements, ce qui ne manquera pas d'avoir des incidences sur la qualité des soins. C'est pourquoi nous estimons que la réforme

hospitalière en cours ne répond ni aux attentes, ni aux besoins de la population.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pourquoi ne pas parler des hôpitaux où les effectifs et les investissements augmentent ?

M. Guy Fischer. – Hier, je vous ai cité le nom des hôpitaux où les effectifs diminuent. Bien sûr, il faudra calculer le solde entre les emplois créés et ceux détruits, mais nous sommes persuadés qu'à long terme, ce solde sera négatif.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Positif !

M. le président. – Amendement n°551, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

M. Guy Fischer. – Amendement de cohérence : vous direz que nous sommes entêtés, mais nous savons que vous nous répondrez avec le même entêtement.

M. le président. – Amendement n°127, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

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

M. Jean Desessard. – Amendement de cohérence avec le précédent. Il ne s'agit pas ici d'entêtement, mais de bon sens ! (*Sourires*)

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°551 n'a de cohérente que la démarche : avis défavorable.

Même avis sur l'amendement n°127.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le groupe CRC-SPG a déposé cet amendement « par cohérence » avec un précédent amendement qui a été rejeté. Le Gouvernement ne peut donc qu'y être défavorable, ainsi qu'à l'amendement n°127.

L'amendement n°551 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°127.

M. le président. – Amendement n°606 rectifié, présenté par MM. Barbier, Charasse et Chevènement, Mme Escoffier et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

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. »

M. Gilbert Barbier. – Le projet de loi ne précise pas comment un établissement pourra se retirer d'une CHT. Notre amendement prévoit que tout établissement pourra en faire la demande ; il reviendra alors au directeur général de l'ARS de déterminer les modalités de sa sortie.

M. Alain Milon. – C'est à la convention de fixer les conditions de retrait des parties. Retrait, sinon rejet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les inquiétudes de M. Barbier n'ont pas lieu d'être. Le texte de la commission prévoit trois modes de dissolution des CHT : par décision conjointe des conseils de surveillance, sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements ou, en cas de non-application de la convention, par décision du directeur général de l'ARS après avis du préfet.

Le retrait d'un établissement aura nécessairement d'importantes conséquences patrimoniales, de même qu'un divorce ; il conduira *ipso facto* à la dissolution de la CHT, laissant aux autres établissements la liberté d'en créer une nouvelle.

L'amendement n°606 rectifié est retiré.

Paragraphe II

II. - 1° Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévu à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Les agences régionales de santé et de l'autonomie s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire bénéficient d'un financement majoré de 15 % ;

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

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

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

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

M. le président. – Amendement n°457, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le II de cet article.

M. Michel Billout. – Cet amendement tend à supprimer le II de cet article, qui prévoit un soutien financier aux établissements qui se seront engagés dans la voie de la coopération. Cette disposition a été ajoutée à l'Assemblée nationale par un amendement du rapporteur sous-amendé par le Gouvernement. Nous y sommes fermement opposés : il est inadmissible de faire varier les sommes perçues par les hôpitaux au titre de la Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) en fonction de leur participation à une CHT ou à un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Cette mesure confirme nos craintes : en favorisant la coopération, le Gouvernement cherche à réduire les dépenses plutôt qu'à améliorer la qualité de soins. Il révèle en outre son autoritarisme : alors que la coopération hospitalière reposait à l'origine sur le volontariat, le directeur général de l'ARS aura désormais le droit de créer une CHT en passant outre l'opposition de certains établissements. Les récalcitrants seront financièrement asphyxiés. Le ministère manie ainsi la carotte et le bâton.

M. Guy Fischer. – Très bien !

M. le président. – Amendement n°1196, présenté par le Gouvernement.

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

territoire

insérer les mots :

et aux groupements de coopération sanitaire

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La présentation de cet amendement servira de réponse aux auteurs du précédent. Le Gouvernement veut apporter son soutien à la coopération hospitalière, qui permet d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité des établissements. Les députés ont souhaité introduire une disposition prévoyant un soutien financier à la constitution de CHT et de GCS : une partie des crédits d'aide à la contractualisation et des crédits du Fonds de modernisation des établissements publics et privés sera prioritairement affectée aux établissements s'engageant dans de tels projets. Ceux qui prennent part à une CHT bénéficieront d'un financement majoré de 15 %.

Cet amendement tend à faire bénéficier les établissements regroupés dans un GCS de la même majoration : il devrait recueillir l'assentiment de M. le rapporteur. Ces structures sont indispensables : elles permettent de regrouper des établissements publics et privés, des professionnels exerçant en ville, des associations du secteur médico-social et d'améliorer ainsi la qualité du service rendu aux plus fragiles de nos concitoyens.

M. le président. – Amendement n°642 rectifié, présenté par M. Chevènement, Mme Laborde et MM. Mézard et Milhau.

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

M. Jean-Pierre Chevènement. – Je prends acte de l'engagement du Gouvernement de soutenir les projets de coopération, souvent dictés, il est vrai, par le directeur de l'ARH et bientôt de l'ARS.

Le projet de loi prévoit une majoration de 15 % du financement des établissements qui auront fait ce choix ; mais quelle est la somme de référence ? Notre amendement tend à préciser que c'est la moyenne des dotations accordées l'année précédente qui est ainsi majorée.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avec la même constance que ses auteurs, la commission s'est déclarée défavorable à l'amendement n°457.

Avis favorable à l'amendement n°1196. Qu'advient-il des groupements d'intérêt public (GIP) et des groupements d'intérêt économique (GIE) ?

Quant à l'amendement n°642 rectifié, il serait en effet souhaitable de préciser par rapport à quoi s'applique la majoration de 15 %, mais il ne revient pas à la commission d'en décider. Sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°457.

Retrait de l'amendement n°642 rectifié : la majoration de 15 % servira à financer des projets d'investissement. Elle s'entend donc, non pas par rapport à la dotation de l'année précédente, mais par rapport aux crédits qu'un établissement non compris dans une CHT ou un GCS aurait reçu pour un même projet.

M. Jean-Pierre Chevènement. – Il aurait fallu le dire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je le dis à présent. La parole ministérielle en séance publique fait foi.

M. Jean-Pierre Fourcade. – Mme la ministre a tout à fait raison de vouloir étendre cette majoration aux établissements membres d'un GCS. La constitution

d'une CHT prendra beaucoup de temps et nécessitera de longs débats préalables. Au contraire des GCS pourront être mis en place assez rapidement dans un grand nombre de départements. Je gage que dans quelques années, ils seront beaucoup plus nombreux que les CHT.

M. Guy Fischer. – L'argument de M. Fourcade nous donne raison (*rires*) : pour parvenir à l'objectif souhaité, c'est-à-dire la constitution de CHT, le Gouvernement sait qu'il doit être malin. La création de GCS est un premier pas. Pour y inciter les établissements, rien ne vaut une incitation financière : on a suivi le même chemin pour favoriser les regroupements intercommunaux. Le ministère s'appuiera d'ailleurs sur les ARS pour faire pression sur les établissements et faire avancer sa réforme.

La communauté hospitalière de territoire était le point emblématique du rapport Larcher. Ne tournons pas autour du pot : cette idée conduit à une révision sans précédent de la carte hospitalière. L'objectif se situe donc à une échéance plus proche de deux décennies que de cinq années, mais chaque loi de financement marquera une étape supplémentaire.

L'amendement n°457 n'est pas adopté.

L'amendement n°1196 est adopté.

M. Jean-Pierre Chevènement. – Puisque la majoration de 15 % sera calculée en se fondant sur la dotation que l'établissement hospitalier aurait perçue en l'absence de projet de coopération, je retire mon amendement.

L'amendement n°642 rectifié est retiré.

L'article 12, modifié, 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 d 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. Jean-Pierre Chevènement. – Sur ces bancs, chacun convient qu'il faut mieux organiser le système de santé sur le territoire. Certains souhaitent privilégier le volontariat, d'autres l'action de l'ARS, mais on peut aussi craindre une réforme quelque peu arbitraire.

Je ne suis défavorable ni à la communauté hospitalière de territoire, ni au groupement de coopération sanitaire, loin de là puisque les deux hôpitaux de Belfort et de Montbéliard ont été fusionnés le 1^{er} janvier 2000. En décembre 2004, le conseil d'administration a décidé de créer un plateau technique commun.

Le Gouvernement a initialement encouragé cette opération, mais on peut se demander si son texte n'est pas inspiré par une volonté plus coercitive qu'incitative. A tout le moins, le Gouvernement n'encourage pas suffisamment les projets innovants comme celui que je viens d'évoquer, malgré la participation de deux cliniques appartenant à la Mutualité. Alors que vos prédécesseurs ont encouragé cette opération, vous exigez aujourd'hui un meilleur équilibre financier, or seule la réalisation du projet permettra d'éliminer les doublons, si bien que le retour à l'équilibre est compromis par le temps pendant lequel nous attendons l'indispensable appui financier à un projet qui coûtera 300 millions d'euros.

Nous examinons avec bienveillance un projet de loi qui tend à favoriser la coopération entre hôpitaux publics et avec des structures privées, mais nous nous interrogeons sur le flou des critères d'application. Faut-il montrer patte blanche pour percevoir les crédits du plan « Hôpital 2012 » ?

M. Bernard Cazeau. – L'article 13 devait permettre à des établissements de santé publics ou privés de mettre en commun des moyens au sein de groupements de coopération sanitaire. Cette mesure aurait permis au Gouvernement de restructurer l'hôpital à grande échelle, au risque de transférer au privé toutes les activités rentables.

L'article partait pourtant d'un bon sentiment. En 1996, nous étions favorables à la création des groupements, mais les réformes de leur statut juridique en 2002 et 2005 ont créé la confusion. Comme d'habitude, certains décrets d'application manquent et seules trois des six catégories de groupements originalement prévues peuvent être légalement constituées : les autres ont été démantelées par la justice pour non-respect des procédures.

Il fallait donc agir, ce que vous faites, mais en réformant une nouvelle fois le statut des groupements de coopération sanitaire, dont vous laissez subsister trois modalités : le groupement de moyens, le groupement constitué en réseaux de santé et le groupement d'établissements de santé. A dire vrai, la troisième variante ayant la qualité d'établissement de santé, seules les deux premières constituent des instruments de coopération inter-hospitalière.

La commission a clarifié les groupements de moyens, mais elle a laissé au Gouvernement le soin de mieux définir les groupements d'établissements de santé.

Ainsi, les groupements de coopération sanitaire « de moyens » pourraient mettre en commun des moyens et des activités, sans que leurs membres ne soient dépossédés des autorisations correspondantes. D'autre part, la commission a souhaité que le conseil de surveillance des établissements se prononce sur l'adhésion à un groupement, ce qui écarte l'autorisation que vous vouliez donner aux ARS d'imposer pareille fusion d'activité. Nous nous réjouissons de ce changement, car les établissements sont très attachés aux autorisations sanitaires obtenues.

Nous avons plaidé en faveur d'un volontariat et d'incitations financières substantielles. La première proposition a été acceptée, mais l'article 40 de la Constitution a été opposé à la seconde.

Enfin, plusieurs amendements adoptés par l'Assemblée nationale favorisent la représentation du personnel hospitalier et des usagers au conseil de surveillance du groupement. Nous voulons préserver cet acquis de démocratie sanitaire. (*M. Jacky Le Menn applaudit*)

M. Alain Milon, rapporteur. – L'Igas a constitué en 1999 un groupe de travail chargé d'explorer les voies d'une coopération accrue entre établissements publics et privés. Après avoir envisagé de reconnaître aux groupements de coopération sanitaire la qualité d'établissements de santé -ce qui aurait abouti à créer une troisième catégorie hospitalière dont le statut et les agents pourraient être publics ou privés- le groupe de travail a écarté cette novation juridique aux implications « probablement redoutables ». Il en a déduit que la mutation du groupement de coopération sanitaire ne fournirait pas de solution satisfaisante. Le texte initial du projet de loi nous a d'autant moins

convaincus du contraire qu'il négligeait les inconvénients de cette solution.

Votre texte tend à transformer les agences régionales de l'hospitalisation, qui sont des groupements d'intérêt public, en agences régionales de santé, qui seraient des établissements publics, mais il ne transforme pas les groupements de coopération sanitaire en établissements de santé, bien qu'un amendement gouvernemental autorise le directeur général de l'ARS à ériger un groupement de coopération sanitaire en établissements de santé.

Nous avons été surpris par l'absence de tout transfert de moyens au profit du groupement. En outre, rien n'était dit quand au droit de celui-ci. Il paraît que cela n'est pas nécessaire...

Le nouvel établissement serait probablement à but non lucratif. Au demeurant, chacune des deux solutions pourrait soulever des difficultés.

On n'envisage pas non plus l'éventuel transfert du personnel, ni le sort des praticiens liés par contrat aux anciens membres du groupement. Devenus « membres » de l'établissement public ou privé, les anciens membres du groupement resteront-ils liés par une convention devenue sans objet ? Devront-ils honorer les éventuelles dettes du nouvel établissement ?

Enfin, la détermination du choix de la tarification du nouvel établissement ne me semble nullement conforme au principe d'égalité. Elle pourrait en outre susciter des effets d'aubaine.

Bref, nous avons besoin d'une coopération accrue entre les secteurs publics et privés, mais je me demande si son organisation n'exige pas un peu plus de rigueur que celle du texte initial.

L'amendement du Gouvernement répond à ces interrogations.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous voulons des groupements de coopération sanitaire plus opérationnels.

Cet article organise mieux l'intervention du directeur général de l'ARS dans le cadre de la nouvelle gouvernance et de la coopération inter-hospitalière.

Un groupement de coopération sanitaire permet d'associer les établissements publics, des établissements privés, mais aussi des professionnels de santé libéraux, des centres de santé et des organismes médico-sociaux.

Sur un ou plusieurs territoires, sur une ou plusieurs régions, on compte plus de 230 groupements de coopération sanitaire dont 43 % associent public et privé. Le texte de votre commission améliore le cadre juridique de la mise en commun des moyens. Sur cette base solide, le Gouvernement souhaite ouvrir la possibilité d'aller plus loin et reconnaître par un

amendement aux titulaires d'une autorisation de soins le rôle d'établissements de santé. Une trentaine d'établissements en ont usé depuis 2003. Il serait impensable de remettre en cause l'action de ces pionniers. Cette reconnaissance offrirait un double avantage car elle sécuriserait la prise en charge des patients tout en simplifiant la gestion de ces coopérations. Le groupement de coopération sanitaire établissement de santé serait la forme la plus aboutie de coopération.

Inspiré des communautés hospitalières de territoire, un tel outil était attendu, indispensable même. Mon amendement rétablit en outre la possibilité pour tous les groupements de recevoir les crédits liés aux Migac s'ils assument celles-ci à la place de leurs membres.

Nous évoquerons la coordination de l'évolution du système de santé, dans le volontariat. Toutefois, un peu comme pour la coopération intercommunale, un seul établissement ne saurait faire obstacle à un projet cohérent et attendu.

Enfin, la mise à disposition de plein droit du personnel assure le transfert de celui-ci dans le respect de ses droits. Il est très attaché à cette disposition qui le sécurise en optimisant la gestion de ses établissements d'origine.

M. le président. – Amendement n°458, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Vos objectifs sont très clairs, madame : donner les moyens de l'évolution du système hospitalier. La commission a très profondément remanié cet article -cela intéressera les députés qui siègeront en commission mixte paritaire... Sans emporter notre conviction, cette nouvelle rédaction comporte des modifications qui vont dans le bon sens, car le texte initial constituait une véritable poudrière, tant il soulevait de questions sans réponse. Le groupement sanitaire de moyens cadre bien les choses mais le Gouvernement, avec son amendement, tend à réintroduire la possibilité d'en faire de véritables établissements de santé. Nous nous opposons à des coopérations avec le privé qui renforceront la tentation de détruire le service public de santé. Nous pouvons d'autant moins l'accepter que le privé a déjà prouvé sa capacité à construire sa suprématie en s'accaparant les activités les plus rentables.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission, qui n'est pas masochiste, a trop longuement travaillé sur cet article pour être favorable à sa suppression.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le masochisme n'est pas non plus mon fort. Avis défavorable.

L'amendement n°458 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°619 rectifié *bis*, présenté par Mmes Laborde et Escoffier et MM. Marsin, Mézard, Milhau et Vall.

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

M. Jean Milhau. – Ces coopérations étant appelées à jouer un rôle majeur, nous souhaitons permettre aux pôles et aux maisons de santé d'adhérer à un groupement de coopération sanitaire sans l'accord du directeur général de l'ARS.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Comme vous l'avez entendu dans mon intervention liminaire, cet amendement est satisfait. Vous pouvez le retirer.

M. Jean Milhau. – Comment ne pas vous croire ? Je suis obligé de vous faire confiance.

L'amendement n°619 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°559 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6133-2 du code de la santé publique, après les mots :

ou privés

insérer les mots :

d'intérêts collectifs

Mme Annie David. – Nous entendons préciser par cet amendement que parmi les établissements privés, seuls ceux d'intérêt collectif peuvent être membres des groupements de coopération sanitaire. Notre position est la même qu'à propos de la création de centres de soins par des établissements privés. Les pouvoirs publics n'ont pas à alimenter la clientèle du secteur privé et ce ne doit pas être l'objet du projet. Au demeurant, les cliniques privées voient leur chiffre d'affaires augmenter continûment : 10,5 % en 2005, 2,1 % en 2006...

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, les groupements ont pour objet de permettre ces coopérations.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable pour les mêmes raisons : j'ai dit que 43 % des groupements de coopération sanitaire associent public et privé.

L'amendement n°559 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°558, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

et est transmise au représentant de la ou des régions concernées

M. Michel Billout. – Nous avons déjà dit notre regret d'une insuffisante association des représentants des collectivités territoriales, notamment régionales. C'est qu'ils constituent un contrepouvoir que vous ne pouvez accepter.

Pourtant, les groupements de coopérations sanitaires, pouvant provoquer, surtout sous la pression du directeur général des ARS, le regroupement ou la fermeture de plusieurs établissements publics de santé, il serait logique que les représentants des conseils régionaux intéressés par l'offre de soins sur leurs territoires, soient informés de la création de convention. Les régions contribuent souvent à la pérennité et à la qualité de l'offre de soins dans leur territoire en aidant à la création de maisons de santé par exemple.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il n'y a pas lieu de soumettre la conclusion de ces conventions à un formalisme excessif. Avis défavorable.

L'amendement n°558, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°560, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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.

Mme Annie David. – Nous sommes opposés à ce que les groupements de coopération sanitaire puissent avoir une autre forme juridique que la personnalité morale de droit public. La rédaction de cet amendement d'appel est imparfaite mais il traduit notre opposition à la participation des établissements de santé privés commerciaux à l'exécution des missions de service public, surtout quand cette participation donne l'illusion aux patients qu'il n'y a pas de différence entre le public et le privé lucratif. Une illusion qui cesse bien vite, lorsqu'on propose aux patients des soins non urgents ou ne relevant plus des missions de service public et qu'on leur impose des tarifs qui ne sont plus opposables et font peser sur eux d'importants reste-à-charge.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il ne faut pas confondre statut privé et caractère lucratif. Je vous rassure, madame David, le texte prévoit qu'un GCS de droit privé ne peut avoir de but lucratif.

L'amendement n°560 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°561, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

peuvent assurer,

insérer les mots :

dans le respect des tarifs opposables,

M. Michel Billout. – Cet article 13 installe le cadre juridique du fonctionnement des groupements de coopération sanitaire. Il faut que le cadre de ces coopérations soit bien précisé dans le texte même de la loi. Nous proposons d'indiquer que les membres du groupement peuvent assurer leurs prestations médicales exclusivement dans le respect des tarifs opposables, ce qui est conforme au caractère non lucratif du groupement. Par ailleurs l'alinéa suivant indique que les libéraux intervenant dans ces groupements peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte, mais sans autre précision, laissant les conditions de rémunération à une réglementation à venir. Le législateur ne peut se soustraire à sa mission, il doit dire la loi dans son entier et préciser que dans un groupement de coopération sanitaire les dépassements d'honoraires n'auront pas leur place.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable car ces professionnels de santé n'interviennent pas pour le GCS, ils assurent leurs prestations, dans le cadre de leur coopération, pour des patients pris en charge par le GCS.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est le principe des prestations médicales croisées : le patient peut bénéficier des soins de tout professionnel membre du GCS. Le niveau des tarifs des libéraux au sein du GCS est encadré par la convention approuvée par le directeur général de l'ARS. Le groupement permet un cadre commun d'intervention. S'il ne peut avoir de but lucratif et s'il a vocation à assurer des missions de service public à tarif opposable, généraliser ces tarifs entraverait ces coopérations. Avis défavorable.

L'amendement n°561 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1198 rectifié, présenté par le Gouvernement.

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. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement complète 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. Je propose donc de compléter l'excellente rédaction de la commission en ouvrant aux GCS la possibilité d'aller plus loin dans leur coopération. On dénombre à la fin de l'année dernière 230 GCS : c'est dire l'intérêt de la formule. Mais on mesure maintenant certaines limites à la coopération.

Depuis 2003, un GCS peut être titulaire d'autorisations d'activité de soins et il peut, dans le cadre d'expérimentations, être directement financé par l'assurance maladie pour les soins dispensés. Cette expérimentation a cessé au 1^{er} janvier dernier, elle avait permis la création de 30 GCS détenant des autorisations d'activité de soins et dispensant des soins remboursés aux assurés sociaux. La part du partenariat public-privé y est prépondérante : deux tiers de ces GCS ont un partenaire privé qui est, dans la moitié des cas, une clinique privée. C'est un succès qui répond à deux grands objectifs : mutualiser les compétences rares et les plateaux techniques coûteux ; maintenir dans les territoires fragilisés la qualité et la sécurité des soins.

Dès lors que ces groupements ont fait la preuve de leur efficacité et que les établissements veulent y

recourir, nos concitoyens ne comprendraient pas qu'on les en prive. D'où cet amendement qui donne un cadre plus sécurisé à ces coopérations. Il reconnaît aux GCS titulaires d'une autorisation d'activité de soins les droits et les obligations des établissements de santé. Cela sécurise 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. Cela simplifie aussi la gestion de ces coopérations public-privé, toujours complexes. En matière de sécurité juridique, le GCS répond aux critiques du Conseil d'État pour lequel une entité titulaire d'une autorisation de soins doit être qualifiée d'établissement de santé. Le GCS de moyens exploitant une autorisation de soins constitue une exception susceptible de conduire à d'inextricables difficultés.

J'ai souhaité tenir compte des interrogations de la commission en encadrant le droit d'option entre les échelles tarifaires publiques et privées. Les modalités de choix seront définies par décret et il appartiendra à l'ARS de décider de l'échelle applicable. Voilà qui évitera les effets d'aubaine que dénonçait le rapporteur.

Les GCS-établissements de santé sont une forme aboutie de coopération, un outil attendu par les professionnels, indispensable à la poursuite des partenariats public-privé, c'est le pendant de la CHT, formule qui n'est ouverte qu'aux établissements publics.

Il est nécessaire de rétablir la possibilité pour tous les GCS, y compris pour ceux qui ne sont pas qualifiés d'établissements de santé, de bénéficier directement des crédits au titre des Migac dès lors que ces GCS les assumeront à la place de leurs membres. Cela garantit une plus grande transparence financière puisque les moyens ne transitent plus par les membres du groupement. Et cela donne un levier aux ARS pour promouvoir des politiques régionales ou interrégionales, notamment dans le domaine de la recherche.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il était prévu que la commission s'occuperait des GCS de moyens et le Gouvernement des GCS d'établissement. Sur le paragraphe I, la commission émet un avis de sagesse plutôt favorable. Quant au paragraphe II, nous l'avons supprimé, jugeant qu'il posait problème.

La commission, considérant le II difficilement applicable, l'avait supprimé. Pour autant, elle ne demande qu'à être convaincue de son utilité. Sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce mode d'attribution des Migac est le seul moyen que nous ayons trouvé de financer la recherche.

M. Guy Fischer. – Des exemples ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je pourrais vous en donner...

L'amendement n°1198 rectifié est adopté et devient article additionnel.

Paragraphe IV bis

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. »

M. le président. – Amendement n°351, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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.

M. Jacky Le Menn. – Actuellement, toutes les structures de coopération publiques relevant du code de la santé publique ou du code de l'action sociale ne peuvent, à moins d'opter pour le privé, qui n'a pas les mêmes scrupules, cotiser au Fonds pour l'emploi hospitalier et au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées de la fonction publique. Seuls les établissements relevant de l'article 2 de la loi de 1986 le peuvent. D'où la solution que je propose.

M. Alain Milon, rapporteur de la commission. – Si ces structures doivent payer, une solution doit être trouvée. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je m'étonne que cet amendement soit passé sous les fourches caudines de l'article 40 car il crée à l'évidence pour les établissements une charge

nouvelle sans être gagé. Bien que je sois sensible à l'alimentation des ces deux fonds, défavorable.

L'amendement n°351 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°239 rectifié, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc.

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

M. Alain Vasselle. – Il s'agit de tirer les conséquences de l'éventuelle adoption d'un amendement que j'ai déposé, portant article additionnel avant l'article premier et dont la discussion a été reportée à la fin de l'examen des articles du titre premier. Bref, il peut sembler tomber dans nos débats comme un cheveu sur la soupe...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Disons plutôt qu'il s'agit d'un cavalier...

M. Alain Vasselle. – Par cet amendement, je veux attirer l'attention du Gouvernement et du Sénat sur le secteur optionnel, dont M. Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, avait proposé la création par voie conventionnelle entre la Cnam et les syndicats professionnels de santé pour régler la question des dépassements d'honoraires. D'une part, ce secteur optionnel, tel que défini dans une précédente loi de financement, n'est ouvert qu'aux libéraux pratiquant la médecine de ville. Faut-il prévoir une mesure législative pour les libéraux exerçant en établissement de santé ? Si la question est réglée par voie conventionnelle, l'amendement ne s'impose plus. D'autre part, M. Xavier Bertrand s'était engagé à agir si les négociations n'aboutissaient pas. Or le protocole de juillet 2008 n'ayant pas donné de résultats, les dépassements d'honoraires continuent d'entraver l'accès aux soins. Deux tiers des actes chirurgicaux sont pratiqués dans des cliniques privés qui facturent des dépassements peu remboursés par les mutuelles... Le secteur optionnel a vocation à encadrer ces dépassements, notamment lorsque les cliniques sont en situation de monopole ou sont engagées dans des missions de service public. Pour finir, rappelons que le Président de la République, dans son discours de Bletterans, a réaffirmé la nécessité du secteur optionnel.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le secteur optionnel n'existant pas encore, retrait ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement d'appel vise à donner une impulsion forte à la création du secteur optionnel, à laquelle le Gouvernement est favorable. Sa création doit être le fruit d'une négociation conventionnelle renouée dont vous avez brillamment, monsieur Vasselle -futur rapporteur général de la loi de financement (*sourires*) selon les termes du nouveau Règlement du Sénat- cité

les acteurs : les médecins, l'assurance-maladie et les assurances complémentaires qui prennent en charge environ un tiers des dépassements. Les négociations sont lancées depuis plusieurs mois, des progrès ont été accomplis. Votre amendement sera l'occasion d'indiquer aux négociateurs la ferme volonté du Gouvernement et de la représentation nationale sur ce dossier, dont nous aurons l'occasion de rediscuter avant la prochaine loi de financement. Au bénéfice de ces observations, je sollicite, monsieur Vasselle, de votre bienveillance le retrait de cet amendement.

M. Alain Vasselle. – Mme la ministre a su trouver les mots pour me convaincre... (*Sourires*) L'amendement était effectivement l'occasion d'indiquer aux négociateurs notre volonté commune et d'alerter les professionnels sur l'exclusion des libéraux exerçant en établissement du secteur optionnel pour qu'ils soulèvent ce point auprès de leurs représentants.

L'amendement n°239 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°620 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.

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.

M. Gilbert Barbier. – Nous souhaitons introduire de la concertation dans cette procédure brutale qui permet au directeur de l'ARS d'imposer autoritairement une coopération, un groupement ou encore une fusion. Tout d'abord, nous prévoyons que le directeur transmettra sa demande aux organes de l'établissement.

Surtout, il pourra faire avec eux le point des conséquences économiques qui résulteront de la fusion ; les élus s'inquiètent à bon droit du devenir des emplois et des locaux. La concertation ne peut être que bénéfique.

La seconde partie de l'amendement fixe un délai d'un an avant que le directeur de l'ARS, sa décision n'ayant pas été suivie d'effet, ne prenne les dispositions appropriées.

M. le président. – Amendement n°352, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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.

M. Jean Desessard. – On ne peut sérieusement risquer de mettre en péril le fonctionnement d'un établissement au motif qu'il refuse la coopération qu'on lui impose, et ce sans aucune concertation. Ce déni de démocratie et ces menaces de sanctions financières témoignent du peu de crédit que le Gouvernement accorde aux acteurs du secteur hospitalier. S'il craint de voir sa réforme échouer, c'est qu'elle est mauvaise et qu'elle va désorganiser encore davantage un secteur déjà accablé de réformes inabouties.

M. le président. – Amendement identique n°562, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Mme Isabelle Pasquet. – Je défendrai également l'amendement n°563. Nous sommes opposés à ce que le directeur de l'ARS puisse sanctionner financièrement les établissements publics de santé qui refuseraient une décision de fusion. L'existence d'une telle menace s'apparente à du chantage...

M. Guy Fischer. – C'est du chantage !

Mme Isabelle Pasquet. – ...et empêche de considérer la décision de coopération comme volontaire. D'où notre amendement n°562.

M. le président. – Amendement n°563, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-3 du code de la santé publique.

Mme Isabelle Pasquet. – Nous refusons que, devant le refus d'un établissement de santé de constituer une communauté ou un groupement, le directeur de l'ARS puisse imposer une fusion. Nous plaidons pour un volontariat fondé sur la satisfaction des besoins des populations.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est favorable à la première partie de l'amendement n°620 rectifié *bis* ; si d'autre part l'idée de fixer un délai est séduisante, elle se heurte à l'urgence et à la variété des situations.

Avis défavorable aux amendements n°352 et 562.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Mon avis sur l'amendement de M. Barbier sera à l'inverse de celui de la commission.

M. le président. – Il y a la sagesse du Sénat !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne vois pas comment le directeur de l'ARS pourrait prendre une décision sans avoir discuté, entraîné, essayé de convaincre, bref concerté. Le délai d'un an

me semble améliorer le dispositif, mais je suis sensible à l'argument de l'urgence ; j'ai à l'esprit quelques cas extrêmes, où la sécurité des patients était en péril. Je m'en remets à la sagesse de la Haute assemblée.

Avis défavorable aux amendements n^{os} 352 et 562.

M. Gilbert Barbier. – Je rectifie mon amendement pour en supprimer la seconde partie.

Mme Annie David. – Nous soutiendrons cet amendement -en regrettant que M. Barbier ne nous ait pas suivis sur l'amendement n°556, qui associait le comité de massif au conseil de surveillance. L'Association nationale des élus de montagne n'a pas été entendue.

L'amendement n°620 rectifié ter est adopté.

Les amendements identiques n°352 et 562 ne sont pas adoptés.

La séance est suspendue à 18 h 55.

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD FRIMAT,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 30.

Rappel au Règlement

M. Yannick Botrel. – Cette journée du 19 mai est celle de la mobilisation des producteurs laitiers dans toute la France. La baisse de 30 % du prix du lait est consécutive à une décision unilatérale des industriels. L'interprofession ne joue plus son rôle d'instance de concertation et de décision depuis que les industriels pratiquent la politique de la chaise vide. L'effondrement du prix du lait va assécher la trésorerie des exploitations et plonger les agriculteurs dans une situation intenable. Avec un prix de revient supérieur au prix de vente, beaucoup seront acculés à la faillite.

Si la crise actuelle a des causes immédiates, elle est due à la dérégulation en œuvre depuis 2003, à la baisse des prix d'intervention et des restitutions à l'exportation, à la suppression des aides au marché intérieur, à la fin engagée des quotas laitiers. Ajoutons-y la loi de modernisation de l'économie qui a placé la grande distribution en position dominante.

Cette crise était annoncée depuis un mois déjà par les responsables professionnels. Qu'ont fait les pouvoirs publics ? Rien.

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 ne profite même pas aux consommateurs.

Le groupe socialiste qui apporte son soutien et sa solidarité aux producteurs laitiers est très préoccupé

par l'ampleur de cette crise et les conséquences que cette déstabilisation de la production aura dans beaucoup de régions. Il souligne l'urgence pour le Gouvernement de trouver de vraies réponses à une situation dramatique. (*Applaudissements à gauche*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Gouvernement a pris toute la mesure de la crise que subit la filière du lait, de la somme des drames que vivent les exploitants et leurs familles. M. Barnier a annoncé des mesures, qui sont bien le signe de l'attention particulière que le Gouvernement porte à toute cette filière. (*Applaudissements à droite*)

Conférence des Présidents

M. le président. – Voici les conclusions de la Conférence des Présidents sur l'ordre du jour des prochaines séances du Sénat. La semaine prochaine est transférée au Gouvernement. En contrepartie, le Sénat a décidé de reporter une partie de la semaine de contrôle dans la semaine initialement réservée par priorité au Gouvernement, à partir du 10 juin.

LUNDI 25 MAI 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 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

A 9 heures 30 :

Dix-huit questions orales.

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 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.

MERCREDI 27 MAI 2009

A 14 heures 30 :

Ordre du jour fixé par le Sénat :

Débat sur les travaux de la mission commune d'information sur la politique en faveur des jeunes.

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 21 heures 30 :

Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

JEUDI 28 MAI 2009

A 9 heures 30 :

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

A 15 heures et le soir :

Questions d'actualité au Gouvernement.

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

Suite de l'ordre du jour du matin.

VENDREDI 29 MAI 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 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

A 15 heures et le soir :

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.

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, tendant à modifier l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et à compléter le code de justice administrative.

MERCREDI 3 JUIN 2009

A 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 ;

JEUDI 4 JUIN 2009

Journée mensuelle réservée aux groupes de l'opposition et aux groupes minoritaires :

A 9 heures, à 15 heures et, éventuellement, le soir :

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.

Question orale européenne avec débat de M. Richard Yung à M. le Premier ministre sur l'avenir de la politique sociale européenne (demande du groupe socialiste).

Proposition de loi pour le développement des sociétés publiques locales, présentée par M. Daniel Raoul et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Semaine réservée par priorité au Gouvernement

LUNDI 8 JUIN 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 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).

MARDI 9 JUIN 2009

A 9 heures 30 :

Dix-huit questions orales.

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 15 heures et le soir :

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).

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).

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).

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).

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).

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).

Pour ces six projets de loi, la Conférence des Présidents a décidé de recourir à la procédure simplifiée.

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, antérieurement prévues
les 25 et 27 mai.**

MERCREDI 10 JUIN 2009

A 14 heures 30 et le soir :

Débat sur le service civil volontaire (demande du groupe RDSE).

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.

Question orale avec débat n° 34 de Mme Marie-France Beauvils (CRC-SPG) à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi sur la réforme de la taxe professionnelle.

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

A 9 heures :

Question orale avec débat de Mme Bernadette Dupont (UMP) à Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité sur le plan autisme 2008-2010.

Question orale avec débat de M. Jean-Jacques Mirassou (Soc.) à M. le Premier ministre sur l'avenir du programme de l'Airbus A400M.

A 15 heures :

Questions d'actualité au Gouvernement.

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.

Semaine réservée par priorité au Gouvernement

MARDI 16 JUIN 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 15 heures et le soir :

Projet de loi portant réforme du crédit à la consommation.

MERCREDI 17 JUIN 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 14 heures 30 et le soir :

Déclaration du Gouvernement, suivie d'un débat, préalable au Conseil européen des 18 et 19 juin.

Suite du projet de loi portant réforme du crédit à la consommation.

JEUDI 18 JUIN 2009

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

A 9 heures 30, à 15 heures et le soir :

Suite du projet de loi portant réforme du crédit à la consommation.

L'ordre du jour est ainsi réglé.

**Hôpital, patients, santé et territoires
(Urgence - Suite)**

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

Discussion des articles (Suite)

Article 13 (Suite)

Paragraphe IV bis (Suite)

M. le président. – Amendement n°1197, présenté par le Gouvernement.

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.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je souhaite que la création d'une CHT résulte du volontariat, mais il ne faut pas pour autant exclure la possibilité d'agir au cas où un blocage surviendrait pour une raison injustifiée. Je reconnais que la rédaction du projet de loi initial n'était pas assez claire sur ce point.

Cet amendement n'innove pas : il reprend la même procédure que celle qui permet actuellement à un directeur d'ARH d'imposer une fusion à des

établissements, et qui au demeurant n'a pas été appliquée depuis dix ans. On ne va pas au-delà, on met le dispositif en cohérence avec la CHT et l'ARS.

M. Alain Milon, rapporteur. – Favorable à cette conclusion à notre longue discussion sur la CHT, que nous avons voulue volontaire.

M. Guy Fischer. – Nous arrivons au terme de cet article : je ne rappellerai pas toutes nos craintes et désaccords de fond. Avec cet amendement, le Gouvernement se dote d'un outil...

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

M. Guy Fischer. – Certes, et d'ailleurs Mme la ministre a rappelé que ce dispositif relatif aux fusions figurait dans le code de la sécurité sociale. On nous a dit que l'utilisation de cet outil serait exceptionnelle, que durant les huit dernières années, il n'y avait pas eu de fusion autoritaire. Pourtant, nous craignons qu'à terme nous assistions à une profonde modification du paysage hospitalier, avec des conséquences prévisibles sur l'emploi. Bien entendu, nous voterons contre cet amendement.

L'amendement n°1197 est adopté et l'article additionnel est inséré.

M. le président. – Amendement n°563, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-3 du code de la santé publique.

Mme Annie David. – Cet amendement a déjà été présenté avec l'amendement n°562.

L'amendement n°257 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°353, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

M. Jean Desessard. – Un établissement hospitalier participant à la vie économique et sociale d'une cité, en cas de fusion, les représentants des collectivités concernées doivent être préalablement consultés par le directeur général de l'ARS avant qu'il ne prenne sa décision.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°563 comme à l'amendement n°353, car en cas de fusion, le conseil de surveillance, au sein duquel siègent des élus, est consulté.

M. Jean Desessard. – Tous les élus n'y siègent pas !

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

L'amendement n°563 n'est pas adopté.

L'amendement n°353 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°621 rectifié, présenté par M. Vall et Mme Escoffier.

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.

M. Raymond Vall. – Quand la fusion est volontaire, il serait légitime de la protéger : l'ARS devrait garantir les lits de médecine et de soins de suite.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, car cet amendement est partiellement satisfait par l'article L. 1434-7 qui prévoit que les autorisations en matière de transformation et de regroupement d'établissements doivent être compatibles avec les objectifs précisés dans le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros).

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement lierait la compétence du directeur général de l'ARS en matière de fusion d'établissements publics alors qu'il lui appartient de juger au cas par cas de l'importance de la réorganisation. Mais, à dire vrai, vous n'avez aucun souci à vous faire, monsieur Vall : les recompositions hospitalières ne se traduisent jamais par la fermeture de lits de médecine et de soins de suite. Je fais quatre à cinq visites sur le terrain par semaine : les réorganisations territoriales conduites par les élus et les professionnels se traduisent toujours par une augmentation des capacités d'accueil en médecine et en soins de suite et de rééducation. Votre amendement est donc satisfait sur le fond.

M. Raymond Vall. – En raison des explications et des assurances qui viennent de m'être données, je retire mon amendement.

L'amendement n°621 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°564, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 6131-4 du code de la santé publique.

M. Guy Fischer. – Depuis le début de ce débat, nous ne cessons de dénoncer l'émergence d'un véritable plan social dans les établissements publics de santé. Or cet article prévoit que les directeurs des ARS 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, cette disposition figure noir sur blanc dans votre projet de loi. J'ai parlé tout à l'heure de l'hôpital de Charleville-Mézières et de la fermeture de la maternité d'Ivry.

M. Gérard Vincent, délégué général à la Fédération hospitalière de France, déclarait 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 ». De très nombreux établissements, étouffés par la T2A et par la convergence, que vous avez reportée en 2018, sont obligés de supprimer des postes. Cette contrainte sera encore plus grande demain. Ainsi, à Marseille, les économies ont porté entre 2000 et 2008 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-remplacement des départs en retraite. A Nantes, ce sont 200 postes qui ne seront pas renouvelés et à Nancy...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pourquoi ne pas citer les établissements qui embauchent ?

M. Guy Fischer. – Je ne connais que ceux qui débauchent ! (*On s'amuse*)

Mme Annie David. – Chacun sa version, madame la ministre !

M. Guy Fischer. – Vous refusez d'admettre que les hôpitaux sont contraints de procéder à des suppressions de postes. Je vous le dit gentiment, madame la ministre, mais j'ai du mal à masquer ma colère intérieure ! (*Exclamations à droite*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces dispositions ont été prévues par l'ordonnance du 2 mai 2005. Elles ne sont donc pas nouvelles même si elles figurent dans le projet de loi : avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne me lasse pas d'écouter M. Fischer et je ne me lasse pas de lui répondre. (*On s'amuse à droite*) L'hôpital est un corps vivant, qui s'adapte de façon continue aux besoins des populations et des territoires. C'est d'ailleurs la raison d'être de ce projet de loi. Un seul exemple : vous avez dit que la maternité d'Ivry avait fermé, mais vous avez oublié de signaler que le même jour, la maternité du Kremlin-Bicêtre réouvrait : hier, le premier bébé, Andréa, y est né ! Voilà la réalité de l'hôpital français qui se réadapte et qui a un solde net d'emplois. C'est pourquoi je suis défavorable à cet amendement.

A la demande du groupe CRC-SPG, l'amendement n°564 est mis aux voix par scrutin public.

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

Nombre de votants.....333
 Nombre de suffrages exprimés.....332
 Majorité absolue des suffrages exprimés167

Pour l'adoption138
 Contre194

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n°564 n'est pas adopté.

*L'article 13, modifié, est adopté,
 ainsi que les articles 13 bis et 13 ter.*

L'article 13 quater a été supprimé par la commission.

Articles additionnels

M. le président. – Nous en arrivons à l'examen d'articles additionnels après l'article premier, précédemment réservés.

Amendement n°237 rectifié, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc.

Avant l'article 1er, 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.

M. Alain Vasselle. – Nous avons déjà abordé ce sujet : l'augmentation des dépassements d'honoraires et du nombre de praticiens pouvant pratiquer des honoraires libres pose aujourd'hui des problèmes d'accès aux soins dans certaines spécialités. Certes, cela relève de la négociation entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie mais pour que les objectifs d'accessibilité fixés par ce projet de loi puissent être atteints, il est nécessaire d'encourager fortement la création d'un secteur conventionnel optionnel.

Les négociations, entamées depuis plusieurs années, paraissent près d'aboutir. Les parties se sont accordées sur un taux maximum de dépassement plafonné -ce qui devrait rassurer MM. Cazeau et Fischer-, un pourcentage minimal d'actes au tarif opposable, la prise en charge des cotisations sociales du médecin pour la part facturée au tarif opposable, et celle des dépassements plafonnés par les organismes complémentaires.

Un problème juridique risque de se poser. On m'a dit que le PLFSS ne serait pas le véhicule idoine pour un amendement de cette nature ; c'est pourquoi j'ai déposé celui-ci sur ce projet de loi. Je vais le retirer mais Mme la ministre il est urgent d'agir.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il est vrai que le support juridique de l'amendement pourrait être contesté, puisque les dépassements d'honoraires des médecins n'ont pas d'incidence sur les comptes de la sécurité sociale. Mais des mesures indirectement liées à l'objet principal des PLFSS ont déjà été validées par le Conseil d'État et le Conseil constitutionnel. D'ailleurs la prise en charge des cotisations sociales des médecins aurait une répercussion sur les comptes de la sécurité sociale, ce qui justifierait l'insertion de l'amendement dans le PLFSS.

M. Jean-Pierre Fourcade. – Très bien !

M. Alain Vasselle. – Merci de cette réponse.

L'amendement n°237 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°287 rectifié, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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. »

M. Jacky Le Menn. – C'est principalement par le biais des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds sont chargés de mettre en œuvre le projet régional de santé. Le présent projet de loi, en son article 3, actualise le cadre légal des contrats pour tenir compte du remplacement des ARH par les ARS et les définit comme l'instrument juridique qui énonce les missions et les engagements des établissements de santé, ainsi que les contreparties afférentes.

L'État fixe chaque année les tarifs nationaux des prestations. Nous proposons un amendement de bon sens, qui tend à insérer dans ces contrats une clause de stabilité tarifaire, afin de favoriser la transparence du financement et de permettre aux établissements d'établir une stratégie pour toute la période d'engagement.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable. Il est inenvisageable que tous les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens comprennent un plan de stabilité, alors même qu'ils ne sont pas conclus au même moment.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je m'étonne que cet amendement n'ait pas été déclaré irrecevable en vertu de l'article 40, dont les arcanes

sont décidément impénétrables... Sur le fond, l'amendement serait source d'inégalités puisque la date d'échéance varierait d'un contrat à l'autre. Avis défavorable.

L'amendement n°287 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°288, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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.

M. Jacky Le Menn. – Nous sommes attachés à limiter les effets pervers de la tarification à l'activité pour les usagers et les établissements publics. Nos critiques à l'encontre de la convergence tarifaire semblent avoir été entendues, puisque Mme la ministre a annoncé son report de 2012 à 2018...

Elle ne manquera pas, je l'espère, d'entendre cette fois encore nos arguments. L'adoption de la tarification à l'activité par les établissements de santé pour leurs activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) conduit à une restructuration profonde de l'offre de soins. La répartition des ressources est désormais déterminée en fonction des recettes constatées et attendues de chaque activité, au mépris des impératifs de santé publique. La tarification à l'activité bride ainsi la pensée médicale au profit d'une logique purement comptable.

Il faut au contraire favoriser une « médecine lente » qui nécessite un travail pluridisciplinaire associant médecins et paramédicaux. Les actes accomplis par 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 rallongé et il est sans commune mesure avec la durée des actes, des prises en charge et des séjours standardisés.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous souhaitons tous que la tarification à l'activité tienne compte des spécificités. En acceptant le report de la convergence tarifaire, Mme la ministre a montré qu'elle partageait ce souci. Mais l'amendement de M. Le Menn ne nous paraît pas de nature à résoudre le problème. En outre il a un rapport très lointain avec l'objet du présent projet de loi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai déjà pris des mesures pour satisfaire les attentes des professionnels et faire en sorte que l'évolution du système de tarification réponde aux besoins des patients. La version 11 de la classification commune des actes médicaux comporte deux modifications importantes.

En effet, la sévérité des affections est prise en compte. De même, des financements ont été accordés pour accueillir la population précaire. Ces dispositions, particulièrement profitables aux hôpitaux publics, sont financées dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). La réflexion se poursuit en ce domaine, que je ne renvoie pas aux calendes grecques, puisque j'ai déjà pris des dispositions pratiques.

J'accorde une grande importance à ce sujet, mais il est réglementaire.

L'amendement n°288 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°370 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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.

Mme Annie David. – Ce projet de loi ne doit pas s'appliquer à l'activité psychiatrique, dont la réforme suppose un large débat.

A la suite du meurtre d'un étudiant par un malade mental, le Président de la République a annoncé le 2 décembre 2008 une nouvelle réforme de l'internement d'office et de l'obligation de soins. Loin de s'attaquer à la situation catastrophique de la psychiatrie publique, cette réponse sécuritaire stigmatise ceux qui souffrent.

Ces annonces ont grandement ému les professionnels de la psychiatrie, qui n'acceptent pas plus les propositions du rapport Couty sur les soins en santé mentale, publié le 29 janvier. Ce document préfigure la réforme des hospitalisations d'office et une réorganisation territoriale conforme au texte que nous examinons.

En juin 2003, les états généraux de la psychiatrie ont élaboré 22 propositions dont n'a pas tenu compte ce rapport, qui laisse les soignants « dans la position d'instruments d'un triple forfait : évaluer, expertiser et enfermer » selon l'expression du manifeste pour un mouvement pour la psychiatrie, qui dénonce une menace pour la sectorisation.

Le 7 février, ils étaient 2 000 pour rejeter l'instrumentalisation de leur profession et l'amalgame sécuritaire entre folie et dangerosité. Attachés aux soins, ils refusent une psychiatrie gardienne de l'ordre social.

Avant toute mesure législative, ils demandent un débat sérieux avec l'ensemble de la profession, seul moyen d'assurer une réponse sanitaire à la hauteur des besoins.

Monsieur le rapporteur, votre rapport sur la prise en charge psychiatrique propose d'ériger la santé mentale en priorité de santé publique. Vous y avez souligné l'insuffisance des moyens hospitaliers après la suppression de 30 000 lits de 1985 à 2005. Estimant que le rapport Couty ne pouvait être imposé à la profession, vous avez suggéré que des états généraux de la santé mentale élaborent un projet de loi d'organisation territoriale. Tout cela rejoint nos préoccupations, qui recevront donc sans doute un accueil favorable.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet article additionnel présente beaucoup d'intérêt, car il serait utile de légiférer en matière de santé mentale. Vous avez cité le rapport publié par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Par ailleurs, les psychiatres ne sont pas tous hostiles au rapport Couty. Mais légiférer sur la santé mentale ne signifie pas légiférer sur les hôpitaux psychiatriques qui sont des établissements de santé. L'avis est donc défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Depuis 1991, il n'y a plus de centre hospitalier spécialisé, si bien que le cadre juridique de ces établissements ne diffère en rien des autres hôpitaux publics.

Les garanties offertes aux particuliers hospitalisés sous contrainte sont évidemment indispensables pour défendre les libertés individuelles, mais elles ne sont pas remises en cause par la présente loi.

Le rapport que j'ai demandé à M. Couty a déjà suscité un large débat parmi les professionnels. J'ai organisé plusieurs réunions de travail, dont l'une a réuni des psychiatres de toutes tendances, sous la présidence du Président de la République. Le texte législatif à venir est loin d'être achevé. Il nécessite encore de nombreuses discussions, mais un point cardinal demeure : la sectorisation restera le fondement de la psychiatrie dans notre pays. Je l'ai répété en présence du Président de la République.

M. Guy Fischer. – Nous prenons acte de ce que la sectorisation n'est pas menacée, contrairement à ce que nous craignons.

Il n'en reste pas moins que les hôpitaux prenant en charge les troubles mentaux ne devraient pas être concernés par ce projet de loi, car leurs patients ne sont que rarement guéris lorsqu'il les quittent, même s'ils sont apaisés.

Jusqu'à présent, la psychiatrie échappait à la T2A, ce qui ne durera pas si le Gouvernement écoute M. Couty, qui souhaite l'appliquer à l'horizon 2010 malgré les contestations dont elle fait l'objet même pour les disciplines de médecine-chirurgie-obstétrique.

Nous ne partageons pas la conception sécuritaire de la psychiatrie que le Président de la République tente d'imposer, car elle est incompatible avec la satisfaction des besoins.

Le Président a annoncé qu'une réforme de l'hospitalisation sous contrainte interviendrait d'ici juin 2009. Elle doit traiter à la fois des soins dispensés et de l'organisation hospitalière correspondante.

Le Président de la République veut légiférer après chaque fait divers, croyant ainsi régler tous les problèmes de société !

L'amendement n°370 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°137, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

Après l'article 1er, 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. »

M. Jean Desessard. – Il pleut des amendements du Gouvernement ! Je croyais pourtant que la pluie avait cessé après l'averse qui a fait suspendre nos travaux plus d'une heure cet après-midi. Or, une nouvelle suggestion vient d'arriver...

En revanche, j'ai déposé à temps l'amendement qui tend à renforcer la convergence tarifaire. Le coût représenté par la prise en charge des patients dans les secteurs publics et privés est souvent invoqué, alors que les caractéristiques médico-sociales de la clientèle ne sont pas les mêmes dans les deux cas.

Les honoraires des médecins sont inclus dans les tarifs des hôpitaux mais pas dans ceux des cliniques privées. La convergence doit être partagée.

M. Alain Milon, rapporteur. – Toutes les études sur la convergence intègrent cette particularité. Avis défavorable.

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

M. Jean Desessard. – Où est la consolidation ? Les études sont-elles faites à la louche ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je n'ai pas ici le travail de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, qui établit régulièrement un rapport sur la T2A. Je l'ai mis à la disposition des députés qui l'ont demandé lors du dernier PLFSS ; je le tiens à la vôtre : vous y constaterez les écarts en faveur de l'hôpital public - c'est bien normal.

L'amendement n°137 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°215, présenté par M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

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. »

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je m'étonne qu'on n'ait pas prévu une clause de non-concurrence au profit du secteur public hospitalier, comme il y en a dans beaucoup de secteurs professionnels.

M. le président. – Amendement n°318, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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.

M. Jean-Jacques Mirassou. – Notre amendement est de même inspiration : protéger le service public hospitalier contre une concurrence déloyale. Il y a des restrictions à la libre installation de bien des professions, pourquoi les hôpitaux publics ne bénéficient-ils pas d'une telle protection ?

M. le président. – Amendement n°401, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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. »

Mme Mireille Schurch. – Les cliniques privées sont plus que tentées de débaucher des chirurgiens hospitaliers alors que le *numerus clausus* et les départs en retraite obligent déjà à recruter des médecins étrangers. Les CHU forment des internes et des chefs de cliniques et, pour les débaucher, les établissements privés ne lésinent pas sur les salaires qu'ils leur font miroiter. La saignée que subit ainsi l'hôpital public aggrave la dégradation des conditions de travail qu'il offre. Protégeons-le d'une concurrence déloyale. Il ya déjà des restrictions à la libre installation des médecins. Il est curieux que cela heurte le principe de la liberté d'entreprendre et de la liberté de travail quand il s'agit de l'hôpital public mais pas quand c'est une clinique privée.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'hôpital n'est pas une entreprise !

M. le président. – Amendement n°598 rectifié *ter*, présenté par MM. Chevènement, Marsin, Mézard, Milhau, Vall et Charasse.

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. »

M. Jean-Pierre Chevènement. – Cet amendement de bon sens introduisant une clause de non-concurrence au profit de l'hôpital public rejoint les précédents et, puisque tous ces amendements n'en forment en réalité qu'un seul, je retire le mien au profit de celui de M. Vanlerenberghe.

L'amendement n°598 rectifié ter est retiré.

M. Alain Milon, rapporteur. – J'avais présenté le même amendement à la commission car je considérais qu'une clause de non-concurrence pouvait être utile à l'hôpital public, mais je l'ai retiré après que la ministre m'a expliqué que si l'on ne vise que les praticiens hospitaliers, les chefs de clinique et les internes partiraient directement dans le privé. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Plusieurs raisons militent contre ces amendements. Juridiques, d'abord. Une jurisprudence constante de la Cour de cassation considère que cette clause ne s'applique que de manière limitée dans le temps et dans l'espace pour protéger un intérêt légitime et

qu'elle doit être assortie de contreparties financières, ce qui rendrait les amendements passibles de l'article 40. Surtout, il est difficile, voire impossible, d'invoquer un intérêt légitime pour l'hôpital public, qui ne possède pas de clientèle. Il est curieux d'invoquer le droit commercial pour un intérêt public.

Le rapporteur a rappelé l'argumentation de fond : le risque de désaffectation serait plus fort si on dissuadait les jeunes praticiens de venir dans le public ; compte tenu du rayonnement des établissements, celui qui débiterait dans un centre hospitalier régional ne pourrait exercer dans un secteur extrêmement large, et je ne parle pas de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Le projet prévoit en outre, et cela devrait être de nature à vous rassurer, que la commission de déontologie, sera consultée sur les praticiens hospitaliers quittant le service public hospitalier.

Raisons juridiques, raisons pratiques plus une importante précision : avis défavorable.

M. Gilbert Barbier. – Les internes, les chefs de clinique, les praticiens hospitaliers qui ont été formés dans des CHU, ne pourraient pas s'installer dans la ville où ils ont fait leurs études et où ils ont exercé ? Ils seraient condamnés à rester dans leur hôpital jusqu'à la fin de leur carrière ?

Plusieurs voix à gauche – Mais non ! Seulement pendant deux ans !

M. Gilbert Barbier. – Cela les découragera d'entrer à l'hôpital et les chirurgiens, en particulier, y seront encore plus rares. Je suis praticien hospitalier et, personnellement, je n'ai jamais eu de clientèle privée. Mais un chirurgien hospitalier peut souhaiter aller dans le privé, notamment à cause des gardes répétitives. Ces amendements aggraveraient encore davantage leur désaffectation à l'égard des hôpitaux régionaux.

M. Jean-Jacques Mirassou. – Pour reprendre le jargon de l'entreprise, lorsqu'un interne ou un chef de clinique dont la formation a coûté cher, quitte l'hôpital pour le privé, il n'y a pas « retour sur investissement »... (*M. Gilbert Barbier s'indigne*) Et quasiment tous les praticiens qui deviennent libéraux inscrivent sur leur plaque qu'ils ont été internes, chefs de clinique ou praticiens hospitaliers, parce que cela les valorise. Sur ces amendements nous demandons un scrutin public.

M. Bernard Cazeau. – Les explications longues et alambiquées de la ministre ne m'ont pas convaincu. Elles m'ont au contraire confirmé que tout est fait pour vider l'hôpital de ses forces vives, internes et chefs de clinique, et pour les diriger vers le privé, plus lucratif. Comment accepter qu'un praticien hospitalier se constitue une clientèle dans l'hôpital public pour aller aussitôt après exercer à quelques encablures ?

M. Jean-Pierre Chevènement. – Ne tournons pas autour du pot : c'est une question de déontologie.

Lorsqu'un policier quitte la police nationale, il n'a pas le droit de créer une société de sécurité pendant cinq ans ! Ici, nous demandons un délai de seulement deux ans. Il faut préserver l'autorité de l'hôpital public face à ce qui serait un dévoiement.

M. François Autain. – Lorsqu'on propose des mesures protectrices pour l'hôpital, la ministre fait valoir que ce n'est pas une entreprise. C'est bien la première fois qu'elle s'en souvient ! Nos arguments auraient-ils porté ? Un médecin formé à l'hôpital public ne doit pas être autorisé à aller le concurrencer ! (*Applaudissements sur les bancs CRC*)

M. Michel Charasse. – Je comprends l'intention des auteurs de ces amendements mais j'appelle leur attention sur ce que pourrait en penser le Conseil constitutionnel. Nous sommes dans un État de droit où, la liberté du travail étant un principe, les interdictions d'exercer, exceptionnelles, doivent avoir une portée limitée et motivée. Dans ces amendements « il est interdit » aux praticiens hospitaliers d'aller dans un établissement privé « où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public ». Et ceux qui partiront sans entrer en concurrence directe avec leur hôpital ? On ne peut rien leur interdire ! Pour que le Conseil constitutionnel n'y trouve rien à redire, il faudrait modifier la rédaction de ces amendements et écrire « il peut être interdit » à la place de « il est interdit ». Si les déposants acceptent cette modification, il n'y a plus de problème.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je modifie ainsi mon amendement. L'objectif n'est pas d'interdire à tout jamais à un médecin hospitalier de franchir le Rubicon. Mais, si on veut conserver un service public hospitalier, il faut prendre certaines précautions, lesquelles existent dans toutes les professions. En matière de déontologie, nous devons être exigeants.

M. Gérard Dériot. – Que l'on veuille aujourd'hui interdire l'installation, certes pour deux ans, de professions qui ne sont pas réglementées sur ce point, sauf celle de pharmacien, est tout de même un peu curieux ! D'ailleurs, il faudrait un sacré coup de chance pour qu'un pharmacien, après avoir démissionné de l'établissement public où il travaillait, achète la pharmacie près de l'hôpital qui se trouverait justement en vente... Aucune restriction de cette sorte n'est prévue pour les médecins ou encore les dentistes...

M. Jean-Jacques Mirassou. – Mais si !

M. Bernard Cazeau. – Cela relève de la déontologie !

M. Gérard Dériot. – Des mots ! La loi n'interdit rien. De plus, comment fonder l'interdiction d'installation sur la notion vague de « concurrence directe » ? Monsieur Cazeau, vous avez certainement compté dans votre clientèle des personnes qui parcouraient 25 à 30 km pour vous consulter car elles savaient que vous étiez un médecin de grande qualité. Qu'est-ce que la concurrence directe ? Il est totalement anormal de

prévoir une clause de non-concurrence, fût-elle limitée à deux ans. C'est le meilleur moyen de faire fuir les jeunes médecins de nos territoires ruraux...

M. Bernard Cazeau. – Il n'y en a déjà plus !

M. Gérard Dériot. – Il y en a encore ! La preuve : mon conseil général a voté un dispositif incitatif, approuvé par Mme Schurch, qui porte ses fruits dans l'Allier. Mais, avec cette clause, c'en sera terminé. Que chacun prenne ses responsabilités (*M. Bernard Cazeau s'exclame*) et mesure les conséquences de cette décision dans sa commune. Il faut absolument éviter cette clause de non-concurrence et repousser l'amendement n°215 rectifié.

M. Michel Mercier. – Je comprends l'intention des auteurs de cet amendement de protéger l'hôpital public...

M. Guy Fischer. – Mais ?

M. Michel Mercier. – ...mais, il faut aussi respecter la liberté de tous,...

M. François Autain. – Ah !

M. Michel Mercier. – ...y compris celle des médecins. En outre, la rédaction de l'amendement n°215 rectifié m'inquiète. Le médecin sera placé devant un choix simple : ne pas démissionner ou quitter sa ville, sa région.

M. Jean-Jacques Mirassou. – Faux !

Mme Annie David. – Un décret précisera le dispositif...

M. Michel Mercier. – « Concurrence directe » signifie la zone où le médecin fera concurrence à l'établissement public, soit partout. Le médecin devra donc quitter la zone de chalandise de l'établissement public où il travaillait.

Ensuite, comment respecter les deux libertés ? La liberté de choisir librement son lieu de vie (*marques d'ironie sur les bancs CRC-SPG*), qui paraît légère à certains, est, pour moi, fondamentale et va de pair avec la liberté de travailler. Ensuite, ce dispositif ne prévoit pas le cas de l'exercice d'une activité privée au sein d'un établissement public, que les praticiens réduisent souvent de plus en plus après leur entrée à l'hôpital, de même que la combinaison d'une activité à temps partiel dans un établissement public et dans un établissement privé que de nombreuses personnes choisissent et qui permet, au reste, à de nombreux établissements de continuer à vivre. Enfin, l'amendement est contraire aux dispositions de ce texte qui organisent des partenariats entre public et privé.

Mme Annie David. – Mais non ! Il ne s'agit ici que des praticiens qui démissionnent et non de ceux qui ont une double activité !

M. Michel Mercier. – Si je vous comprends bien, la concurrence ne vous gêne que s'il y a démission.

Dans les autres cas, ce n'est pas grave ! Revenons aux réalités que sont la liberté de choisir son lieu d'habitation et de travailler et aux partenariats que ce texte encourage. Je souhaite donc que M. Vanlerenberghe continue d'améliorer la rédaction de son amendement.

M. Alain Vasselle. – Qu'il le retire !

M. Nicolas About, président de la commission. – Je partage totalement les propos de M. Mercier. Outre les coopérations entre le public et le privé, (*exclamations à gauche*) je rappelle que nous avons autorisé, à l'article 8, les établissements publics de santé à faire appel à des médecins, des chirurgiens, des sages-femmes ou encore des odontologistes. Avec cet amendement, ceux-ci ne pourront plus venir donner un coup de main. Comme le rapporteur, qui en a fait la demande avec une grande conscience de l'enjeu, je souhaite le retrait, sans quoi il n'y aura plus de collaboration possible entre les établissements publics de santé privés et publics. (*M. François Autain s'exclame ; applaudissements sur les bancs UMP*)

M. Jean Desessard. – Je reviens sur la rectification proposée par M. Charasse. Si l'on écrit « peut interdire », cela suppose que quelqu'un décidera de l'interdiction. Qui ? Certainement pas le directeur d'hôpital. Bref, si nous ne décidons pas cette interdiction, elle ne s'appliquera pas.

M. Michel Charasse. – Il n'a pas capté...

M. Alain Vasselle. – Retrait !

M. Robert del Picchia. – Je suis d'accord avec M. Desessard. (*Marques d'étonnement*) Quelle autorité interdira ?

M. Michel Charasse. – Celle qui accepte la démission.

M. Nicolas About, président de la commission. – Le juge !

M. Robert del Picchia. – Écrire « peut interdire » signifie que l'interdiction peut s'appliquer ou non.

M. Nicolas About, président de la commission. – Mais à quoi cela sert-il ?

M. Robert del Picchia. – La loi doit être claire !

M. Alain Milon, rapporteur. – Après avoir écouté avec intérêt les interventions de chacun des orateurs, permettez-moi de revenir sur les propos vexatoires qui ont été prononcés à l'encontre des internes et des chefs de clinique. Dire que les internes et les chefs de clinique coûtent cher est inadmissible ! C'est ignorer les services qu'ils nous rendent... (*Vifs applaudissements sur les bancs UMP*)

M. Nicolas About, président de la commission. – ...et méconnaître leur niveau de salaire...

M. Jean-Jacques Mirassou. – Je parlais de leur formation !

M. Alain Milon, rapporteur. – A la demande de la commission, j'ai rédigé l'an passé un rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France qui m'a donné l'occasion de rencontrer de nombreux internes, des jeunes gens d'une trentaine d'années. En vous écoutant, je pensais notamment à ce jeune chef de clinique qui travaillait à l'hôpital Saint-Antoine sur les greffes de foie avec le professeur Tiret et gagnait 1 700 euros par mois en fin de clinicat. Eh bien ! Malgré les nombreuses offres qu'on lui avait faites dans le privé, il comptait parfaire deux ans de plus sa formation à l'hôpital auprès de son patron. Avec l'amendement n°215 rectifié, vous priverez l'hôpital public de personnes de grande qualité !

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

M. Alain Milon, rapporteur. – N'adoptez surtout pas l'amendement, ce serait dangereux ! (*Vifs applaudissements sur les bancs UMP*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – MM. Mercier, About et Milon ont développé des arguments intéressants. Je reconnais aux auteurs des amendements leur souci de préserver l'hôpital public. Toutefois, la disposition est contraire aux décisions du Conseil constitutionnel, M. Charasse l'a souligné, du Conseil d'État, et devrait peut-être tomber sous le coup de l'article 40 en ce qu'il crée une charge supplémentaire pour les établissements publics de santé qui devront compenser l'interdiction d'installation.

Outre ces arguments juridiques, à écouter les débats, la disposition me semble créer davantage de difficultés qu'elle n'en résout. Retenir les termes « peut interdire » au motif de simplifier pose la difficulté de savoir quand interdire...

M. Michel Charasse. – Quand il y a concurrence !

M. Nicolas About, président de la commission. – Cela ne change rien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Quelle concurrence ? Comment évaluer cette concurrence selon les praticiens hospitaliers ? Le pharmacien ne fera pas concurrence à la PMI où il travaillait de même que l'anesthésiste-réanimateur à son hôpital.

M. Jean-Jacques Mirassou. – Faux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce travail d'évaluation sera ingérable de même que l'évaluation de la zone de concurrence selon la taille de l'établissement public, petit hôpital local ou CHU. De fait, une inégalité de traitement en résultera entre les praticiens.

Quel nid à contentieux ! Chaque départ de praticien a toutes les chances d'aboutir devant le tribunal administratif !

Les praticiens, monsieur Chevènement, exercent le même métier à l'hôpital ou en clinique, ce qui n'est pas le cas des policiers qui passent par exemple de l'exercice d'une fonction régaliennne à la pratique du renseignement économique ou familial.

M. Jean Desessard. – Ou à l'espionnage de *Greenpeace* !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Votre comparaison n'est pas pertinente. Enfin, comme l'a justement dit le président About, le cas des praticiens à temps partiel posera de grandes difficultés.

Pour me résumer : je comprends le souci des auteurs de l'amendement, mais leur dispositif manque de fondements juridiques sûrs, créera des problèmes financiers aux établissements et risque d'éloigner les praticiens hospitaliers de l'hôpital public. Pour toutes ces raisons, je demande le retrait. (*Applaudissements à droite*)

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – J'entends bien ces arguments, mais l'amendement rectifié autorise les établissements hospitaliers à proposer aux praticiens des contrats où peut figurer une clause de non-concurrence, que ces derniers accepteront ou pas. Ce dispositif est d'usage courant dans de nombreuses professions et entreprises. Le risque de priver l'hôpital public de talents me semble écarté ; après les trois ans, le praticien sera libre. Je maintiens l'amendement.

A la demande du groupe socialiste, l'amendement n°215 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

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

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 à gauche, sur plusieurs bancs du groupe RDSE et du groupe de l'Union centriste)

Les amendements n°s 318 et 401 deviennent sans objet.

M. le président. – En accord avec le président de la commission, je vous propose d'en terminer avec les articles additionnels avant de lever la séance. (*Assentiment*)

M. le président. – Amendement n°41, présenté par Mme Payet.

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. »

Mme Anne-Marie Payet. – Il importe de recourir davantage aux maisons pluridisciplinaires de santé pour assurer la meilleure offre de soins possible sur tout le territoire. Il est pour cela nécessaire d'élargir leurs plages horaires d'ouverture, de développer leurs missions de santé publique et d'en créer de nouvelles sur fonds publics là où l'offre est déficitaire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette disposition n'est pas d'ordre législatif et elle est déjà satisfaite par le code de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, j'ai présenté une disposition qui allait déjà dans le sens de vos préoccupations. Je souhaite donc le retrait de votre amendement, que j'approuve sur le fond, mais qui doit trouver le bon véhicule législatif.

L'amendement n°41 est retiré.

M. le président. – Amendement n°442, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 7, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre IV du titre V du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique est abrogé.

M. François Autain. – Certes, l'activité libérale en hôpital public ne concerne que 4 400 médecins, soit 10 % du total, et 583 chirurgiens, pour une rémunération moyenne de 92 000 euros. Mais cela peut aller très loin, jusqu'aux 261 703 euros pour un urologue de l'hôpital Cochin, ou aux 666 954 pour un autre. Le développement de cette activité a pour effet de marginaliser les activités normales et de créer une médecine à deux vitesses.

Il faut saluer l'initiative de Mme la ministre, qui avait revalorisé le versement auquel ces praticiens sont tenus, le faisant passer d'un montant symbolique à 40 % du total. Mais cela a suscité la révolte de ces praticiens, qui ont observé une grève du codage, laquelle a coûté à la sécurité sociale 150 millions. Je regrette que Mme la ministre n'ait pas tenu bon et ait ramené le pourcentage de 40 à 25 %. Je déplore aussi que ces grévistes n'aient subi aucune sanction, à la différence des enseignants-chercheurs.

Ce secteur libéral en hôpital doit selon nous être supprimé, ou au moins moralisé, mais on n'en prend pas le chemin.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement est radical ; nous lui opposons un refus radical !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable.

Je tiens tout de même à préciser que moins de 13 % des praticiens qui le pourraient exercent effectivement une activité libérale à l'hôpital, et que les trois quarts d'entre eux le font aux tarifs opposables, sans dépassements d'honoraires. Rendons pour une fois hommage à ceux qui manifestent un sens de l'intérêt général !

Avec l'article 7 *bis*, vous avez accepté que les comités d'usagers soient consultés sur cet exercice libéral en hôpital public. J'ajoute que la grève du codage vient d'être interdite.

L'amendement n°442 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1193, présenté par le Gouvernement.

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 ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'objet de cet amendement est de mettre en cohérence la gouvernance du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre -le CASH- avec la réforme portée par la présente loi, tout en préservant la possibilité de dispositions dérogatoires liées aux spécificités de ses missions. Il s'agit en particulier de prévoir une compétence plus étendue de son conseil de surveillance, dans des conditions qui le rapprochent d'un centre médico-social.

M. Alain Milon, rapporteur. – Favorable.

M. Jean-Pierre Fourcade. – Je remercie le Gouvernement. Cela faisait longtemps que j'avais demandé que le sort du centre de Nanterre soit amélioré ; cet amendement va dans le bon sens, il permettra aux collectivités territoriales de mieux suivre le fonctionnement du centre.

L'amendement n°1193 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°572 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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.

Mme Évelyne Didier. – Le rapport thématique de la Cour des comptes publié en mai 2006 indique que les activités parallèles des praticiens hospitaliers 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 pas toujours informé des activités du personnel médical, comme l'ont relevé les chambres régionales des comptes à propos des conventions d'honoraires passées entre les médecins et les industries pharmaceutiques. L'obligation légale d'informer le directeur d'hôpital de la convention liant le praticien à l'industriel promoteur est rarement remplie. Or ces différentes activités donnant lieu à rémunération sont nombreuses et variées.

M. Alain Milon, rapporteur. – En commission, nous avons demandé une rectification ; elle a eu lieu ; dans ces conditions, l'avis est favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Mais les dispositions de l'article 10 sont beaucoup plus dures que celles que vous prévoyez ici ! C'est d'*autorisation* préalable du directeur qu'il est question dans le texte voté ! Retrait pour cette raison.

L'amendement n°572 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°449, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le chapitre I du titre VI du livre premier 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 premier 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 bénéficiaires 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.

Mme Mireille Schurch. – Les établissements de santé privés commerciaux qui se verraient confier une ou plusieurs missions de service public doivent présenter aux directeurs des agences régionales intéressées, ainsi qu'à la chambre régionale des comptes, un document comptable dont nous souhaitons qu'il prouve que l'exercice des missions de service public n'a pas généré de bénéfices.

S'il est légitime que les établissements privés qui se verraient confier une ou plusieurs missions de service public obtiennent les dotations nécessaires à la compensation, il serait inapproprié que l'exécution de ces missions de service public dégage des bénéfices dont profiteraient les actionnaires. Cet amendement n'est pas un signe de méfiance à l'égard des cliniques commerciales. Il y a quelques minutes, vous avez accepté, et nous ne n'y sommes pas opposés, que les établissements publics de santé voient leurs comptes certifiés. Nous n'avons pas considéré qu'il s'agissait d'un manque de confiance envers les établissements publics de santé, je vous demande donc d'accueillir cet amendement dans le même esprit.

Lorsqu'ils assurent des missions de service public, les établissements de santé privés commerciaux doivent respecter des règles similaires à celles qui sont et vont être appliquées dans les établissements

de santé publique. La transparence serait ainsi assurée.

Notre proposition n'est sans doute pas parfaite, mais elle donnerait un cadre général qui pourrait être précisé par décret.

M. Guy Fischer. – Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. – Ce dispositif entraînerait de sérieuses contraintes comptables et coûterait cher aux établissements concernés. En outre, il irait à l'encontre des intérêts des établissements privés : pourquoi participer aux missions de service public s'il n'y a pas de bénéficiaires à la clé ? L'avis est donc défavorable, car cet amendement va à l'encontre de l'intention même du projet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je comprends les préoccupations des auteurs de l'amendement mais les cliniques privées sont soumises au plan comptable général. La tenue d'une comptabilité analytique peut permettre à l'autorité de tarification de veiller à l'ajustement des moyens alloués au regard des missions de service public, afin d'éviter de créer des rentes non justifiées. Mais ces dispositions de gestion interne ne relèvent pas de la loi.

En outre, les établissements sont soumis à la certification des comptes : le certificateur se prononce sur la bonne application des règles comptables mais pas sur l'excédent ou le déficit. Cet amendement n'atteindrait donc pas son objectif.

Enfin, lorsque l'exécution de service public sera confiée à des établissements privés, ces derniers devront justifier les moyens mis en œuvre lors de la revue périodique de leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Avis défavorable.

L'amendement n°449 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°553, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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.

Mme Isabelle Pasquet. – Le recours aux agences d'intérim pour trouver des remplaçants au sein des établissements publics de santé a donné lieu à des dysfonctionnements relevés par la Cour des comptes dans son rapport de mai 2006 et par l'Igas dans son enquête de janvier 2009. En dépit des contrôles effectués par les chambres régionales des comptes, les rémunérations des emplois médicaux temporaires excèdent en effet bien souvent le plafond fixé par le décret du 27 mars 1993. Ainsi, un praticien confessait dans *l'Express* du 25 septembre 2008 qu'en optant pour ce que certains appellent le « mercenariat », ses revenus de 5 000 euros mensuels avaient augmenté de 30 %.

Le rapport de la Cour des comptes précise que « le recours à des remplaçants dans des conditions irrégulières s'est récemment aggravé ». Il peut arriver que des établissements recrutent « des médecins généralistes pour des emplois de spécialistes ». Certains hôpitaux ayant recours aux agences d'intérim obtiennent non pas le praticien annoncé, mais un remplaçant du remplaçant. L'Igas relève que, lors de son étude, 129 médecins n'étaient pas inscrits au conseil de l'Ordre. D'après une enquête de la Fédération hospitalière de France de 2005, la moitié des établissements hospitaliers ont recours à des remplaçants ou à des praticiens intérimaires.

Au total, ces rémunérations ont un « coût exorbitant » confirmé par la Cour des comptes et par l'Igas. Cette situation est inacceptable au regard de la qualité des soins, de la prise en charge des malades et de l'équité entre médecins.

Il convient donc de rationaliser la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers temporaires en confiant au centre national de gestion le soin de dresser une liste, afin que le recrutement puisse être effectué par les établissements de santé de façon plus sûre, d'autant que tous les praticiens à titre temporaire ne sont pas des mercenaires.

M. Alain Milon, rapporteur. – Mettre une liste de praticiens volontaires à la disposition des établissements publics de santé qui en ont besoin nous a semblé intéressant : sagesse plutôt favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis très favorable à la première partie de l'amendement mais je vous propose de supprimer la deuxième partie, car transformer le centre national de gestion en une agence d'intérim à laquelle les établissements seraient obligés de se référer à chaque fois qu'ils cherchent un praticien me semble par trop compliqué. Il convient donc de supprimer les deux derniers paragraphes. (*Satisfaction sur les bancs CRC-SPG*)

M. Guy Fischer. – Il faut se battre jusqu'au bout pour parvenir à un résultat !

Mme Mireille Schurch. – J'accepte la rectification.

M. le président. – Il s'agit donc de l'amendement n°553 rectifié.

L'amendement n°553 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Saluons cette unanimité trop rare !

Amendement n°253 rectifié, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gilles.

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. »

M. Alain Vasselle. – Il s'agit de ne pas faire supporter à la sécurité sociale des dépenses qui devraient l'être 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 groupes homogènes de séjour (GHS), la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 a prévu que, pendant une période transitoire, la participation des patients à leurs frais ne serait pas calculée sur les GHS, mais sur 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 de base à 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.

Cet 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 de l'hôpital et de l'assurance maladie française.

Vous voudrez sans doute contribuer à améliorer les comptes de la sécurité sociale, notamment de la branche maladie.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission souhaite améliorer des comptes de la sécurité sociale : elle a donc émis un avis favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce n'est pas un avis favorable, mais un avis enthousiaste !

M. Gilbert Barbier. – Je suis un peu réservé sur cette pratique systématique car certains hôpitaux de la région parisienne accueillent des enfants étrangers qui viennent se faire opérer. Il n'est pas imaginable que ces opérations soit totalement à la charge des familles. Autant, il est normal que les personnalités étrangères qui viennent se faire hospitaliser en France payent leur séjour, autant je m'interroge lorsqu'il s'agit de chirurgie pédiatrique. Faudra-t-il que les associations caritatives prennent intégralement en charge le coût de ces opérations ?

M. Guy Fischer. – Il a raison !

L'amendement n°253 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°357, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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 ».

M. Jacky Le Menn. – Un représentant de l'hospitalisation à domicile doit siéger dans les conférences régionales de santé.

L'amendement n°357, repoussé par la commission et par le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1301 rectifié, présenté par le Gouvernement.

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. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il convient d'élargir le champ des missions des conseillers généraux des établissements de santé (CGES) qui ne peuvent, pour l'instant, que conduire

des missions techniques portant sur le fonctionnement et la gestion des établissements de santé.

Actuellement ils ne peuvent apporter leur assistance technique aux établissements que si ceux-ci en font la demande. Ils sont pourtant parvenus à des résultats appréciables dans les domaines de la santé au travail, des transports sanitaires et de la coopération entre professionnels de santé.

Il convient donc d'étendre le champ de leurs missions à tous les sujets qui intéressent directement ou indirectement l'organisation des soins et la performance du système de santé, y compris les réseaux de santé, les GCS de moyens, les plans de santé publique et le renforcement de la cellule de crise sanitaire, sans empiéter sur le domaine de l'inspection générale des affaires sociales.

L'amendement n°1301 rectifié, accepté par la commission, est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°1330, présenté par le Gouvernement.

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.

M. le président de la commission souhaite-t-il que je suspende la séance pour lui permettre d'examiner cet amendement ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Non : il s'agit de corriger une erreur de la commission. Il y en avait une, et je remercie Mme la ministre de l'avoir trouvée. *(Rires)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement corrige des erreurs purement matérielles et il est cohérent avec les dispositions adoptées à l'article premier. Je vous fais grâce des détails techniques.

M. Alain Milon, rapporteur. – A mon tour de corriger M. le président de la commission : il ne s'agit pas d'une erreur de la commission mais d'un problème de coordination avec l'amendement de M. Gouteyron adopté hier.

M. le président. – L'erreur est humaine... *(Sourires)*

L'amendement n°1330 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°155, présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

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. »

M. Paul Blanc. – Les établissements de santé privés doivent pouvoir répondre aux exigences du service public hospitalier aussi bien que les établissements publics : ils doivent par exemple assurer la continuité des soins, y compris dans les zones à faible démographie médicale. Or le paiement à l'acte des médecins libéraux n'est pas toujours adapté. Ces établissements doivent pouvoir salarier certains de leurs praticiens s'ils l'estiment nécessaire.

L'amendement identique n°261 n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°354, présenté par M. Michel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

M. Bernard Cazeau. – Cet amendement répond au même objectif que le précédent.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission s'en remet sur ces deux amendements à la sagesse du Sénat.

Les amendements identiques n°s 155 et 354, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.

M. le président. – Amendement n°355, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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. »

M. Claude Jeannerot. – Cet amendement tend à assouplir les règles qui s'appliquent aux établissements sanitaires et médico-sociaux de droit privé, s'agissant des délais de paiement, en leur permettant de déroger aux dispositions de la loi du 4 août 2008. Ces établissements sont généralement des PME qui disposent de faibles réserves de trésorerie. Les fournisseurs, au contraire, sont de très grandes entreprises, parfois des multinationales.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ces délais sont actuellement plafonnés à 60 jours

calendaires ou 45 jours fin de mois à compter de la date d'émission de la facture. Les établissements sanitaires et médico-sociaux privés bénéficient de financements publics réguliers et donc d'une certaine stabilité de trésorerie. Ils entretiennent par leurs achats l'activité de nombreuses entreprises, pas seulement parmi les très grandes. Rappelons que les établissements publics de santé sont soumis à des délais de paiement de 50 jours, soit une durée légèrement inférieure. Dans un contexte économique tendu, il me paraît normal que les établissements de santé privés contribuent comme toutes les entreprises au nécessaire effort de réduction des délais de paiement. Évitions de créer une distorsion encore plus grande avec le secteur public. Avis défavorable.

L'amendement n°355 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°186, présenté par M. Beaumont.

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. »

M. René Beaumont. – Cet amendement concerne les retraites de certains fonctionnaires hospitaliers. Un million d'entre eux cotisent à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, la célèbre CNRACL, en vertu d'une ordonnance de 1945 qui prévoit l'affiliation à cette caisse des agents des départements, des communes et des établissements publics rattachés à ces collectivités. Or le projet de loi ne fait plus nulle mention du rattachement des établissements publics de santé aux collectivités territoriales. Mon amendement a pour objet de préserver les droits des fonctionnaires actuels et à venir, en leur permettant de continuer à cotiser à la CNRACL. C'est une mesure simple mais indispensable.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le projet de loi fait bien référence à des établissements communaux, intercommunaux, etc. Cela dit, sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis favorable à cet excellent amendement qui corrige une erreur du projet de loi et garantit la continuité des droits des fonctionnaires concernés. Merci, monsieur Beaumont, de l'avoir déposé. *(Plusieurs sénateurs de l'UMP félicitent l'auteur de l'amendement)*

L'amendement n°186 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°1199, présenté par le Gouvernement.

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. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les universités concluent avec l'État un contrat pluriannuel portant sur leurs activités de formation, de recherche et de documentation. L'ensemble s'inscrit dans une carte de la formation supérieure et de la recherche établie par le ministère en charge de ces questions.

Cet amendement, qui s'inspire des conclusions de la commission sur l'avenir des CHU, tend à préciser que le contrat quadriennal de l'université, sur les sujets qui concernent le CHR, doit être cohérent avec la convention hospitalo-universitaire (HU) : c'est bien le moins.

L'amendement n°1199, accepté par la commission, est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°1200, présenté par le Gouvernement.

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. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'hôpital ne saurait élaborer son projet d'établissement sans tenir compte de la convention hospitalo-universitaire conclue avec l'université, sur les points qui concernent cette dernière comme la recherche et l'enseignement. Cela va de soi.

L'amendement n°1200, accepté par la commission, est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°1201, présenté par le Gouvernement.

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 Etat-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. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous voulons que la convention hospitalo-universitaire soit l'occasion pour l'hôpital et l'université de définir une stratégie commune. A cette fin, il convient de modifier la formulation trop imprécise du code de la santé publique. Sur 40 UFR, seuls 18 ont conclu ou sont en train de négocier une convention hospitalo-universitaire. Mais celle-ci est le plus souvent formelle, portant par exemple sur la gestion du patrimoine immobilier commun.

Je vous propose d'en faire les instruments d'une stratégie partagée. Portant sur la recherche et l'enseignement, il se situe à la jonction du contrat universitaire quadriennal et du projet d'établissement. D'autres entités pourront y être associées en tant que de besoin.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

M. Jean Desessard. – Pourquoi inscrire tout cela dans la loi ? Un décret suffirait après l'énoncé d'un principe.

M. François Autain. – Cette modification, qui contribue à la réforme des CHU, repose sur les recommandations du rapport Marescaux, dont nous n'avons pas eu connaissance.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il est en ligne.

M. François Autain. – Je regrette cette façon de procéder, qui nous fait subrepticement voter dans la nuit une réforme des CHU.

L'amendement n°1201 est adopté et devient article additionnel.

M. le président. – Amendement n°1202 rectifié, présenté par le Gouvernement.

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.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je propose de créer un comité de suivi de la réforme de la gouvernance, sujet dont nous avons beaucoup débattu et qui a suscité nombre de dispositions, parfois superposées les unes aux autres.

Nous avons défini ensemble un équilibre censé fluidifier la prise de décision à l'hôpital, tout en veillant à ce que la philosophie médicale et soignante s'exprime à chaque étape. L'application de la loi doit respecter cet équilibre.

Bien sûr, le comité travaillera en parfaite intelligence avec la commission de suivi de la loi, qui sera présidée par M. Fourcade.

Un rapport au Parlement sera présenté par le comité deux ans après la promulgation de la loi.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

M. François Autain. – Je félicite M. Fourcade, puisqu'il préside déjà une instance de suivi qui n'existe pas encore. (*Rires*)

M. Jean Desessard. – Comment M. Fourcade compte-t-il procéder ? Par délibération collégiale ? Puisque cette réforme doit être mise en œuvre par le ministère, pourquoi ne pas prévoir un rapport ministériel ? Quel est l'intérêt de créer un comité de suivi ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cette instance sera très utile pour évaluer la situation en confrontant les points de vue.

Très complexe, la réforme de la gouvernance a suscité des débats passionnés, parfois à l'intérieur même des groupes parlementaires. Fallait-il attribuer un pouvoir de proposition ou d'avis ? Fallait-il une liste ou un seul nom ? Bien malin qui peut prétendre avoir toujours fait le bon choix ! Avec humilité, reconnaissons l'ampleur des incertitudes. Enfin, il faut vérifier la faisabilité du fonctionnement démocratique institué par la réforme.

Je serai toujours disponible pour répondre à vos questions et faire le bilan des dispositions. Je m'y prêterai avec grand plaisir, à l'occasion notamment de la loi de financement de la sécurité sociale.

L'amendement n°1202 rectifié est adopté et devient article additionnel.

Prochaine séance aujourd'hui, mercredi 20 mai 2009 à 14 h 30.

La séance est levée à minuit vingt-cinq.

Le Directeur du service du compte rendu analytique :

René-André Fabre

ORDRE DU JOUR

du mercredi 20 mai 2009

Séance publique

A 14 HEURES 30

Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

DÉPÔTS

La Présidence a reçu de :

- M. Michel 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 ;

- Mmes Éliane Assassi, Nicole Borvo Cohen-Seat, Josiane Mathon-Poinat, M. François Autain, Mme Marie-France Beauvils, 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.