

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du lundi 18 mai 2009

(102<sup>e</sup> jour de séance de la session)



[www.senat.fr](http://www.senat.fr)



7771050905609

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENCE DE M. ROGER ROMANI

### Secrétaires :

MM. Alain Dufaut, Jean-Noël Guérini.

1. **Procès-verbal** (p. 4729)
2. **Réforme de l'hôpital.** – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (Texte de la commission) (p. 4729)

Article 7 (p. 4729)

MM. Guy Fischer, Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Jacky Le Menn, Bernard Cazeau, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Amendements n<sup>os</sup> 436 à 441 de M. François Autain, 1185, 1184, 1204 du Gouvernement, 601 rectifié de M. Gilbert Barbier et 339 de M. Jacky Le Menn. – M. Guy Fischer, Mme la ministre, MM. François Autain, Jean-Pierre Chevènement, Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, MM. Gérard Longuet, Alain Vasselle, Mme Dominique Voynet. – Retrait des amendements n<sup>os</sup> 339 et 601 rectifié ; rejet de l'amendement n<sup>o</sup> 436 et, par scrutin public, de l'amendement n<sup>o</sup> 437 ; rejet des amendements n<sup>os</sup> 438 à 441 ; adoption des amendements n<sup>os</sup> 1185, 1184 et 1204.

Amendement n<sup>o</sup> 187 rectifié de Mme Catherine Procaccia. – Mme Janine Rozier, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n<sup>o</sup> 1167 du Gouvernement et sous-amendement n<sup>o</sup> 1275 de M. Yves Daudigny. – Mme la ministre, MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Michel Mercier, Alain Vasselle, Guy Fischer, Bernard Cazeau. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 7 (*réserve jusqu'après l'article 13 quater*) (p. 4742)

Article 7 *bis*. – Adoption (p. 4742)

Article 8 (p. 4742)

Mme Annie David, M. Michel Billout, Mme Dominique Voynet, M. le rapporteur, Mme la ministre.

Amendement n<sup>o</sup> 443 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre, MM. François Autain, Michel Mercier. – Rejet.

Amendements n<sup>os</sup> 1218 de la commission, 602 rectifié de M. Gilbert Barbier, 62 et 63 de M. Yves Pozzo di Borgo. – MM. le rapporteur, Gilbert Barbier, Yves

Pozzo di Borgo, Mme la ministre, M. François Autain. – Adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 1218, les autres amendements devenant sans objet.

Amendement n<sup>o</sup> 578 rectifié de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 1187 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendements n<sup>os</sup> 85 rectifié *bis* de M. Alain Fouché, 1191 rectifié *bis* du Gouvernement, 577 et 444 de M. François Autain. – M. Alain Fouché, Mme la ministre, MM. le rapporteur, François Autain, Nicolas About, président de la commission des affaires sociales ; Jean-Pierre Raffarin, Gilbert Barbier, Mme Dominique Voynet, MM. Bernard Cazeau, Alain Vasselle, Jacky Le Menn, Jean-Pierre Fourcade. – Retrait des amendements n<sup>os</sup> 577 et 444 ; adoption, après une demande de priorité, de l'amendement n<sup>o</sup> 1191 rectifié *bis*, l'amendement n<sup>o</sup> 85 rectifié *bis* devenant sans objet.

Amendement n<sup>o</sup> 1190 rectifié du Gouvernement et sous-amendement n<sup>o</sup> 1294 de M. François Autain ; amendement n<sup>o</sup> 603 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Mme la ministre, MM. François Autain, Gilbert Barbier, le rapporteur. – Adoption du sous-amendement n<sup>o</sup> 1294 et de l'amendement n<sup>o</sup> 1190 rectifié modifié, l'amendement n<sup>o</sup> 603 rectifié devenant sans objet.

Amendement n<sup>o</sup> 340 de M. Jacky Le Menn. – Mme Patricia Schillinger, M. le rapporteur. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 1188 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n<sup>o</sup> 341 de M. Jacky Le Menn. – Mme Samia Ghali, M. le rapporteur, Mmes la ministre, Dominique Voynet, M. le président de la commission. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 342 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n<sup>os</sup> 445 de M. François Autain, 248 de M. Alain Vasselle et sous-amendements n<sup>os</sup> 1298 et 1189 rectifié du Gouvernement ; amendements n<sup>os</sup> 343 et 344 de M. Jacky Le Menn. – MM. François Autain, Alain Vasselle, Mme la ministre, MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur, Mme Dominique Voynet, M. Bernard Cazeau, Gilbert Barbier. – Rejet des amendements n<sup>os</sup> 445, 343 et 344 ; adoption des sous-amendements n<sup>os</sup> 1298, 1189 rectifié et de l'amendement n<sup>o</sup> 248 modifié.

Amendement n<sup>o</sup> 1186 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 158 de M. Paul Blanc et sous-amendements n°s 1299 du Gouvernement et 638 rectifié de M. Gilbert Barbier; amendements (identiques à l'amendement n° 158) n°s 258 de M. Gérard Longuet et 345 de M. Jacky Le Menn. – M. Marc Laménie, Mme la ministre, M. Gérard Longuet, Mme Samia Ghali, MM. Gilbert Barbier, le rapporteur. – Adoption des sous-amendements n°s 1299, 638 rectifié et de l'amendement n° 158 modifié, les autres amendements devenant sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Article 8 *bis* (p. 4764)

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, M. Yves Pozzo di Borgo, Mmes Dominique Voynet, Marie-Thérèse Hermange, la ministre.

Amendements identiques n°s 67 de M. Yves Pozzo di Borgo, 242 rectifié de M. Alain Vasselle et 446 de M. François Autain. – MM. Yves Pozzo di Borgo, Alain Vasselle, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, M. le rapporteur, Mmes la ministre, Marie-Thérèse Hermange, Dominique Voynet, M. Jean-Pierre Fourcade. – Retrait de l'amendement n° 242 rectifié; rejet, par scrutin public, des amendements n°s 67 et 446.

Amendement n° 671 rectifié de Mme Marie-Thérèse Hermange. – Mme Marie-Thérèse Hermange, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 8 *bis* (réservé jusqu'après l'article 13 *quater*) (p. 4771)

M. le président de la commission.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 4771)

#### PRÉSIDENCE DE MME MONIQUE PAPON

##### Article 8 *ter*

M. Michel Magras, Mme la ministre.

Adoption de l'article.

**Article additionnel après l'article 8 *ter* (réservé jusqu'après l'article 13 *quater*)** (p. 4772)

##### Article 9

 (p. 4772)

Amendement n° 1194 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Rejet

Amendement n° 447 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait

Amendement n° 685 rectifié de M. Jean-Etienne Antoinette. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait

Mme la ministre, M. le président de la commission.

Adoption de l'article

**Article additionnel après l'article 9 (réservé jusqu'après l'article 13 *quater*)** (p. 4775)

##### Article 9 *bis*

 (p. 4775)

Mme la ministre.

Amendement n° 448 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Adoption de l'article.

##### Article 10

 (p. 4777)

Mmes la ministre, Annie David, MM. Guy Fischer, Bernard Cazeau, Paul Blanc.

Amendements n°s 450 à 452, 579 de M. François Autain et n° 1245 du Gouvernement. – M. François Autain, Mme la ministre, M. Michel Billout, Mme Annie David, MM. le rapporteur, le président de la commission, Alain Fouché, Paul Blanc, Gilbert Barbier. – Rejet des amendements n°s 451, 452 et 579; rejet, par scrutin public, de l'amendement n°450; adoption de l'amendement n° 1245.

Amendement n° 256 rectifié *bis* de M. Alain Gournac, repris par le Gouvernement. – Mme la ministre, MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur, le président de la commission.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 4787)

Amendement n° 256 rectifié *ter* du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le président de la commission, Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur. – Rejet.

Amendement n° 643 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre, M. Alain Vasselle. – Adoption.

Amendement n° 1220 rectifié de la commission. – M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 205 rectifié *bis* de Mme Isabelle Debré. – Mme Françoise Henneron, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 1302 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

**Article additionnel après l'article 10 (réservé jusqu'après l'article 13 *quater*)** (p. 4791)

##### Article 11

 (p. 4791)

Mme la ministre.

Amendement n° 347 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

**Article 12** (p. 4793)

Mme la ministre

Amendement n° 453 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n°s 604 rectifié de M. Gilbert Barbier et 672 de Mme Marie-Thérèse Hermange. – M. Gilbert Barbier, Mme Marie-Thérèse Hermange. – Retrait des deux amendements.

Renvoi de la suite de la discussion.

3. **Dépôt de propositions de loi** (p. 4796)
4. **Dépôt d'une proposition de résolution** (p. 4796)
5. **Ordre du jour** (p. 4796)



# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. ROGER ROMANI

**vice-président**

**Secrétaires :**  
**M. Alain Dufaut,**  
**M. Jean-Noël Guérini.**

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à quinze heures cinq.)*

1

## PROCÈS-VERBAL

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

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

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

2

## RÉFORME DE L'HÔPITAL

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

*(Texte de la commission)*

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

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'article 7.

### Article 7

#### (Texte modifié par la commission)

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

1<sup>o</sup> À l'article 3, les trois premiers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

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

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

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

3<sup>o</sup> Après l'article 9-1, il est inséré un article 9-2 ainsi rédigé :

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

« Le détachement est proposé et le contrat est signé :

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

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

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

4<sup>o</sup> À l'article 50-1, après les mots : « Les personnels de direction », sont insérés les mots : « et les directeurs des soins » ;

5<sup>o</sup> Après l'article 65-1, il est inséré un article 65-2 ainsi rédigé :

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

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

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

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

7° L'article 116 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa :

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

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

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

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

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

La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

**M. Guy Fischer.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'article 7 concerne le mode de recrutement des directeurs des établissements publics de santé.

Il est indiscutablement à rapprocher de l'article 6, que nous avons examiné vendredi dernier, et qui donne les pleins pouvoirs aux directeurs de ces établissements. Il est prévu que des non-fonctionnaires puissent devenir directeurs des hôpitaux publics.

À tous les articles de ce projet de loi, vous témoignez de votre volonté de privatiser les hôpitaux, de les gérer et de les diriger comme n'importe quelle entreprise.

Vous justifiez les dispositions prévues à l'article 7 par votre intention d'ouvrir les postes de directeur des établissements publics de santé à des compétences nouvelles. Les directeurs actuellement en poste apprécieront, tout comme les formateurs et les enseignants de l'École des hautes études en santé publique, l'EHESP.

Si l'on ne voit pas clairement de quelles compétences nouvelles devront être dotés les directeurs non fonctionnaires recrutés demain par les directeurs des ARS, les agences régionales de santé, on connaît les compétences actuelles dont ils se priveront. Les directeurs d'hôpitaux recrutés dans le privé, n'ayant pas satisfait au principe républicain du concours, ne bénéficieront pas de la formation complète de deux ans délivrée par l'EHESP, qui, construite autour de l'alternance, intègre déjà des cours de management, de gestion des conflits, de direction des ressources humaines, de stratégie et de projet d'établissement, bref, des modules très utiles à la gestion des établissements de santé en tant qu'entreprises.

Toutefois, cette formation comprend également des enseignements spécifiques à la direction d'un hôpital public tels que l'appropriation des politiques de respect des droits des patients et de la carte sanitaire, mais aussi, et surtout, d'importants modules destinés à mieux appréhender et respecter les principes inhérents aux services publics de santé, notamment

l'organisation médicale, le respect de l'éthique médicale et le lien entre hôpital et santé publique. Ce sont autant de connaissances et de savoirs spécifiques que n'auront plus à maîtriser les futurs directeurs, dès lors qu'ils appliqueront à la perfection la règle comptable.

Alors, pour tenter de donner le change, le Gouvernement a précisé par voie d'amendement que les directeurs non fonctionnaires bénéficieront d'une « formation » à l'EHESP. Cette mesure est si floue qu'elle paraît d'ordre « cosmétique », la nature de cette formation n'étant précisée nulle part. On ne sait donc rien, madame la ministre, de ce que vous entendez par formation. Quelle en sera la durée ? Souhaitez-vous conserver le principe de l'alternance et du stage en milieu professionnel, qui constituent clairement, on le sait, un avantage pour le futur directeur ? Entendez-vous sacrifier tout ou partie de la formation en santé publique dispensée à Rennes ?

Dans l'intérêt de nos débats, il serait bienvenu que vous nous apportiez quelques précisions sur ce sujet.

Nous souhaiterions également connaître les critères qui conduiront, demain, les directeurs généraux des ARS à recruter ces directeurs. Un pourcentage de postes sera-t-il réservé aux non-fonctionnaires ? Entendez-vous réduire très prochainement le nombre de postes ouverts à concours ?

Toutes ces questions, en apparence très techniques, soulèvent de réels problèmes politiques, car nous craignons que, progressivement, et peut-être plus vite encore que nous ne l'imaginons, vous ne cessiez de recruter des fonctionnaires, afin d'embaucher des non-fonctionnaires, conformément à la fameuse logique de la RGPP, la révision générale des politiques publiques, et à votre souci de transformer les établissements publics de santé en entreprises.

C'est pourquoi, tenant compte de tous les risques que fait peser cet article sur le cœur même des missions de service public, à savoir la satisfaction des besoins en matière de santé tant individuels que publics, nous voterons contre cet article.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur, sur l'article.

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, la commission approuve globalement les dispositions prévues à l'article 7, qui visent à assouplir les règles de gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

La modernisation des établissements de santé nécessite une adaptation de ces règles, en vue de dynamiser la gestion des ressources humaines. Je pense notamment à l'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement à des non-fonctionnaires.

Cette mesure répond à la volonté de recruter des professionnels aux expériences diverses, notamment des cadres issus du secteur privé ou des médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management, et de pourvoir des postes de direction vacants depuis longtemps.

Bien sûr, les directeurs d'établissement fonctionnaires continueront de constituer la grande majorité du vivier du recrutement, mais la modernisation de l'hôpital passe aussi par l'ouverture de la fonction de direction à des personnes issues d'autres milieux professionnels. La mesure prévue par le texte a donc pour objet de renforcer l'attractivité de l'hôpital et de contribuer à son dynamisme.

Sur mon initiative, la commission a toutefois adopté deux amendements de coordination et de précision juridique, qui visent à pallier des imprécisions dans la rédaction de l'article. Par coordination, elle a également adopté un amendement visant à supprimer la disposition selon laquelle le directeur de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire évalue les directeurs des autres établissements membres.

**M. le président.** La parole est à M. Jacky Le Menn, sur l'article.

**M. Jacky Le Menn.** Madame la ministre, autant je suis favorable, pour un ensemble de raisons qu'il serait superflu de développer, à une dérogation en faveur du corps médical hospitalier pour le recrutement des directeurs d'établissement de santé, autant je suis réticent à ouvrir ce recrutement à des non-fonctionnaires.

Les règles de recrutement de la fonction publique constituent des garanties fortes. Mais vous avez peut-être décidé de tirer un trait sur les concours ! Encore faudrait-il afficher votre position, notamment pour les concours de catégorie A.

La fonction publique d'État – je pense aux grands corps –, la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière ont des personnels suffisamment compétents pour prendre en charge la direction des établissements hospitaliers.

Pourquoi ouvrir ce recrutement à des personnes du secteur privé ? Votre idée est-elle de faire venir des gestionnaires ayant bénéficié d'une solide formation comptable et financière ? Si tel n'est pas le cas, il faudrait que vous le précisiez. Je rappelle que les cadres de direction de la fonction publique hospitalière bénéficient depuis plusieurs années, au cours de leur formation de base et de leur formation continue, de tels enseignements. On a même envoyé des générations de directeurs d'hôpitaux se former à HEC en MBA ISA, pour maîtriser notamment l'analyse de bilan et la gestion financière.

Madame la ministre, vous proposez une pénétration du secteur public par le secteur privé, pleine de sous-entendus sur l'avenir qui sera réservé à nos établissements hospitaliers. Cela ne me semble pas sain. Mon collègue Guy Fischer le disait à l'instant, il faut sans doute replacer cette mesure dans un ensemble plus large visant à transformer à moyen ou à long terme les établissements publics de santé en des cousins germains bâtards des cliniques privées à but lucratif.

Il y a là une véritable défiance à l'égard de la fonction publique. Nous aurons sans doute l'occasion d'en reparler, car d'autres personnels hospitaliers seront vraisemblablement concernés à l'avenir. Après tout, pourquoi ne pas généraliser les contrats à durée déterminée, qui permettraient d'embaucher et de licencier en fonction de l'évolution de l'activité d'un établissement ?

Nous ne partageons pas cette analyse et nous voterons donc contre cette partie de l'article 7.

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

**M. Bernard Cazeau.** Cet article prévoit d'élargir le recrutement des directeurs d'établissement pour, selon les termes de l'exposé des motifs, « faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de personnels issus d'autres fonctions publiques, de professionnels ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management ».

Certes, l'idée n'est pas absurde. La diversification du recrutement pour la direction des hôpitaux peut apparaître comme une bonne chose et je ne verrais aucun inconvénient à ce que des médecins puissent exercer des fonctions de direction hospitalière.

On peut toutefois s'étonner, madame la ministre, de cette volonté d'ouverture alors que, dans le même temps, vous vous efforcez depuis plusieurs jours de vider de leur substance les pouvoirs des commissions médicales d'établissement, les CME, et du conseil de surveillance de l'hôpital.

En revanche, à l'instar de MM. Fischer et Le Menn, je me montrerai beaucoup plus réservé sur les méthodes de recrutement que vous envisagez d'appliquer. J'en veux pour preuve une annonce étrange parue dans le journal *Le Monde* daté du 19 janvier dernier. Il s'agissait d'une offre d'emploi apparemment anodine selon laquelle le ministère de la santé recherchait un « manager de haut niveau » pour « un projet innovant et d'envergure », à savoir la direction générale d'une ARS. Non seulement l'État demandait à l'intéressé d'être à la fois « stratège », « créateur de liens et négociateur » ainsi que « pilote et organisateur du changement », mais il le soumettait également à un mode de recrutement inédit. Pour constituer ce « vivier », le ministère avait retenu le cabinet Éric Salmon & Partners, spécialisé dans la recherche de cadres dirigeants pour la finance ou l'industrie.

**M. Guy Fischer.** Cela veut tout dire !

**M. Bernard Cazeau.** Qu'ils soient issus du public ou du privé, les candidats devront donc tous se soumettre aux entretiens et aux tests du chasseur de têtes. De plus, comme le préconisait le rapport qui vous a été remis en janvier 2008, ce cabinet fournira au ministère une *short list* de trois noms pour chaque poste à pourvoir. Il n'est plus besoin de sortir de l'ENA ou de passer un concours spécifique ; les candidats pourront être aussi bien des fonctionnaires que des cadres du privé. Ils devront simplement disposer d'au moins quinze ans d'expérience de management à un haut niveau, pas nécessairement dans le domaine de la santé.

On pourrait nous reprocher, une nouvelle fois, de faire un procès d'intention. Mais, face à de telles annonces, nous sommes bien obligés de nous poser des questions et de les évoquer publiquement. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, permettez-moi, en ce début de semaine, de former des vœux de bon travail pour les trois jours à venir.

Cet article 7, qui concerne la nomination des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, vise à compléter les dispositions de l'article 6.

Je suis persuadée que la modernisation de l'hôpital public passe par une ouverture plus large de la fonction de direction à des professionnels issus du secteur privé et des autres fonctions publiques, ou encore à des médecins intéressés par la gestion et le management.

Cette ouverture est le signe de l'attractivité de l'hôpital, de son dynamisme et de la diversité de compétences que suppose un management moderne.

Je doute que les salaires offerts par les hôpitaux suscitent l'appétit des patrons du CAC 40, comme je l'ai entendu ici ou là! N'exagérons rien! (*M. le président de la commission des affaires sociale rit.*)

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Nous n'avons jamais dit cela!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je rappelle que, toutes primes comprises, le directeur d'un CHU gagne 7 800 euros par mois. Quant aux traitements des directeurs d'un CHR et d'un hôpital général, ils s'élèvent respectivement à 7 300 euros et à 6 020 euros par mois. Ces salaires, certes confortables, sont en rapport avec ceux qu'offrent les postes de responsabilité égale de la fonction publique.

Je souhaite proposer à ces professionnels des formations souples et modulables à l'École des hautes études en santé publique, afin qu'ils puissent approfondir leurs connaissances techniques et renforcer leur capacité à travailler avec les autres acteurs de la santé. Ils pourront ainsi être associés à la gestion de l'établissement.

Le recrutement par voie de détachement sur contrat sera également ouvert aux personnels de direction de la fonction publique hospitalière, avec comme objet précis de conduire une mission visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement connaissant des difficultés récurrentes. Il faut bien reconnaître que les professionnels ne se bousculent pas pour assumer des tâches difficiles, ce qui rend le recours au contrat souhaitable, de manière complémentaire au statut, pour satisfaire aux principes d'adaptabilité et de continuité de service.

L'évaluation des personnels de direction constitue également un point important. Les chefs d'établissement sont des cadres dirigeants: la dynamisation de leur carrière passe par une évaluation et une rémunération fondée sur la performance et l'atteinte d'objectifs.

Le directeur général du Centre national de gestion étant l'autorité investie du pouvoir de nomination, il est nécessaire de prévoir explicitement dans la loi que l'évaluation annuelle relève de la compétence du directeur général de l'ARS pour les chefs des établissements publics de santé. Il a naturellement vocation à exercer cette compétence, car il définit l'organisation, l'évolution de l'offre de soins au niveau régional ainsi que le projet régional de santé.

Ces dispositions, que ce soit le détachement sur contrat, le recrutement d'agents non fonctionnaires ou l'évaluation, concerneront bien entendu les directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux. Le Gouvernement proposera ainsi des amendements visant à mieux prendre en compte les problématiques propres à ce secteur.

Enfin, je présenterai un amendement permettant aux lauréats des concours d'accès à certains corps de fonctionnaires hospitaliers de postuler à un emploi dès lors qu'ils sont inscrits sur une liste d'aptitude.

Je tiens également à vous rassurer, mesdames, messieurs les sénateurs, aucun pourcentage ne sera appliqué et le contenu de la formation, qui sera assurée par l'École des hautes études en santé publique, relèvera du règlement.

Pour rendre plus attractive cette véritable profession de santé publique, je souhaite fluidifier les parcours et faciliter la mobilité dans les deux sens. Nombre de directeurs d'hôpitaux aspirent à des carrières plus variées, et il faut les accompa-

gner dans ce mouvement. Cet article 7 vise à développer l'attractivité des personnels de direction de notre hôpital public.

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

L'amendement n° 436, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé:

Supprimer le I de cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Avec cet article 7, nous abordons le cœur de nos différends, madame la ministre, et autant dire d'emblée que vos propos ne nous ont absolument pas convaincus.

Alors que les statuts de la fonction publique prévoient déjà de nombreuses dérogations permettant l'emploi de non-fonctionnaires, en particulier pour les emplois de direction, l'insistance et les précisions données par cet article créent une dérogation supplémentaire, spécifique au statut de la fonction publique hospitalière.

Nous ne saurions l'accepter, d'autant que, contrairement aux autres dérogations prévues dans les statuts de la fonction publique, aucune garantie de formation initiale, de compétence acquise ou d'expérience n'est exigée en l'occurrence.

Certes, on ne recrutera pas n'importe qui. Mais l'on sait bien ce que signifie le recours à des non-fonctionnaires pour assurer des missions de direction d'établissement.

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

**M. Guy Fischer.** Mais nous le savons, chère collègue: le but est de recruter des personnes qui possèdent une expérience financière.

Certes, une formation est proposée, mais rien n'est dit sur sa nature, sa durée, aucun arrêté ou décret n'est prévu pour en définir les contenus. Le fait du prince se met en place!

De toute évidence, comme pour les nominations des directeurs généraux des agences régionales de santé, il s'agira d'une décision politique prise au plus haut niveau.

Cet article lève ainsi le voile sur la réalité du pouvoir d'un directeur d'établissement. Il ne dispose pas du pouvoir de nomination des cadres appelés à le seconder; on ne lui demande même pas son avis.

C'est le directeur général du Centre national de gestion qui est l'autorité investie du pouvoir de nomination à ces postes.

Cela renforce ce que nous dénonçons par ailleurs comme étant, en fait, une véritable recentralisation entre les mains du pouvoir politique.

Ainsi, à travers les différentes prescriptions de cet article 7, chacun comprend mieux que le personnel de direction ne sera plus investi de la mission de gestion d'un véritable service public tel que nous l'entendons, mais il le sera de missions avant tout managériales fondées sur la logique de résultats financiers.

Nous contestons cette évolution et nous vous demandons donc, mes chers collègues, de supprimer le I de cet article 7.

**M. le président.** L'amendement n° 1185, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

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



L. 6141-1

par la référence :

L. 6143-7-1-1

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je rappelle que, dans la rédaction qu'elle a proposée pour l'article 6, la commission des affaires sociales a inséré un article L. 6143-7-1-1 nouveau dans le code de la santé publique, relatif exclusivement à la nomination des directeurs des établissements publics de santé. Les dispositions prévues à l'article 7 – nomination de non-fonctionnaires sur des emplois de directeur et détachement sur contrat – étant prévues par dérogation aux dispositions précitées, il convient d'assurer la cohérence rédactionnelle entre les deux textes.

**M. le président.** L'amendement n° 437, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le quatrième alinéa du I de cet article.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement vise à supprimer la disposition introduite à l'Assemblée nationale autorisant le recrutement de directeurs d'hôpitaux non fonctionnaires.

Je voudrais d'ailleurs revenir en arrière, plus précisément à la motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité, présentée par Guy Fischer. Nous ne défendions pas alors la V<sup>e</sup> République, comme vous l'avez prétendu à tort, madame la ministre, mais le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, profondément inspiré des travaux du Conseil national de la Résistance, et auquel les forces de progrès et d'émancipation ont très largement participé.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** L'enfant, la femme et les vieux travailleurs !

**M. François Autain.** Certes, nous nous sommes opposés à la V<sup>e</sup> République dès son institution, mais je tiens à préciser que, à travers son préambule, nous avons défendu et soutenu la Constitution du 27 octobre 1946.

Par cet amendement, nous entendons revenir sur cette disposition que nous considérons comme contraire aux fondements de la République. Nous avons fait le choix d'instaurer en France, pour diriger les établissements publics, notamment ceux de santé, un concours. À l'heure où le Gouvernement parle de lutte contre les discriminations, nous nous opposons à ce que l'on s'éloigne d'un principe garantissant l'égalité des chances de ceux qui y participent. Nous ne pouvons accepter d'y renoncer, ne serait-ce que partiellement.

Quant aux compétences particulières que vous avez invoquées en réponse à notre motion, madame la ministre, elles me laissent perplexe. Nullé part il n'est précisé quelles sont ces compétences ou les qualités dont ne disposeraient pas les élèves directeurs issus de l'ENSP. Ni à l'Assemblée nationale ni ici même, au Sénat, vous n'avez précisé votre pensée. Aussi, nous avons tendance à penser que la seule qualité

recherchée est en réalité la pratique talentueuse de la calculatrice, de manière à réduire les dépenses, au risque de porter atteinte à la qualité et à la sécurité des soins.

Madame la ministre, les quelques éclaircissements que vous nous avez apportés tout à l'heure ne sont pas de nature à nous satisfaire. Comme vous l'avez-vous-même reconnu, ces directeurs ne perçoivent pas des rémunérations très élevées. Or rien ne nous dit que les directeurs issus du secteur privé ne bénéficieront pas de salaires supérieurs à ceux dont bénéficient les directeurs issus des concours publics. Peut-être prétendez-vous le contraire ? Toujours est-il qu'il est déjà arrivé dans le passé que des non-fonctionnaires soient recrutés pour pourvoir certains postes, certes non pas des postes de directeur, mais, par exemple, à la présidence de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pas pour la présidence ! Pour la direction générale !

**M. François Autain.** Dans ces différents cas, il ne semble pas que le salaire de la personne recrutée ait été exactement celui auquel aurait pu prétendre un fonctionnaire. Parfois, ces salaires étaient même deux ou trois fois supérieurs.

Comment ne pas souligner le lien qui existe entre cette décision et celle qu'a prise le Président de la République d'engager un véritable plan de rigueur dans la fonction publique en prévoyant le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux ? En l'occurrence, on ne recrute plus de fonctionnaires, mais on recrute des personnes issues du privé pour les remplacer. Cette politique porte un nom : c'est la révision générale des politiques publiques !

Pour toutes ces raisons, nous vous invitons à voter notre amendement, et, compte tenu de son importance, nous demanderons un scrutin public.

**M. le président.** L'amendement n° 601 rectifié, présenté par MM. Barbier, Colin, Baylet et Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

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

et les centres hospitaliers régionaux

La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement.

**M. Jean-Pierre Chevènement.** Je soutiens cet amendement en plein accord avec M. Barbier.

Nous souhaiterions que la possibilité de nommer des personnes issues du secteur privé à des postes de direction soit réservée aux petits établissements, et que seuls des fonctionnaires puissent accéder à la tête des grands hôpitaux. Une telle restriction serait une garantie de professionnalisme.

**M. le président.** L'amendement n° 438, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Nous demeurons attachés aux principes que j'ai développés lors de mon intervention sur l'article quant à la nature de la formation que devraient recevoir les futurs directeurs d'établissement qui ne seraient pas fonctionnaires. Or, madame la ministre, vous entretenez le flou autour de vos explications. Pouvez-vous nous préciser dès aujourd'hui la nature de la formation qui sera dispensée aux non-fonctionnaires ?

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Elle l'a déjà fait !

**M. Guy Fischer.** J'aimerais, madame la ministre, que vous précisiez la durée de la formation et la nature des modules qui seront proposés, ce que vous n'avez pas fait.

Bref, vous devez à la représentation nationale un minimum d'explications et d'éclaircissements.

Pour notre part, nous considérons – et cela constitue sans doute une différence fondamentale entre nous – que la formation dispensée à l'École des hautes études en santé publique est utile. Toute formation est perfectible et est appelée à évoluer en fonction des bilans qu'on en dresse, mais cela relève plus du décret que de la loi.

Comment considérer que l'on puisse demain se priver de l'histoire de cette école prestigieuse ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* On ne se privera pas de ses services ! Au contraire, nous renforçons son rôle !

**M. Guy Fischer.** Vous le dites de manière ironique, madame la ministre ! Je le sens ! (*Sourires.*)

Aussi, cet amendement vise à permettre aux directeurs non fonctionnaires de bénéficier des deux années de formation suivies par les élèves relevant de la fonction publique. Cette formation nous semble être de qualité et répondre à toutes les attentes posées par ce projet de loi.

**M. le président.** L'amendement n° 439, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Les hauts fonctionnaires, lorsqu'ils souhaitent « pantoufler » dans le privé, c'est-à-dire non se reposer, mais se constituer une « pantoufle » améliorant sensiblement leurs revenus, sont soumis à l'examen d'une commission de déontologie, qui a pour vocation de décider s'il y a ou non un conflit d'intérêt possible entre leurs anciennes fonctions et les avantages qu'une entreprise privée pourrait en tirer.

Bien que cet article 7 vise à ouvrir le recrutement des directeurs d'établissement à des non-fonctionnaires, nous sommes dans un cas de figure similaire.

Ledit article prévoit aussi de permettre à des directeurs d'être détachés, sur un contrat de droit public, pour une mission temporaire, afin de rétablir le bon fonctionnement d'un établissement dont le caractère n'est pas précisé dans le texte.

Nous estimons donc nécessaire d'encadrer ces nouvelles dispositions pour qu'elles ne portent pas préjudice à l'hôpital public, déjà bien affaibli par rapport au secteur privé.

Concrètement, imaginons qu'un directeur d'hôpital public ait, comme c'est d'ailleurs son rôle et grâce aux pleins pouvoirs dont il disposera désormais, fort consciencieusement mis en place des mesures handicapant lourdement son établissement, non pas sur le plan budgétaire, mais en termes d'offres de soins. Ayant *de facto* laissé à une clinique privée proche la possibilité d'attirer les patients les plus « rentables », au sens de la tarification à l'activité, il pourrait ainsi se trouver tout à fait légalement à la tête de celle-ci quelque temps après.

Pour éviter que ce genre de situation ne se produise, notre amendement vise à interdire à un directeur d'hôpital public de travailler pour un établissement de santé privé dans un délai de cinq ans à compter de sa démission ou de la fin de son contrat avec un hôpital public.

**M. le président.** L'amendement n° 440, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

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

après avis du conseil de surveillance de l'établissement intéressé

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement a pour objet de préciser que la décision de placer en détachement les fonctionnaires dirigeant des établissements publics de santé sur un contrat de droit public doit être soumise à l'avis du conseil de surveillance de l'établissement concerné, afin de renforcer les pouvoirs de ce dernier et de limiter les risques d'un placement qui pourrait s'apparenter à une sanction.

**M. le président.** L'amendement n° 1184, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

...- L'article 31 est ainsi modifié :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Cet amendement vise à ouvrir la possibilité de choisir un poste autrement qu'en fonction de son rang de classement à l'issue des concours de la fonction publique hospitalière

La règle actuelle du choix des affectations à l'issue des concours de la fonction publique hospitalière est celle du « mérite », c'est-à-dire du rang de classement. Un tel principe méconnaît parfois les exigences de la gestion moderne des métiers et des compétences, en particulier lorsque les concours sont nationaux. C'est pourquoi ce système mérite d'être assoupli pour viser l'adéquation optimale entre le profil professionnel du candidat et les caractéristiques du poste à pourvoir.

L'objectif de la proposition que je vous fais est de concilier les aspirations professionnelles et personnelles des candidats avec les besoins des employeurs.

Cet objectif a été clairement fixé par le Président de la République, qui a souhaité que la nomination par liste d'aptitude à la sortie des écoles de fonctionnaires soit généralisée.

C'est pourquoi je vous propose, par cet amendement, de permettre que les lauréats des concours d'accès à certains corps de fonctionnaires hospitaliers puissent postuler un emploi dès lors qu'ils sont inscrits sur une liste d'aptitude. Nous ouvrons ainsi le choix de leur recrutement aux établissements et, par la même occasion, l'éventail du choix de leur affectation aux fonctionnaires.

Il est important d'indiquer que tous les corps de fonctionnaires hospitaliers ne sont pas concernés. Le recrutement sur liste d'aptitude doit d'abord s'appliquer aux corps recrutés dans un cadre national, qu'il s'agisse des personnels de direction, et – pourquoi pas ? – des directeurs des soins ou des attachés d'administration hospitalière.

Les modifications des textes statutaires réglementaires pris en application de ces dispositions seront soumises à l'ensemble des partenaires sociaux dans le cadre du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

**M. le président.** L'amendement n° 441, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le 5° du I de cet article.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Ce projet de loi organise l'hôpital de demain comme un simple outil de production de soins, avec à sa tête un super-patron.

Le rapporteur de l'Assemblée nationale, en réponse à un amendement de repli du groupe de la gauche démocrate et républicaine visant à ce que ce directeur reçoive à tout le moins une formation à l'École des hautes études en santé publique, a expliqué que « exiger un diplôme de l'École des hautes études en santé publique semble une condition trop restrictive, eu égard au profil de nouveaux managers que nous recherchons ». Tout est dit dans cette simple phrase !

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de calquer les recettes du secteur privé sur l'hôpital, notamment en matière de rémunérations. Nous avons déjà vu que l'intéressement allait prendre une part croissante dans la rémunération des praticiens hospitaliers. Maintenant, le projet de loi prévoit que celle du directeur de l'hôpital pourra contenir une part variable !

Cette rémunération, destinée à récompenser les directeurs les plus méritants – selon vos critères, bien sûr, madame la ministre – annonce toutes sortes de dérives, en premier lieu la recherche croissante des gains de productivité.

Le mode de gestion des hôpitaux, désormais fondé sur la seule rentabilité, sur la « nouvelle gouvernance », conduira tous les gestionnaires qui seront à leur tête à réduire les effectifs, à fermer des services, avec toutes les conséquences qui s'ensuivront sur l'égal accès de tous à des soins de qualité. Bref, cette logique financière imposée aux établissements ne peut être mise en œuvre qu'au détriment de l'accès aux soins et de la qualité des soins prodigués aux patients.

Refusant cette logique, nous proposons, par cet amendement, de supprimer toute part variable dans la rémunération des directeurs d'hôpitaux.

**M. le président.** L'amendement n° 1204, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

aux 1° à 3° et 7° de

par le mot :

à

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

directeurs d'établissements

insérer les mots :

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

III. - Compléter ce même alinéa par les mots :

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

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement concerne l'évaluation annuelle des directeurs et des directeurs adjoints des établissements sanitaires, mais aussi sociaux et médico-sociaux.

Évidemment, une telle évaluation est indispensable. Les directeurs et directeurs adjoints des établissements publics de santé sont déjà soumis à une évaluation de leur pratique de gestion, ainsi que de leurs résultats. Ils ont été les premiers, dans la fonction publique hospitalière, à ne plus être notés, mais à être évalués en fonction des missions et des objectifs qui leur sont fixés chaque année.

Le projet de loi conserve ce dispositif en lui conférant une assise législative, c'est-à-dire pérenne. Il importe que les directeurs de tous les établissements, au-delà des directeurs d'hôpitaux, bénéficient également de cette procédure, notamment les directeurs de tous les établissements sociaux et médico-sociaux, quel que soit par ailleurs le statut de ces établissements.

Tel est le sens du présent amendement, qui vise également à confirmer la compétence du préfet en matière d'évaluation des directeurs des établissements d'aide sociale à l'enfance et des



établissements accueillant les personnes les plus vulnérables. Je souligne enfin que ces évaluations devront bien entendu recueillir l'avis de l'assemblée délibérante.

**M. le président.** L'amendement n° 339, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Compte tenu de l'amendement que vient de présenter le Gouvernement, notre amendement n° 339, qui avait pour finalité d'essayer de bien maîtriser les pratiques professionnelles des directeurs d'hôpitaux, est satisfait. En conséquence, je le retire.

**M. le président.** L'amendement n° 339 est retiré.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 436, présenté par le groupe CRC-SPG, tend à supprimer le I de l'article 7, au motif que la mesure figurant dans ce paragraphe s'inscrit dans une logique de privatisation de l'hôpital public.

Or, au contraire, la volonté d'ouvrir le recrutement des directeurs d'établissement à des non-fonctionnaires répond à la volonté de recruter des professionnels aux expériences diverses et de pourvoir des postes de direction vacants.

Il est entendu que les directeurs d'établissement fonctionnaires constitueront toujours la grande majorité du vivier de recrutement, mais la modernisation de l'hôpital passe aussi par l'ouverture de la fonction de direction à des personnes issues d'autres milieux professionnels.

La mesure prévue par le texte a donc pour objet de renforcer l'attractivité de l'hôpital et de contribuer à ce dynamisme. La commission a donc émis un avis défavorable sur l'amendement n° 436.

L'amendement n° 1185, présenté par le Gouvernement, est un amendement de cohérence juridique portant sur la nomination des directeurs d'établissement. La commission est favorable à cet amendement.

En ce qui concerne l'amendement n° 437, présenté par le groupe CRC-SPG, ses auteurs sont hostiles à l'ouverture du recrutement des directeurs à des non-fonctionnaires.

La nomination de non-fonctionnaires à des postes de direction relève bien de la compétence du directeur général de l'ARS, excepté pour les postes de directeur général de CHU, dont la nomination se fait en conseil des ministres, ainsi que les postes de directeur des établissements qui demeurent dans le champ de compétence du préfet de département et ne relèvent donc pas de l'ARS. La commission est donc défavorable à l'amendement n° 437.

L'amendement n° 601 rectifié vise à interdire la nomination de non-fonctionnaires à la tête de centres hospitaliers régionaux.

Permettez-moi tout d'abord de me livrer à une rapide explication de texte, que j'ai déjà faite en commission à Gilbert Barbier.

La mention « à l'exception », au quatrième alinéa de cet article, ne signifie pas que des non-fonctionnaires ne peuvent pas être nommés directeurs de CHU, elle veut simplement dire que leur nomination n'est pas une prérogative du directeur de l'ARS ; elle relève du conseil des ministres. Je vous rappelle que les directeurs de CHU sont nommés en conseil des ministres.

Ensuite, en ce qui concerne la possibilité de nommer des non-fonctionnaires à des postes de directeur d'établissement – notamment dans des CHU et des CHR –, je crois que cette mesure constitue pour l'hôpital public une source d'attractivité. Le recrutement de personnes aux parcours professionnels divers contribuera à dynamiser la gestion des établissements publics de santé. La commission est donc défavorable à l'amendement n° 601 rectifié.

L'amendement n° 438, qui a déjà été examiné par la commission dans le cadre de ses travaux initiaux, tend à ce que la formation reçue par les directeurs non fonctionnaires soit similaire à celle des élèves directeurs fonctionnaires.

Or cette formation, mes chers collègues, ne saurait être identique, puisque les directeurs non fonctionnaires seront censés avoir déjà une expérience de la gestion hospitalière et du management. L'objectif est bien d'adapter la formation qu'ils recevront à l'EHESP à leur niveau de connaissances et d'expérience dans le domaine de la gestion hospitalière.

Je me dois d'ajouter que, en votre présence, et dans le cadre des auditions menées par la commission, nous avons reçu le directeur de l'EHESP, située à Rennes. Médecin, il nous avait dit qu'il était demandeur de formations destinées à des candidats non fonctionnaires au poste de directeur, et qu'il était prêt à mettre en place les unités de formation dans sa propre école pour assurer leur accueil.

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

**M. François Autain.** Il n'a pas intérêt à dire le contraire ! (*Sourires sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission est donc défavorable à l'amendement n° 438.

L'amendement n° 439 vise à empêcher les directeurs non fonctionnaires de retourner exercer dans un établissement de santé privé dans un délai de cinq ans après leur départ de l'établissement public qu'ils ont dirigé.

Cette proposition va évidemment à l'encontre de l'objectif recherché, qui est de rendre l'hôpital public plus attractif pour les professionnels issus du secteur privé. La commission est donc défavorable à cet amendement.

En ce qui concerne l'amendement n° 440, l'article 7 prévoit la possibilité, pour le directeur général de l'ARS, de détacher certains directeurs d'établissement sur un contrat de droit public pour une mission temporaire, dont l'objectif est le rétablissement du bon fonctionnement d'un établissement.

Cet amendement prévoit que le conseil de surveillance de l'établissement intéressé donne son avis sur le détachement.



Or, le conseil de surveillance d'un établissement qui connaît des difficultés dans son fonctionnement interne n'a pas à se prononcer sur la nomination à sa tête d'un directeur détaché sur contrat. Il faut que ce soit une personnalité extérieure à l'établissement qui juge de la nécessité d'avoir recours au détachement.

Concrètement, le directeur général de l'ARS, en raison de sa connaissance des situations locales, identifiera les hôpitaux nécessitant des missions spécifiques tendant au rétablissement de leur bon fonctionnement. Pour ce qui est de la sélection des candidats, il pourra recourir à l'expertise et au conseil du Centre national de gestion, le CNG. La commission est défavorable à l'amendement n° 440.

L'amendement n° 1184 du Gouvernement vise à répondre à la volonté de mettre progressivement fin aux classements de sortie dans les concours de la fonction publique. La commission est donc favorable à cet amendement.

L'amendement n° 441 vise à supprimer le 5° du I de cet article, suivant lequel l'évaluation des personnels de direction servira à déterminer la part variable de leur rémunération.

La modernisation et le dynamisme de l'hôpital public passent aussi par l'évaluation des directeurs, qui doit permettre de vérifier leurs compétences en matière de gestion hospitalière et de management.

À la suite de cette évaluation, les directeurs, comme c'est déjà le cas pour certains fonctionnaires, pourront bénéficier d'un dispositif d'intéressement adossé à l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ou CPOM, conclu par l'établissement concerné.

Cette mesure, qui agira comme un facteur de motivation, permettra la juste reconnaissance des efforts fournis et des résultats obtenus. La commission a donc émis un avis défavorable à l'amendement n° 441.

L'amendement n° 1204, présenté par le Gouvernement, vise à préciser que, d'une part, l'évaluation des directeurs des établissements entrant non dans le champ de compétence de l'ARS, mais dans celui du représentant de l'État dans le département, sera réalisée non par le directeur général de l'ARS, mais par le préfet, et que, d'autre part, l'évaluation des directeurs des maisons de retraite publiques sera réalisée par le directeur général de l'ARS. La commission est favorable à cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 436, présenté par le groupe CRC-SPG. Les explications que j'ai données dans mon propos liminaire sur cet article m'ont déjà permis de préciser les causes de cet avis.

En ce qui concerne l'amendement n° 437, la nomination d'un directeur d'établissement non fonctionnaire doit relever du ministre et non du directeur général de l'agence régionale de santé. Évidemment, celui-ci agit sur délégation du ministre, mais je pense qu'il sera beaucoup plus efficace que la nomination relève de la personne qui sera au plus près du terrain, plutôt que du ministre. Même si les compétences du ministre ne sont pas, par définition, infinies, (*Sourires.*) je pense que cette procédure sera bien meilleure.

Bien entendu, le recours à cette procédure sera encadré par des dispositions réglementaires et les consultations nécessaires seront précisées, en particulier celle du président du conseil de surveillance.

Les emplois de directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux ne peuvent pas être occupés par des non-fonctionnaires. Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. Sinon il y sera défavorable.

En ce qui concerne l'amendement n° 601 rectifié, M. Chevènement, qui a lui-même participé au conseil des ministres, sait bien qu'il est impossible d'imposer une telle nomination en conseil des ministres, à moins, bien sûr, de prévoir par amendement une telle condition. Je demande le retrait de cet amendement.

En ce qui concerne l'amendement n° 438, les directeurs non fonctionnaires doivent bien entendu recevoir une formation équivalente à celle des autres directeurs. Ils recevront donc une formation complémentaire à celle des directeurs titulaires formés à l'École des hautes études en santé publique, selon des modules qui pourront d'ailleurs varier suivant les postes à pourvoir.

Il est bien évident que, par exemple, si nous sommes amenés à recruter un directeur de clinique, il ne recevra pas la même formation que celle qu'il aurait eue pour un autre poste.

Les détails relèvent du domaine réglementaire : je souhaite garantir le principe par la loi, mais je ne vais vous donner ici ni le contenu des formations, ni les horaires des cours, ni le nom des enseignants ! (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

**M. Guy Fischer.** Quel mépris !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'amendement n° 439 vise à imposer une clause de non-concurrence aux directeurs démissionnaires. Or, les clauses de non-concurrence qui existent dans les contrats de travail relèvent exclusivement de la jurisprudence de la Cour de cassation.

Vous le savez mieux que personne, ces clauses ne sont licites que pour autant qu'elles s'avèrent indispensables à la protection des intérêts légitimes de l'entreprise, et qu'elles sont limitées dans le temps et l'espace. De plus, ces clauses doivent être assorties de contreparties financières. Le fait d'appliquer de telles dispositions pour les personnels de direction est pour moi sans objet, compte tenu de la nature des fonctions exercées.

On a du mal à imaginer qu'un malade se rendrait dans tel ou tel établissement en fonction de l'identité de son directeur, qu'il ne connaît d'ailleurs jamais !

**M. Gérard Longuet.** Les patients non, mais les médecins si !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** À travers l'amendement n° 440, il s'agit de recueillir l'avis du conseil de surveillance pour le détachement sur contrat d'un directeur fonctionnaire dans le cadre d'une mission visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement.

Je vous ai déjà expliqué, aussi bien sur l'article 6 que sur le présent article 7, les raisons pour lesquelles je suis tout à fait défavorable à cette disposition.

L'amendement n° 441 vise à supprimer la part variable de rémunération des directeurs et de leurs adjoints. Or, ce dispositif a été négocié avec les organisations syndicales représentant les personnels de direction et il me paraît impensable de revenir sur cet élément majeur du dialogue social.

Pour résumer, je demande donc le retrait de l'amendement n° 601 rectifié, présenté par M. Chevènement, dans la mesure où il déroge aux règles des nominations en conseil des ministres et je suis défavorable aux amendements présentés par le groupe CRC-SPG.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 436.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1185.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 437.

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

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

*(Le scrutin a lieu.)*

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

Le scrutin est clos.

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

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 162 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

Monsieur Chevènement, l'amendement n° 601 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Pierre Chevènement.** Je le retire pour les raisons de cohérences juridiques avancées par Mme la ministre, mais j'en maintiens l'esprit : je souhaite que les directeurs de grands établissements soient recrutés parmi les fonctionnaires.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai voté l'amendement de M. Autain. Certes, il va plus loin que ce que je voulais, mais c'est mieux que rien !

**M. le président.** L'amendement n° 601 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 438.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 439.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 440.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, pour explication de vote sur l'amendement n° 1184.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Lors de la semaine d'initiative sénatoriale, nous avons eu, à la demande du groupe de l'UMP, en particulier de M. de Rohan, un débat sur la formation des hauts fonctionnaires de l'État, notamment des élèves de l'ENA.

Bien qu'un tel débat n'entraîne pas de suite importante, chaque sénateur peut s'y exprimer. Il m'a semblé que tous les orateurs partageaient peu ou prou l'avis que M. Séguin exposait dans un article récent de *Valeurs actuelles*, dans la rubrique *Parlons vrai* : l'ENA, le pire système, mais... M. Séguin déclarait : « Il est vrai que la suppression du

classement à l'ENA va obliger les administrations à mettre en place un système de sélection basé sur des entretiens et un examen des dossiers des candidats, système qui devra être le plus sérieux et le plus objectif possible pour écarter toute dérive. »

Au cours de ce débat parlementaire, auquel participait notamment M. Longuet, les intervenants ont tous exprimé l'idée qu'un système se fondant sur le classement de sortie à un concours n'était sans doute pas idéal – de ce point de vue, d'ailleurs, on peut en revoir le contenu ou améliorer les paramètres d'évaluation des aptitudes – mais qu'il restait malgré tout le plus démocratique.

Souvenons-nous, mes chers collègues, qu'avant les concours nous avons connu, entre autres, le népotisme et les choix de classe !

Or le Gouvernement nous soumet aujourd'hui, dans un projet de loi sur l'hôpital, un amendement qui va allègrement supprimer les classements au profit des listes d'aptitudes.

L'objet d'un concours est d'évaluer les diverses aptitudes des candidats ; tous ceux qui ont passé des concours le savent. Je ne crois pas que l'on puisse trouver plus objectif ou moins sujet à caution que le classement de sortie d'un concours.

Alors, de grâce, mes chers collègues, ne vous déjugez pas en votant cet amendement, car cela aurait des conséquences sur l'ensemble des concours de la haute fonction publique.

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

**M. Gérard Longuet.** Pour les excellentes raisons que vient de rappeler Mme Borvo Cohen-Seat, je ne voterai pas votre amendement, madame la ministre. Je considère en effet qu'il contribue à entretenir l'idée que l'accès à un poste de la fonction publique pourrait dépendre de facteurs subjectifs. Pour avoir pu bénéficier de l'élitisme républicain, je reste attaché à une formule qui, jusqu'à présent, a eu le mérite de son objectivité.

Néanmoins, ma compétence n'étant pas universelle, je ne voterai pas contre cet amendement : j'entends donner une chance à cette formule que j'observe avec attention, mais aussi avec inquiétude.

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

**M. Alain Vasselle.** Après avoir entendu les explications de M. Longuet et de Mme Borvo Cohen-Seat, je me pose une simple question : qu'est-ce qui est le plus important ? Est-ce le classement de sortie à un concours ou les aptitudes à exercer la fonction de directeur ? Selon la réponse qui sera apportée à cette question, chacun penchera d'un côté ou de l'autre.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** On a déjà débattu de ce problème !

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Longuet.

**M. Gérard Longuet.** Monsieur Vasselle, le concours est destiné à mettre en valeur les qualités qui permettent d'exercer une responsabilité.

Si le concours porte sur la connaissance du grec ancien alors que le candidat sera amené à diriger une collectivité locale, on peut s'interroger ! En revanche, si, comme je l'ai vécu dans ma propre scolarité, le concours porte sur la vérification de qualités professionnelles nécessaires à l'exercice d'un poste, ce sont en général les meilleurs qui satisfont aux aptitudes que l'on attend d'un fonctionnaire.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Les concours sont anonymes !

**M. le président.** La parole est à Mme Dominique Voynet, pour explication de vote.

**Mme Dominique Voynet.** Il faut en effet veiller à ce que les épreuves d'un concours permettent de se faire une idée de la capacité du candidat à exercer les fonctions auxquelles il aspire.

Nous ne devons pas mettre en place un système de « reçu-collé », dans lequel un candidat ayant été admis au concours ne serait pas jugé apte à exercer les fonctions de directeur.

**M. Gérard Longuet.** C'est ce qui va se passer !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement vise simplement à mettre notre droit en conformité avec des pratiques qui ont fait la preuve de leur parfaite efficacité dans ce domaine.

**M. Gérard Longuet.** Quand on voit la rapidité de changement des directeurs d'établissements, on peut se poser la question de savoir si c'est vraiment pertinent.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1184.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 441.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur l'amendement n° 1204.

**M. Alain Vasselle.** Madame le ministre, cet amendement mérite un éclaircissement. Quelle différence faites-vous entre un établissement médico-social et une maison de retraite publique ?

Dans mon département, des maisons de retraite publiques – en l'occurrence d'anciens hospices – ont le statut d'établissements médico-sociaux. Comment expliquer que l'évaluation sera faite par le préfet dans un cas et par le directeur dans l'autre ? J'avoue qu'il y a là une nuance qui m'échappe.

Si le président du conseil général recrute le directeur d'un établissement médico-social, il est souhaitable qu'il soit associé à son évaluation. En revanche, si le directeur est recruté par l'État, il est légitime que l'évaluation relève de la compétence de l'État.

Ces précisions me paraissent utiles afin que nous puissions nous prononcer sur l'amendement en toute connaissance de cause.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** M. Vasselle pointe le texte de la loi de 1986, que nous avons repris *in extenso* dans ce projet de loi à seule fin d'éviter une discordance rédactionnelle.

Sans doute eût-il été opportun de procéder à un toilettage de ce texte, car cette différence n'est plus justifiée.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1204.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 187 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Rozier et Henneron et MM. Cambon, César et Gournac, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le II de cet article :

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

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

2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « La commission administrative paritaire nationale compétente émet un avis sur les propositions précitées soumises au directeur général du Centre national de gestion. »

La parole est à Mme Janine Rozier.

**Mme Janine Rozier.** La gestion nationale du corps des directeurs d'établissements médico-sociaux actuellement en vigueur est un élément fort de stabilité de la profession et doit être préservée.

L'objet de cet amendement est de traduire en droit l'obligation de respecter le choix par le chef d'établissement médico-social de ses collaborateurs, puisque sa proposition implique une compétence liée du directeur général du centre national de gestion.

Cet amendement explicite l'article 6 du projet de loi, qui prévoit une procédure identique pour les directeurs des établissements publics de santé, et confirme que le corps des directeurs des soins est un corps à gestion nationale.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 187 rectifié reprend les nouvelles dispositions qui ont été insérées à l'article 7 et précise, dans le même temps, que la commission administrative paritaire nationale compétente émet un avis sur les propositions soumises par le directeur au président du CNG.

Par souci de parallélisme avec la procédure de nomination des directeurs adjoints et des directeurs de soins des établissements publics de santé, la commission des affaires sociales a estimé qu'il fallait émettre un avis favorable sur cette proposition.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est également favorable à cet amendement, à la fois pour préserver l'unité de gestion des différents corps des personnels de direction et parce que la consultation de la commission administrative paritaire est une garantie statutaire à laquelle nous sommes très attachés.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 187 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1167, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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



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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement vise à mutualiser les moyens dans les structures sociales et médico-sociales autonomes ayant des difficultés à pourvoir leur poste de direction. Nombre d'élus locaux sauront ici de quoi je parle.

Ce secteur se caractérise par de fortes disparités dans la taille des structures : les quelque 1 400 établissements concernés par cet amendement disposent en moyenne d'une quarantaine de places, ce nombre allant de trente à une centaine. L'insuffisance de la taille de certains établissements et leur grand nombre les exposent évidemment à des difficultés pour pourvoir les postes vacants.

Afin d'aider à pallier cette difficulté récurrente, il est proposé, dans le cadre d'une démarche volontaire et concertée, sur la demande et après avis des assemblées délibérantes, que ces établissements puissent, s'ils le souhaitent, mutualiser les moyens et mettre en place des directions communes.

Une telle organisation des équipes de direction garantira la qualité de l'encadrement et, au-delà, la performance des structures visées. Elle permettra d'offrir des carrières plus intéressantes, plus attractives aux personnels concernés, et elle contribuera au maintien d'établissements confrontés à des difficultés de recrutement.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1275, présenté par MM. Daudigny, Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, M. Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** L'amendement présenté par Mme la ministre concerne des établissements relevant d'une compétence exclusive ou conjointe.

Sans me prononcer sur le fond de l'amendement, j'estime, si cet amendement devait être adopté, qu'il serait de bonne politique que soit sollicité l'avis du président du conseil général pour les établissements ayant une compétence conjointe. Ce serait le signe de la reconnaissance et du respect des compétences exercées par les conseils généraux. En outre, cela favoriserait l'établissement de relations reposant sur des bases claires et saines entre l'État, c'est-à-dire l'agence régionale, et les collectivités territoriales, à savoir le département.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** En ce qui concerne l'amendement n° 1167, actuellement, deux ou plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux publics peuvent, sur leur initiative, organiser entre eux une direction commune dans des conditions définies par voie de convention adoptée par leurs assemblées délibérantes.

L'objet de l'amendement présenté par Mme la ministre est de permettre au préfet ou au directeur général de l'ARS d'inviter, dans des conditions définies par voie réglementaire, des établissements à mettre en place une direction commune s'ils n'en prennent pas préalablement l'initiative. Dans ce cas, les assemblées délibérantes des établissements concernés rendent alors un avis motivé sur cette demande dans un délai de trois mois.

Cette mesure vise à optimiser l'organisation sociale et médico-sociale et à amplifier la coopération « interétablissements ». L'objectif n'est apparemment pas d'obliger les établissements médico-sociaux à adopter une direction commune : il est seulement de les inciter à le faire.

Toutefois, madame la ministre, est-on bien certain que le directeur général de l'ARS ne pourra pas passer outre un avis négatif de l'assemblée délibérante des établissements concernés ? La commission souhaite obtenir du Gouvernement des garanties sur cette question. Mais elle a émis un avis favorable sur l'amendement.

Pour ce qui est du sous-amendement n° 1275, comme il s'agit de faire une bonne politique, et que c'est la volonté de Mme la ministre, la commission a également émis un avis favorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'amendement prévoit un avis motivé des assemblées délibérantes des établissements concernés, mais je ne vois que des avantages à la consultation du président du conseil général.

J'émet donc un avis favorable sur le sous-amendement n° 1275.

Là encore, monsieur le rapporteur, le directeur général de l'ARS a intérêt à éviter tout conflit. Ce qui va sans le dire va encore mieux en le disant !

**M. le président.** La parole est à M. Michel Mercier, pour explication de vote.

**M. Michel Mercier.** Madame la ministre, je voudrais simplement vous poser une question.

L'amendement que vous venez de déposer, comme le texte actuel, paraît marqué au coin du bon sens : les deux postes de directeur sont regroupés, ce qui est une très bonne chose pour la gestion des deux établissements.



Le seul petit problème, c'est que la réalité est tout autre du fait de votre ministère. En général, c'est le jour où un poste est vacant que l'on essaie d'adopter une direction commune. Mais celui ou celle qui reste dans l'un des deux établissements a un droit personnel à demeurer directeur de l'établissement. Donc, en dépit de la convention de direction commune, il y aura toujours deux directeurs, dont l'un sera un peu mieux rémunéré qu'auparavant. Mais comme, en général, vous oubliez d'accorder les moyens suffisants, quelques problèmes de gestion se poseront pour rémunérer davantage le nouveau directeur.

On peut comprendre votre volonté d'avoir un seul directeur pour plusieurs établissements – j'en ai fait l'expérience à plusieurs reprises –, dans la mesure où ce poste est beaucoup plus intéressant pour celui qui y est nommé. Mais le nombre des directeurs reste inchangé tant que ceux qui sont en place souhaitent y rester, car ils ont un droit personnel à demeurer dans leurs fonctions. Et cela peut durer des mois, voire des années!

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le président Michel Mercier, dont la sagacité n'est plus à démontrer et qui connaît ce sujet à la perfection, a bien vu les limites de l'exercice. Mais j'ai souhaité ouvrir une possibilité, même si je sais qu'elle se heurte à quelques difficultés techniques. Il faudra profiter de toutes les opportunités!

**M. Michel Mercier.** Très bien!

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

**M. Alain Vasselle.** À en croire notre collègue Michel Mercier, cet amendement est un vœu pieux,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est une possibilité!

**M. Alain Vasselle.** ... parce qu'en définitive son application se heurtera à des difficultés techniques.

**Mme Isabelle Debré.** C'est un souhait!

**M. Alain Vasselle.** Si j'ai bien compris la réponse de Mme la ministre aux interrogations de M. le rapporteur, au moment où la loi entrera en application, il va de soi que le Gouvernement privilégiera toujours l'accord volontaire sur toute initiative tendant à imposer une organisation commune des établissements médico-sociaux.

Je me permets de le relever parce que, aujourd'hui, il est déjà possible de s'associer pour adopter une direction commune. Le seul pas supplémentaire qui est fait avec ce texte, c'est la possibilité donnée au directeur de l'ARS de prendre l'initiative de proposer cette direction commune. Cela s'arrête là! En fait, les dispositions actuelles continueront à s'appliquer.

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

**M. Guy Fischer.** Pour ma part, je me méfie toujours des vœux pieux du président Michel Mercier, que j'ai côtoyé pendant des décennies au conseil général du Rhône.

**Mme Nathalie Goulet.** Où il est réélu régulièrement!

**M. Guy Fischer.** L'amendement du Gouvernement traduit la volonté d'une recherche d'efficacité ou d'optimisation des moyens.

Lorsque, au cours de la discussion générale ou lors de l'examen de la motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité, nous annonçons que ce texte entraînerait la

suppression de 20 000 emplois, Mme la ministre a juré ses grands dieux que telle n'était pas la volonté du Gouvernement et nous a traités de rêveurs.

Mais les choses ne se passent pas ainsi! En général, ce sont de grandes associations, comme l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés, l'UNAPEI, qui gèrent les établissements médico-sociaux. En modifiant les conditions de financement de ces derniers, on va créer les conditions pour que les associations gèrent les établissements en réseaux: là où il y avait un seul directeur, on mettra en place, par exemple, un directeur des ressources humaines, et un certain nombre d'emplois exercés par des personnels au plus près des enfants et des familles seront *in fine* supprimés pour répondre à ce souhait d'optimisation des moyens.

Un examen attentif de la réalité montre qu'en matière de financement les conseils généraux se trouvent dans des situations de plus en plus difficiles. Pourtant, et c'est la raison de notre désaccord, c'est cette manière d'agir qui s'imposera. Il n'est que d'observer comment s'est passée la révision générale des politiques publiques dans l'éducation nationale! Alors qu'auparavant les groupes scolaires avaient des directions totalement indépendantes, on a regroupé celles-ci, et on a gagné des postes: *in fine*, cela s'est traduit par la suppression de 10 000 emplois dans l'éducation nationale!

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

**M. Bernard Cazeau.** Nous ne voterons pas cette disposition, parce que, une fois de plus, elle introduit une contrainte.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il n'y a aucune contrainte! Ce n'est qu'une possibilité!

**M. Bernard Cazeau.** C'est le préfet, c'est le directeur de l'ARS..., bref, toute la mécanique se remet en marche.

De plus, l'expérience nous montre que, dans de telles situations, on arrive généralement – souvent par le biais de la promotion sociale, d'ailleurs – à trouver des personnes qui sont en mesure de prendre des responsabilités de ce niveau et à les promouvoir. Je n'ai pas souvenir, après vingt ans passés à la présidence d'un conseil général, de difficultés qui n'aient pu être résolues, au bout d'un certain temps, avec un peu de dialogue.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Sur le terrain, le problème est de trouver des directeurs pour de très petits établissements; chacun de nous, dans d'autres fonctions que celles que nous exerçons aussi bien au Gouvernement qu'au Sénat, y a été confronté. La structure des établissements médico-sociaux, je le soulignais dans mon propos liminaire, se caractérise parfois par une très petite taille: on trouve des « micro-établissements » de quelques lits. Or il est important que ce maillage médico-social subsiste: il correspond, dans certains cas, à des demandes très sectorisées – souvent portées par le tissu associatif – pour accueillir des publics particuliers, avec parfois un effet de niche. Vous connaissez la difficulté à recruter! La mutualisation est donc tout à fait nécessaire.

Je retiens l'observation de M. Vasselle, mais je dois souligner que le directeur, qui, effectivement, peut statutairement rester en place, perd évidemment son poste de directeur fonctionnel et les éléments de rémunération qui y sont liés. Il pourrait donc y avoir une puissante motivation à ouvrir le dialogue afin qu'on lui offre autre chose.

**M. Guy Fischer.** Ah!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je signale aussi que le directeur qui reste en place peut lui-même être amené à occuper ce poste mutualisé, un dialogue s'ouvrant alors, évidemment, avec le responsable, par exemple la collectivité ou le représentant de l'État, pour parvenir à une gestion optimale des ressources humaines. Le dispositif que je vous propose n'est donc pas un vœu pieu.

Je précise enfin que des possibilités indemnitaires ont été ouvertes à partir de 2007. C'est peut-être pour cela que certains n'en ont pas eu connaissance ! En tout cas, un directeur qui resterait sans affectation percevrait désormais ses primes fonctionnelles.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1275.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1167, modifié.

**M. Guy Fischer.** Le groupe CRC-SPG vote contre.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 7, modifié.

*(L'article 7 est adopté.)*

#### **Article additionnel après l'article 7 (réservé)**

**M. le président.** L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 7 a été réservé jusqu'après l'article 13 *quater*.

#### **Article 7 bis**

##### **(Texte non modifié)**

À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6154-5 du code de la santé publique, les mots : « la composition et les conditions de fonctionnement de ces commissions » sont remplacés par les mots : « les conditions de fonctionnement et la composition de ces commissions, au sein desquelles doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé au sens de l'article L. 1114-1, ». – *(Adopté.)*

#### **Article 8**

##### **(Texte modifié par la commission)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 6146-2.* - Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de cet établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer à ces missions lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les professionnels libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

« Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des

garanties mentionnées à l'article L. 6112-3. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. »

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

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

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

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

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

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

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

**Mme Annie David.** L'article 8 concerne l'organisation interne de notre service de santé publique, laquelle serait différente d'un établissement à l'autre si cet article était adopté en l'état.

Si nous comprenons bien la logique d'adéquation de la forme aux besoins, qui peuvent être spécifiques, nous regrettons que la rédaction ne prévoise pas de socle commun permettant de simplifier l'approche des patients.

Je voudrais également souligner que, dans de très nombreux établissements publics de santé, les pôles ont permis une réorganisation de l'hôpital très profitable débouchant sur une meilleure utilisation des matériels lourds et des capacités en personnel des hôpitaux : il en résulte indéniablement un meilleur service rendu aux patients des établissements publics de santé.

C'est pourquoi la possibilité ouverte dans le projet de loi au directeur général de l'ARS d'autoriser un hôpital à ne pas créer de pôles nous préoccupe, tout comme nous inquiète la suppression des services. En effet, ceux-ci constituent la clé de voûte de ces pôles. Sans eux, les pôles ne seraient que des coquilles vides, incapables de mettre en mouvement des équipes qui font parfois la renommée d'un établissement

public de santé, et ne parviendraient pas à remplir la mission qui leur a été confiée : permettre une meilleure organisation dans les hôpitaux.

Par ailleurs, la suppression de services pourrait, dans certains établissements, favoriser l'émergence de véritables mini-structures plus ou moins autonomes, plus ou moins concurrentes, reposant sur une logique inspirée par les cliniques privées plus que par la tradition hospitalière. Le risque est d'autant plus grand qu'avec cet article vous entendez une nouvelle fois permettre aux médecins libéraux d'exercer dans les établissements publics de santé. Ce faisant, vous contribuez à imposer au sein des hôpitaux publics une logique d'organisation et de gestion directement inspirée des cliniques privées, ce que nous ne pouvons accepter.

Je souhaite néanmoins faire part de la satisfaction de mon groupe devant l'adoption de l'amendement déposé par le rapporteur visant à ce que les chefs de pôles soient nommés par le directeur, sur la base d'une liste présentée par le président de la CME. Toutefois, cette modification n'est pas suffisante pour nous satisfaire pleinement. Nous préférierions en effet que la liste soit arrêtée par l'ensemble de la CME et transmise par son président ; ce point fera l'objet d'un amendement de mon groupe.

En conséquence, nous ne voterons pas l'article 8.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Billout.

**M. Michel Billout.** J'entends revenir sur un débat qui a débuté à l'Assemblée nationale et qui a malheureusement été écourté du seul fait de votre refus de le mener à son terme, madame la ministre.

En effet, nombreux ont été les députés, principalement de l'opposition, à souligner que l'article 8 faisait référence à une expression qui, selon le contexte, prêtait à débat et à analyses divergentes.

Ainsi la rédaction qui nous est proposée par le II de cet article pour l'article L. 6146-2 du code de la santé publique prévoit-elle : « Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa – c'est-à-dire les médecins, sages-femmes et odontologistes autorisés à exercer à titre libéral dans les établissements publics de santé – participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie ».

Je dois avouer ma perplexité quant à cette notion de participation. S'il s'agit de la participation technique, c'est-à-dire si le contrat précise les modalités d'application, les règles de travail des médecins concernés dans les établissements publics de santé, alors, j'en resterai là. Mais on peut appréhender cette notion de participation dans une perspective plus comptable, financière. Je crains fort qu'il ne s'agisse bien de cela, ici !

L'article 8 est naturellement à rapprocher de ceux que nous avons déjà étudiés et qui instaurent des modes d'intéressement collectif. Nous avons eu l'occasion de les dénoncer au cours de nos débats et d'en demander, en vain, la suppression.

Le doute est d'autant plus grand que l'exposé des motifs du projet de loi tel qu'il a été déposé à l'Assemblée nationale indique clairement que l'objectif est « d'instituer des modalités



d'intéressement financier des personnels » et que vous avez vous-même reconnu, madame la ministre, que, comme aux articles 6 et 7, il s'agissait d'un intéressement collectif.

Cette fois, madame la ministre, il ne s'agit plus de personnel public : il s'agit de personnel privé, dont la rémunération par les établissements publics de santé peut donc être tout autre que celle que prévoit la T2A, c'est-à-dire plus attractive.

Qui plus est, l'article 8 fait également référence à la rédaction proposée dans le projet de loi pour l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, qui définit les obligations de missions de service public. Cependant, il prévoit non pas la garantie, mais uniquement « la possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative » ou aux tarifs conventionnels. Qu'est-ce qu'un droit qui est limité à une simple possibilité ?

Cela n'est pas sans me rappeler ce qui existe dans les universités, où les étudiants ont la possibilité de ne pas payer certains frais d'inscription, mais dans les faits, notamment par manque d'information, sont contraints de les acquitter ! Il y a décidément beaucoup d'analogies entre ce projet de loi et les textes relatifs aux universités !

Il n'en demeure pas moins, et ce sera ma conclusion, qu'avec votre gouvernement les médecins libéraux exerçant dans les établissements publics de santé ont tout à gagner de l'adoption de cet article, puisqu'ils pourraient percevoir une rémunération autre que les médecins hospitaliers publics, bénéficier d'un intéressement individuel, et obtenir des patients les moins bien informés le paiement de dépassements d'honoraires.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. C'est inexact !

**M. Michel Billout**. Cela nous semble contraire à la notion de service public et à celle, moins légale mais plus humaniste, d'égalité entre les professionnels. Pour cette raison, nous voterons contre l'article 8.

**M. le président**. La parole est à Mme Dominique Voynet.

**Mme Dominique Voynet**. On peut convenir, à l'examen de la rédaction qui nous est actuellement proposée pour l'article 8 du projet de loi, que le débat a avancé depuis les premiers moments tendus au cours desquels un certain nombre de questions ont été posées par nos collègues à l'Assemblée nationale.

Il est effectivement permis de se demander si une solution plus raisonnable n'aurait pas pu être trouvée plus tôt que celle qui a conduit, après un long débat non productif à l'Assemblée nationale, à attendre la révolte des médecins hospitaliers avant de convenir qu'il était normal que les chefs de pôle soient nommés non par le directeur, mais par les médecins eux-mêmes *via* une liste établie par le président de la commission médicale d'établissement ou par le directeur de l'UFR.

Mais je souhaite plutôt vous interpeller, madame la ministre, sur la deuxième partie de l'article 8, qui prévoit une situation qui existe déjà, à savoir que des médecins, des sages-femmes, des odontologistes exerçant à titre libéral puissent participer au fonctionnement des établissements publics de santé sur proposition du président de la commission médicale d'établissement.

On voit bien que, dans un certain nombre de petits établissements, cette possibilité permet de faire fonctionner des services d'urgence, des gardes d'anesthésie, des services d'obstétrique. Nombre d'entre eux ont besoin de sages-

femmes, de kinésithérapeutes capables d'assurer des gardes pédiatriques et des actes de kinésithérapie respiratoire, par exemple.

Mais quelles dispositions devons-nous prendre pour éviter que cette possibilité, tout à fait utile en cas de carence de personnel hospitalier statutaire, ne se généralise ?

Compte tenu de la modicité des salaires, il est déjà plus tentant, dans un certain nombre de cas, pour des anesthésistes exerçant à titre libéral, d'effectuer des gardes en milieu hospitalier plutôt que de tenter une carrière avec une rémunération moins attrayante et des contraintes très lourdes en termes de gardes et de permanence des soins.

Je me demande si nous ne sommes pas en train d'ouvrir une boîte de Pandore et si, loin de revenir à une rémunération décente de fonction, indispensable dans le secteur public hospitalier, nous ne généralisons pas de façon un peu larvée un système de paiement à l'acte, dont nombre d'entre nous considèrent qu'il n'a pas réellement sa place à l'hôpital, sinon de façon ponctuelle.

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

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. L'article 8 est un article très important du titre I<sup>er</sup>, mais, à mes yeux, l'article primordial est celui qui concerne les communautés hospitalières de territoire, les CHT.

D'ailleurs, c'est sur cet article 8 que se sont cristallisées bon nombre de critiques émanant de la communauté médicale. Il traite en effet de la gouvernance interne de l'hôpital, sujet ô combien essentiel !

Globalement, la commission approuve la poursuite de la réforme de la gouvernance engagée par le plan Hôpital 2007. Il s'agit, pour l'essentiel, de rapprocher les logiques médicales et administratives, ainsi que de responsabiliser les différents acteurs.

Cependant, la commission estime que la rédaction de l'article 8, telle qu'elle est issue du projet du Gouvernement et du texte voté par l'Assemblée nationale, n'est pas satisfaisante pour une raison principale : la trop faible implication de la communauté médicale. Or, comme je l'ai dit lors de la discussion générale, le directeur ne pourra pas gérer l'hôpital sans les médecins. C'est pourquoi il nous est apparu indispensable d'introduire plus de collégialité dans la gouvernance de l'hôpital.

La commission des affaires sociales tient à ce que les chefs de pôle soient nommés par le directeur d'établissement sur la base d'une liste présentée par le président de la CME.

Elle tient également à ce que les contrats de pôles soient signés non plus seulement par le chef de pôle et le directeur d'établissement, mais aussi par le président de la CME et le directeur de l'UFR de médecine dans les CHU.

La commission tient, enfin, à ce que le président de la CME et les chefs de pôle soient associés au processus d'admission des professionnels de santé libéraux à participer aux missions des établissements publics de santé.

De surcroît, la commission a réintroduit la disposition selon laquelle les pôles peuvent comporter des structures internes, ce que le texte du Gouvernement ne mentionnait pas. Elle estime, en effet, que les pôles et les services sont deux structures ayant chacune une finalité propre qu'il convient de préserver : aux services, l'activité strictement médicale ; aux pôles, la mise en cohérence des objectifs et des moyens des services qui les composent.



Telles sont, brièvement résumées, les principales avancées proposées par la commission des affaires sociales sur l'article 8.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avec l'article 8, nous abordons l'organisation interne de l'hôpital.

Les pôles sont les relais de déclinaison des politiques d'établissement conduites par le directoire. Ils se sont en effet imposés comme des entités de gestion de taille critique et comme des lieux de développement de stratégies médicales coordonnées.

Ce sont les médecins qui, sous l'égide du président de la CME, élaborent le projet médical avant son approbation par le directoire. Et ce sont des médecins qui le mettront en œuvre, sous l'autorité des chefs de pôles et du président de la CME.

Ces chefs de pôle, eux-mêmes médecins, auront une délégation de gestion du directeur dans le cadre d'une contractualisation interne. Il est en effet prévu que le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Ainsi, le chef de pôle bénéficie d'une large délégation de gestion.

Par ailleurs, la notion d'« autorité fonctionnelle » du chef de pôle est définie, afin de permettre à celui-ci d'adapter l'organisation et les moyens du pôle. Pour clarifier les chaînes de responsabilité, cette autorité s'étend à l'ensemble des personnels affectés au pôle, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, quel que soit leur statut.

Au-delà de son autorité fonctionnelle, le chef de pôle s'appuiera bien évidemment sur les responsables de structures internes, ainsi que sur des cadres sages-femmes, infirmiers et administratifs, en fonction des activités du pôle.

Il appartiendra à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place, après avis des praticiens, des structures internes à l'intérieur des pôles, qui pourront être des services ou toute autre forme d'organisation.

En outre, des dispositions sont prévues afin que puissent être sanctionnés les manquements au codage des actes ; elles devraient être votées à l'unanimité. En effet, le remboursement des séjours hospitaliers, donc les recettes des établissements de santé, repose sur l'analyse et le traitement des données de l'activité médicale réalisée au cours de l'hospitalisation des patients et des données de facturation correspondantes. Lorsque ces données ne sont pas transmises au directeur de l'établissement, aux ARH et aux organismes d'assurance maladie, les établissements ne peuvent percevoir les recettes correspondant à leur activité.

Quand les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale avaient fait la grève du codage des actes, les élus de tout bord avaient condamné ces pratiques.

**M. François Autain.** Et vous avez reculé !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je pense donc que nous nous retrouverons sur ce sujet.

Les praticiens sont responsables de la transmission des données médicales aux fins de facturation et pourront se voir appliquer des sanctions en cas de non-codage.

Enfin, il est à noter que, sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens seront tenus, dans le cadre de l'organisation de l'établissement, de transmettre toutes les données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil, notamment

des lits. La pratique consistant à ne pas aviser les organisations sanitaires des lits disponibles est tout à fait condamnable, en particulier en cas de tensions de l'offre de soins.

Je vous proposerai différentes mesures tendant à apporter des précisions au texte issu des travaux de votre commission.

La première concerne la mention explicite des services. Madame David, je suis étonnée de voir encore resurgir cette histoire de la suppression des services.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Mais oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Au contraire, les services sont reconnus : j'ai même rétabli la possibilité d'en créer ; celle-ci avait été supprimée par Philippe Douste-Blazy. Arrêtez de répéter ce mensonge : il n'en deviendra pas pour autant une vérité !

La deuxième mesure a trait à la création d'une dénomination spécifique pour les pôles cliniques et médico-techniques des centres hospitaliers universitaires.

La troisième a pour objet d'introduire, dans la procédure de nomination des chefs de pôle, une clause permettant de sortir d'une éventuelle situation de blocage.

Enfin, la quatrième mesure concerne la consultation du président de la CME, et du doyen dans les CHU, avant la signature des contrats de pôle par le directeur, cet avis permettant de vérifier la conformité du contrat au projet médical.

Le projet de loi a entièrement refondu les modalités de participation des professionnels médicaux libéraux au sein des établissements publics de santé. Cette disposition est essentielle en matière d'organisation des soins, que ce soit pour les territoires de santé qui organisent la permanence des soins en liaison avec le secteur libéral ou pour permettre aux établissements publics de santé d'avoir recours aux professionnels libéraux pour prendre en charge les patients hospitalisés.

En outre, lorsque l'établissement public de santé délivre des soins à domicile, un assouplissement des règles de rémunération des auxiliaires médicaux libéraux est souhaitable, afin de laisser une marge d'appréciation aux établissements dans la valorisation financière de l'investissement de ces professionnels. Les établissements disposent ainsi de capacités pour développer l'hospitalisation à domicile auprès de leurs patients.

Enfin, dans un souci d'homogénéité, l'article 8 ouvre une possibilité de rémunération à des conditions particulières autres que celles du paiement à l'acte pour les auxiliaires médicaux libéraux auxquels peuvent recourir les structures d'hospitalisation à domicile privées. Le projet de loi supprime, en effet, la disposition qui limitait cette dérogation aux professionnels de santé libéraux intervenant dans les structures d'hospitalisation à domicile publiques et privées pratiquant des soins palliatifs.

Comme l'a dit excellemment M. le rapporteur, il s'agit effectivement d'un article important.

**M. le président.** L'amendement n° 443, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

définissent librement

insérer les mots :

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

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement vise à modifier l'article 8, qui a trait à l'organisation interne des établissements publics de santé et qui redéfinit le régime juridique des professionnels de santé libéraux travaillant dans le service public.

L'alinéa que nous entendons modifier prévoit que le directeur définit librement l'organisation de l'établissement qu'il dirige, conformément aux dispositions prévues dans le présent projet de loi.

Nous ne pouvons, bien sûr, que souscrire à cette disposition, même si d'autres articles du projet de loi viennent contredire, nous semble-t-il, le principe énoncé à ce premier alinéa. Je pense, par exemple, aux pouvoirs donnés aux directeurs des agences régionales de santé afin de contraindre les directeurs des hôpitaux à participer à un CHT – je sais bien que le texte a été modifié et que les CHT ne pourront être mis en place que par le biais du volontariat et sur décision de la commission médicale d'établissement –, ce qui ne sera pas sans conséquence sur l'organisation interne de l'hôpital. Je pense également à la mesure qui oblige le directeur à fusionner son établissement avec un autre.

La commission a travaillé sur ce sujet. J'avais parlé, la semaine dernière, de « d'enfumage » de la part tant du rapporteur et du président de la commission des affaires sociales que de Mme la ministre, et j'avais démontré que ce projet de loi donnerait un coup d'accélérateur aux réductions d'effectifs dans la fonction publique hospitalière.

Je tiens à rappeler que l'État, notamment ses établissements publics, est devenu le premier employeur à user des contrats atypiques et précaires, notamment dans la fonction publique hospitalière. Nous craignons la généralisation de ceux-ci aux différentes fonctions publiques ; M. Woerth vient de donner les premiers éléments du projet de loi de finances pour 2010. Personne ne s'en cache au Gouvernement et M. Karoutchi ne me démentira pas : environ 35 000 emplois seront supprimés dans la fonction publique.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Nous démentons !

**M. Guy Fischer.** Madame la ministre, ces mesures se concrétiseront par des réductions de postes dans chaque hôpital !

**M. François Autain.** Pas de suppressions de postes à l'hôpital ? Il n'est pas possible de dire cela !

**M. Guy Fischer.** C'est un mensonge d'État, madame la ministre ! (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

**Mme Isabelle Debré.** Restez calme, monsieur Fischer !

**M. Guy Fischer.** Aux Hospices civils de Lyon, il y aura une réduction des effectifs !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous ne parlez pas des établissements où l'on embauche !

**M. Guy Fischer.** À l'AP-HP, 1000 postes seront supprimés !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Tout à l'heure, vous avez dit 700 !

**M. Guy Fischer.** Si ce n'est pas 1 000, ce sera 800 !

À Nancy, 650 postes seront supprimés, au Havre 550, à Marseille 1 000, à Nantes 400 : au total, on dénombre 20 000 suppressions de postes !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Et les créations de postes ?

**M. Guy Fischer.** Il y en a toujours !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Donnez-nous le solde !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le premier alinéa du texte proposé pour l'article L.6146-1 du code de la santé publique dispose que « les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne ».

L'amendement n° 443 prévoit que l'avis de la CME et du conseil de surveillance sera requis. Cet ajout n'est évidemment pas pertinent, dans la mesure où l'établissement public de santé agit en tant qu'entité juridique, composée de différents organes – le directoire, la CME, le conseil de surveillance.

En conséquence, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Fischer, l'hôpital est un corps vivant : des adaptations étant nécessaires, certains établissements ne compensent pas des départs à la retraite, tandis que d'autres embauchent.

En vérité, le solde net s'établit à 25 000 créations d'emplois, dont 5 000 au cœur même de l'hôpital public, les autres étant créés à sa périphérie, c'est-à-dire dans les établissements qui relèvent également de l'assurance maladie. Telle est la réalité !

**M. Guy Fischer.** Sur quelle période ?

**M. François Autain.** C'est faux !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, ces chiffres sont vérifiables, et leur véracité a été reconnue !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Donnez-nous les chiffres hôpital par hôpital !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 443, et en particulier à ce que l'avis du conseil de surveillance soit recueilli, car chacun doit rester dans son rôle : l'organisation interne de l'établissement relève de sa gestion opérationnelle, et non pas des compétences du conseil de surveillance.

En revanche, étant donné le caractère structurant du découpage en pôles des établissements, je ne m'opposerai pas à un amendement, qui doit venir ultérieurement en discussion, prévoyant que le président de la CME ainsi que, dans les CHU, le doyen de la faculté de médecine donneront un avis formel sur cette organisation.

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

**M. François Autain.** Madame la ministre, concernant les perspectives en matière de créations ou de suppressions d'emplois, nous ne disposons pas des mêmes chiffres.

Pour ma part, je me réfère aux données fournies par la Fédération hospitalière de France, dont le président et le secrétaire général soutiennent votre texte avec énergie. On ne peut donc pas les suspecter de vouloir noircir le tableau.

D'après la Fédération hospitalière de France, donc, si les hôpitaux publics veulent résorber leur déficit, ils seront conduits à supprimer, à terme, 20 000 emplois. Ils ont essayé de réaliser des économies dans tous les secteurs, mais

il ne leur est désormais plus possible d'éviter les licenciements. En effet, la seule variable d'ajustement dont ils disposent encore, c'est le personnel, qui représente 70 % des dépenses de l'hôpital public.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Il faut moins de malades !

**M. François Autain.** Si les hôpitaux entendent respecter l'ONDAM, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ils sont obligés d'envisager une réduction de 10 % de leur personnel.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non !

**M. François Autain.** Je reste donc très sceptique quand vous affirmez que votre politique entraînera des créations d'emplois. Sur ce point, vos propos ne sont pas crédibles : eu égard à la politique de restrictions budgétaires que vous menez depuis des années et que vous poursuivrez, les hôpitaux sont maintenant obligés de réduire leur personnel, faute d'autre marge de manœuvre.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Il faut peut-être supprimer des malades !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Les chiffres communiqués par la Fédération hospitalière de France ne sont pas avérés ; il ne s'agit que de projections.

Lors de la négociation de L'ONDAM hospitalier, la Fédération hospitalière de France avait souhaité, conformément à son rôle, une augmentation de 4 %.

**M. François Autain.** Oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Quand le taux d'augmentation a été fixé à 3,1 %, elle a tout simplement calculé que la différence, soit 0,9 %, équivalait à 20 000 emplois. Mais il ne s'agit pas d'emplois supprimés,...

**M. François Autain.** À terme, si !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... et la FHF n'a jamais prétendu le contraire ! Relever de 3,1 % l'ONDAM hospitalier alors que l'inflation est nulle et que le pays connaît, d'après les dernières données chiffrées, une récession à hauteur de 3 % de son PIB...

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... représente un effort tout à fait considérable en faveur de l'hôpital public ! Il y aura donc bien des créations d'emplois au cœur de l'hôpital et à sa périphérie, et je maintiens les chiffres que je vous ai annoncés. D'ailleurs, 60 % des hôpitaux présentent des comptes en équilibre. C'est le cas du centre hospitalier universitaire d'Angers, ce qui lui a permis de créer 54 postes. Telle est la réalité des faits, monsieur le sénateur !

Pour citer un autre exemple, l'état des prévisions des recettes et des dépenses de l'AP-HP pour 2009 prévoit la suppression de 700 postes,...

**M. François Autain.** Ah !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... par non-compensation de départs à la retraite, mais également la création de 50 emplois médicaux,...

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat et M. Guy Fischer.** Soit 650 emplois supprimés !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... ce qui correspond à une importante restructuration des emplois.

**M. Guy Fischer.** Vous reconnaissez vos mensonges !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour l'ensemble du secteur hospitalier, il y a bien création de postes !

En ce qui concerne la répartition des emplois créés ces dernières années, je note avec satisfaction un renversement de tendance : en 2006, il s'agissait à 85 % d'emplois non médicaux, tandis que, depuis 2007, il s'agit dans les deux tiers des cas d'emplois médicaux.

**M. Guy Fischer.** C'est vrai !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette évolution me paraît tout à fait intéressante pour la qualité des soins.

**M. François Autain.** Il y a quand même 5 000 postes vacants !

**M. le président.** La parole est à M. Michel Mercier, pour explication de vote.

**M. Michel Mercier.** Je souhaite en fait revenir sur le premier alinéa de la rédaction présentée pour l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

Malgré toute l'amitié que je vous porte, madame la ministre, je dois avouer que je préfère l'explication donnée par M. le rapporteur au nom de la commission pour rejeter l'amendement n° 443 à la vôtre.

Je ne voterai pas cet amendement, pour une question de respect des compétences de chacun des organismes de l'hôpital : il est clair que le conseil de surveillance ne doit pas intervenir dans la gestion, cela ne relève pas de sa compétence.

Toutefois, le texte proposé pour l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, qui a déjà été voté, prévoit que « le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement ». Il aura donc forcément à connaître de l'organisation de l'établissement de santé en pôles d'activité, sans que cela doive porter atteinte au pouvoir de décision du directeur et de son directeur.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai oublié de répondre à Mme Voynet, qui m'a interrogée tout à l'heure sur le salaire d'un anesthésiste à l'hôpital public. Selon les chiffres figurant dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, il est de 7 590 euros net par mois.

**M. Gilbert Barbier.** En fin de carrière !

**M. François Autain.** C'est une information intéressante !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 443.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

L'amendement n° 1218, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le président de la commission médicale d'établissement, garant de la mise en œuvre du projet médical élaboré sous sa responsabilité, doit être davan-



tage associé au processus de contractualisation interne, conçu comme une déclinaison opérationnelle du projet médical. Il doit, en particulier, pouvoir donner son avis sur l'organisation de l'établissement en pôles d'activité. Dans les CHU, il convient également d'associer à celle-ci le directeur de l'unité de formation médicale et de recherche.

**M. le président.** L'amendement n° 602 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet et Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Placade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

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

défini

insérer les mots :

avec le président de la commission médicale d'établissement

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** L'amendement de la commission est plus complet que le mien, car j'ai omis de mentionner la participation du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche à l'organisation de l'établissement en pôles d'activité dans le cas d'un CHU.

Cependant, la rédaction de mon amendement associe plus étroitement le président de la commission médicale d'établissement à la définition de l'organisation de l'établissement en pôles d'activité. C'est une petite nuance !

**M. le président.** L'amendement n° 63, présenté par M. Pozzo di Borgo, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Yves Pozzo di Borgo.

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

Pour les centres hospitaliers ayant passé convention avec une université, il importe d'avoir une vision claire et coordonnée de la stratégie médicale, universitaire et scientifique. En effet, les CHU seront demain le produit d'une contractualisation entre une université autonome et un pôle d'activité de l'hôpital, portant notamment sur des projets de recherche biomédicale particulièrement remarquables. L'excellence ne pourra résulter de la seule « construction gestionnaire » des pôles.

Il est donc indispensable que le président de la CME et le directeur de l'unité de formation médicale et de recherche soient associés à ce processus fondamental.

**M. le président.** L'amendement n° 62, présenté par M. Pozzo di Borgo, est ainsi libellé :

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

activité

insérer les mots :

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

La parole est à M. Yves Pozzo di Borgo.

**M. Yves Pozzo di Borgo.** Par cet amendement, il s'agit d'éviter que des pôles d'activité incohérents ne voient le jour pour de simples raisons juridiques.

En l'absence de pôle d'activité, le service doit pouvoir jouer le rôle dévolu en principe à ce dernier. Je crois d'ailleurs que Mme la ministre y a fait allusion tout à l'heure.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** En ce qui concerne l'amendement n° 602 rectifié, la commission est favorable à ce que le président de la CME et, dans les CHU, le directeur de l'UFR soient associés à la définition de l'organisation de l'établissement en pôles.

Toutefois, il nous semble qu'un simple avis du président de la CME est suffisant. L'amendement n° 1218 de la commission devrait, au moins en partie, donner satisfaction à notre collègue Gilbert Barbier.

Par conséquent, je demande le retrait de l'amendement n° 602 rectifié. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Il en va de même pour l'amendement n° 63 de M. Pozzo di Borgo.

Enfin, l'amendement n° 62 est entièrement satisfait par celui de la commission.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 1218, qui me paraît satisfaire les amendements n°s 602 rectifié, 63 et 62.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 1218.

**M. François Autain.** Nous voterons d'autant plus volontiers cet amendement qu'il ressemble étrangement à celui que nous avons déposé, sur lequel M. le rapporteur avait émis un avis défavorable...

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1218.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, les amendements n°s 602 rectifié, 63 et 62 n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 578 rectifié, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

pôles d'activité

insérer les mots :

doivent avoir une cohérence médicale et

et après les mots :

structures internes

insérer les mots :

, services et unités fonctionnelles

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** L'organisation en pôles d'activité repose essentiellement sur une logique de gestion, alors que les services qu'ils regroupent obéissent à une logique différente, celle du projet médical. Ces deux logiques s'affrontent souvent, parfois même au détriment du malade!

J'illustrerai mon propos par deux exemples.

À l'hôpital Saint-Antoine, le service de réanimation médicale a été regroupé avec les services des urgences, de médecine interne et de psychiatrie, ainsi qu'avec l'unité de gériatrie aiguë. On voit bien qu'un tel regroupement de services aux champs d'activité très différents ne repose sur aucun projet médical et n'obéit qu'à une logique de gestion.

Il convient de respecter une cohérence médicale quand on envisage la création d'un pôle d'activité, quitte à renoncer à le constituer si sa taille se révèle alors insuffisante.

Le second exemple, cité par le professeur André Grimaldi dans son excellent livre *Réinventer l'hôpital public; contre l'hôpital entreprise*, concerne la Pitié-Salpêtrière.

Il existe, dans cet hôpital, un pôle de néphro-chirurgie comprenant une maternité, les services d'orthopédie, de néphrologie, de chirurgie endocrinienne et générale, de chirurgie digestive, de chirurgie vasculaire, d'urologie... Ainsi, à la Pitié-Salpêtrière, les femmes accouchent au sein du pôle de néphro-chirurgie!

Par ailleurs, il serait souhaitable que le projet de loi fasse référence aux services et unités fonctionnelles. Cette notion importante est d'ailleurs reprise dans un amendement déposé par le Gouvernement. Pourquoi donc ne pas l'introduire dès l'article 8, dans lequel sont définis les pôles d'activité?

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement vise à préciser que les pôles d'activité doivent avoir une cohérence médicale.

Le texte indiquant déjà que l'organisation de l'établissement en pôles d'activité doit être conforme au projet médical d'établissement, il ne me paraît pas nécessaire d'inscrire une telle précision dans la loi. On peut en effet espérer que le projet médical d'établissement respectera une cohérence médicale! C'est pourquoi la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

Toutefois, pour vous mettre un peu de baume au cœur, monsieur Autain, je vous rappellerai que, dans son rapport, le professeur Marescaux a souligné que la mise en place des pôles d'activité dans les CHU était parfois marquée par quelques incohérences.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est également défavorable à cet amendement. Le souhait de ses auteurs sera amplement satisfait par toutes les dispositions du texte.

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

**M. François Autain.** J'ai bien compris que M. le rapporteur juge superfétatoire la mention de la cohérence médicale, mais il n'a rien dit sur la référence aux services et unités fonctionnelles. Pour quelle raison rejette-t-il également cette partie de notre amendement?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Elle est satisfaite!

**M. Alain Milon, rapporteur.** Effectivement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 578 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1187, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Sur la suggestion de la Commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires, nous souhaitons marquer clairement que la triple mission des CHU – soins, enseignement, recherche – est également celle des pôles d'activité clinique et médico-technique, en dénommant ceux-ci « pôles hospitalo-universitaires ».

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Avis favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1187.

*(L'amendement est adopté.)*

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

L'amendement n° 85 rectifié *bis*, présenté par MM. Fouché, J. Blanc, Bordier, Buffet, Cambon et Chatillon, Mme Descamps, MM. P. Dominati, Garrec, Houel, Houpert, Juilhard, Lecerf, Lefèvre, Paul, Bécot, P. Blanc, Carle et Longuet, Mme Henneron et M. Revet, est ainsi libellé:

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

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

La parole est à M. Alain Fouché.

**M. Alain Fouché.** Il s'agit d'un amendement de cohérence, visant à assurer, dans le fonctionnement des pôles d'activité clinique ou médico-technique, une stabilité indispensable à l'efficacité de notre système hospitalier.

Nous souhaitons que le président de la commission médicale d'établissement propose au directeur de l'hôpital la nomination des chefs de pôle, après avoir consulté les pôles d'activité concernés. De la sorte, un consensus se dégagera au sein de ces derniers, et tout conflit sera évité. La personne qui sera proposée sera forcément la mieux à même d'assumer cette fonction, au bénéfice de la qualité des soins et du service rendu aux patients.

C'est une question de responsabilité, et non de pouvoir, c'est en même temps la traduction de la logique partenariale liant la direction administrative au corps médical qui doit caractériser la nouvelle gouvernance.

Un tel système est préférable à l'établissement d'une liste de trois noms sur laquelle le directeur choisirait le chef de pôle. En effet, cela évitera une lutte d'influence, qui pourrait être très âpre, au sein des pôles, et le choix éventuel par le directeur d'un candidat non consensuel, ce qui serait, par la suite, source de difficultés et de tensions préjudiciables au fonctionnement des pôles d'activité.

En résumé, nous préconisons que les chefs de pôle ne soient pas choisis sur une liste de plusieurs noms, mais que le président de la CME propose leur nomination après consultation de chaque pôle. Ensuite, le directeur, s'il n'est pas d'accord, consultera le conseil de surveillance et, *in fine*, aura le dernier mot. Nous voulons vraiment éviter toute source de conflits.

**M. le président.** L'amendement n° 1191 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'objet de cet amendement est d'introduire une clause de déblocage dans la procédure de nomination des chefs de pôle.

Le texte adopté par la commission des affaires sociales prévoit que la nomination des chefs de pôle par le directeur se fera sur proposition du président de la commission médicale d'établissement.

Cette proposition est intéressante à un double titre.

D'une part, l'intervention du président de la CME et, dans les CHU, du doyen de la faculté de médecine permettra de faire prévaloir une sensibilité médicale, ce qui est indispensable au bon équilibre de la gouvernance au sein de l'hôpital.

D'autre part, elle investit les acteurs précités d'une autorité morale. Ils seront chargés d'émettre, au travers de leur proposition, un jugement sur les compétences requises pour accéder aux fonctions de chef de pôle. La liste proposée s'apparentera ainsi à une liste de qualification.

Il me semble important, cependant, de prévenir toute situation de blocage : la loi est aussi faite pour éviter de tels dysfonctionnements, même si les cas sont rares. En effet, le dispositif présenté crée une compétence liée pour le directeur : il sera, juridiquement, tenu par la proposition du président de la CME et il lui sera impossible de choisir des noms ne figurant pas sur la liste.

De surcroît, le texte ne prévoit aucune procédure de déblocage en cas de désaccord : si le président de la CME ne modifie pas sa liste, le directeur n'aura d'autre possibilité que de laisser les postes vacants ou de nommer des chefs de pôle qui, selon lui, ne satisfont pas à tous les critères requis pour exercer pleinement la fonction.

La rédaction actuelle peut donner à penser que la responsabilité en matière de gestion de l'établissement est partagée. Or tel n'est pas le cas : cette responsabilité incombe au seul directeur. Il serait tout à fait paradoxal et contradictoire de demander au directeur de rendre des comptes sur la situation de l'établissement tout en lui imposant des collaborateurs dont le rôle sera aussi crucial, puisque les chefs de pôle exerceront une responsabilité non seulement médicale, mais aussi de gestion.

Une telle situation ne serait pas saine. C'est la raison pour laquelle je vous propose d'ajouter une procédure de déblocage, qui permettra d'éviter des situations préjudiciables à l'établissement et dont l'apparition ne saurait être totalement exclue.

Cet amendement vise donc à assurer un équilibre entre l'indispensable prise en compte des propositions du président de la CME, ainsi que du doyen pour les CHU, et la nécessité d'éviter des situations extrêmes.

Compte tenu de ces éléments, je propose donc une formulation nouvelle qui, je le pense, satisfera toutes les parties puisqu'elle a recueilli l'accord des conférences des présidents de CME, qu'il s'agisse des CHU ou des autres établissements hospitaliers.

Monsieur le président, je demande le vote par priorité de l'amendement n° 1191 rectifié.

**M. le président.** Les deux amendements suivants sont présentés par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 577 est ainsi libellé :

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

sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement

par les mots :

après avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement

L'amendement n° 444 est ainsi libellé :

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

le président de la commission médicale d'établissement  
par les mots :

la commission médicale d'établissement transmise au directeur par son président

La parole est à M. François Autain, pour les présenter.

**M. François Autain.** Je retire ces deux amendements, monsieur le président.

**M. le président.** Les amendements n°s 577 et 444 sont retirés.



Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 85 rectifié *bis* et 1191 rectifié ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 1191 rectifié vise à préciser les conditions de nomination des chefs de pôle, afin d'éviter des situations de blocage.

Il est proposé de reprendre la disposition du texte de la commission selon laquelle les chefs de pôle seront nommés par le directeur sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME.

En outre, il est prévu qu'en cas de désaccord le directeur pourra demander une nouvelle liste au président de la CME. Bien entendu, comme il sera sans doute difficile de composer deux listes dans nombre d'hôpitaux, nous pouvons supposer que les parties parviendront à un accord dès la présentation de la première liste.

Cela étant, en cas de nouveau désaccord sur la seconde liste, le directeur pourra alors nommer le chef de pôle de son choix.

En ce qui concerne les CHU, le Gouvernement propose que la liste soit élaborée conjointement par le président de la CME et le directeur de l'unité de formation médicale et de recherche, alors que le texte de la commission prévoyait seulement un avis simple de ce dernier.

Mes chers collègues, de telles dispositions confortent la démarche de la commission visant à introduire davantage de collégialité dans le processus de nomination des chefs de pôle. Par conséquent, nous les approuvons.

Certes, la rédaction de la commission nous paraît plus simple et plus claire que le texte quelque peu « alambiqué » du Gouvernement. Pour autant, la commission a émis un avis extrêmement favorable sur cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur la demande de priorité formulée par le Gouvernement ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Favorable.

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

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

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

**M. Jean-Pierre Raffarin.** Je partage l'avis de Mme la ministre : le directeur de l'établissement doit avoir le dernier mot, car il est, me semble-t-il, très important qu'il y ait un décideur.

Toutefois, certains équilibres doivent être respectés avant la prise de décision. Cela implique notamment que les médecins aient pu au préalable clairement exprimer leurs souhaits s'agissant de la nomination des chefs de pôle.

À cet égard, ayant consulté de nombreux professionnels, je pense que prévoir la présentation d'une liste de trois noms est une fausse bonne idée. D'un côté, cela suscitera peut-être des divisions, des jalousies, et sans doute des difficultés parmi ceux qui n'auront pas été retenus. De l'autre, l'administration pourra être tentée de jouer de cette situation. Au final, personne n'assumera vraiment la responsabilité de la prise de décision.

La situation serait plus claire si l'on demandait à la communauté médicale, c'est-à-dire à la CME, de présenter un seul nom pour la nomination du chef de pôle. De ce point de vue, je trouve que la proposition de notre collègue Alain Fouché est opportune.

En effet, si le candidat présenté n'agrée pas au directeur de l'établissement, celui-ci devra avoir de bonnes raisons de s'opposer à sa nomination. Quoi qu'il en soit, il devra finalement trancher, après avoir éventuellement consulté le conseil de surveillance comme le propose M. Fouché, et assumer ses responsabilités, quelle que soit sa décision, tout comme les médecins assumeront les leurs. Avec un tel système, le directeur d'hôpital aura le dernier mot, mais le processus se sera déroulé en toute clarté.

En réalité, madame la ministre, je pense que le présent projet de loi sera bénéfique pour l'hôpital s'il permet véritablement d'attribuer des responsabilités bien définies aux différents acteurs. En revanche, si l'on institue un système d'autorité sans équilibrer les responsabilités, on n'obtiendra pas les progrès espérés.

Dans ces conditions, je regrette que la priorité de vote demandée par le Gouvernement pour l'amendement n° 1191 rectifié nous empêche de débattre de l'amendement déposé par M. Fouché, dont le dispositif vise à placer les médecins en situation de responsabilité sans réduire le pouvoir de décision du directeur de l'établissement. Avec un tel système, les médecins s'engagent et le directeur tranche : s'il ne ratifie pas la proposition du président de la CME, il devra pouvoir justifier sa position.

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

**M. Gilbert Barbier.** À mon sens, le dispositif proposé par la commission était plus intéressant et, surtout, plus réaliste.

En effet, on imagine mal que l'on puisse, dans nombre d'établissements de taille moyenne, composer successivement deux listes de trois ou quatre noms chacune. D'ailleurs, on ne nous précise pas si des noms figurant sur la première liste pourront être maintenus sur la seconde... Un tel système me semble extrêmement compliqué et sera difficilement applicable dans beaucoup d'hôpitaux.

Par ailleurs, si le président de la CME propose un seul nom au directeur de l'hôpital, cela reviendra, en quelque sorte, à confier à celui-ci un mandat impératif, ce qui provoquera de vives tensions au sein de l'établissement.

Par conséquent, la formule que nous avons trouvée en commission mériterait, me semble-t-il, d'être retenue, peut-être en la complétant pour régler la question de la révocation.

**M. le président.** La parole est à Mme Dominique Voynet, pour explication de vote.

**Mme Dominique Voynet.** Au sein des commissions médicales d'établissement, il y a des débats, et même des votes. Le président de la CME représente non pas seulement lui-même, mais l'ensemble de la communauté médicale, qui s'interrogera sur les qualités que l'on est en droit d'attendre d'un chef de pôle. Elle n'accorde pas sa confiance à la légère.

Un établissement dont le directeur repousserait successivement deux listes de trois noms serait en grande difficulté et connaîtrait de très fortes tensions. Comment pourra-t-on sortir de l'impasse si aucun de six médecins éminents, jugés dignes par leurs collègues d'exercer la responsabilité de la direction d'un pôle, n'agrée au directeur de l'hôpital ? Vous nous dites que celui-ci doit avoir le dernier mot, madame la ministre, mais il s'agit vraiment là d'une situation de détresse !  
(*Mme la ministre acquiesce.*)

Pour ma part, je me rallierais beaucoup plus volontiers à l'idée d'une responsabilité assumée et partagée par les médecins. Ainsi que le suggère M. Fouché, il me paraît souhaitable que le président de la CME propose un premier nom, puis, le cas échéant, un second, si des arguments de saine gestion peuvent justifier que le premier candidat soit récusé.

En revanche, le dispositif envisagé par le Gouvernement serait, je le crains, de nature à susciter un trouble persistant au sein de l'hôpital, plutôt qu'à permettre d'établir de saines relations entre le directeur d'établissement et l'ensemble des médecins, dont le président de la CME est, en général, une émanation crédible et respectée.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je partage tout à fait l'avis de Mme Voynet : la situation extrême qu'elle décrit témoignerait en effet d'un profond malaise. Cependant, la loi est également faite pour régler de telles situations et prévoir les procédures *ad hoc*, même s'il ne sera probablement jamais, ou presque, nécessaire d'y recourir.

Les différents orateurs qui se sont succédé, qu'il s'agisse de M. Jean-Pierre Raffarin, de Mme Dominique Voynet ou de M. Alain Fouché, ont tous insisté sur la nécessité d'instituer de tels instruments de déblocage, et je me réjouis de ce consensus.

En fait, une seule question fait débat : le président de la CME devra-t-il proposer un nom ou une liste composée de plusieurs noms ? Je constate que cette seconde option fait l'objet d'un large consensus. Elle est également soutenue par les conférences des présidents de CME – je les ai beaucoup consultées –, qu'il s'agisse des CHU ou des autres hôpitaux. La solution que je vous soumetts a donc été validée par la communauté médicale, qui la privilégie, ainsi que par les directeurs d'hôpital, qui ont également été associés à la concertation.

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

**M. Bernard Cazeau.** Tout cela me semble bien compliqué.

J'ai bien compris la dialectique de M. Raffarin, mais il y a souvent plusieurs candidats au sein des CME, et il est parfois très difficile de les départager. Cela peut même déstabiliser la communauté médicale.

Par conséquent, même si la proposition de M. Fouché semble *a priori* intéressante, les membres de mon groupe et moi-même préférons nous rallier au texte de la commission, qui nous paraît plus équilibré et, surtout, mieux rédigé.

**M. François Autain.** Absolument !

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Lorsque nous avons examiné l'article relatif au directoire, nous avons adopté un dispositif similaire à celui qui est proposé par le Gouvernement. Nous avons institué une procédure dont l'objet est d'apporter des solutions en cas de blocage, même s'il est impensable, bien entendu, qu'un directeur d'hôpital puisse opposer deux fois de suite un refus aux propositions de sa communauté médicale. Je pense donc que ce dispositif ne sera jamais utilisé.

Pour autant, puisque nous avons retenu une telle solution pour la nomination des membres du directoire, nous pourrions adopter, à mon sens, le système de déblocage qui nous est proposé ; il a le mérite d'être satisfaisant d'un point de vue théorique, même s'il ne sera pas appliqué en pratique.

Je suggère donc d'opter pour le parallélisme des formes tout en faisant confiance aux médecins et aux directeurs d'hôpital pour éviter une opposition frontale.

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

**M. Alain Vasselle.** Je partage évidemment l'objectif du Gouvernement. Toutefois, je m'interroge sur la pertinence de prévoir la présentation éventuelle d'une seconde liste. M. le président de la commission des affaires sociales a fait un parallèle avec les dispositions adoptées pour le directoire, mais je ne me souviens pas que nous ayons envisagé la présentation d'une seconde liste pour la nomination des membres du directoire.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Si ! Nous l'avons fait !

**M. Alain Vasselle.** Dont acte, monsieur le rapporteur. Cependant, je n'ai pas trouvé cela dans le texte de l'article 6.

Cela étant, si le directeur de l'établissement ne trouve pas de candidat qui lui agrée sur une première liste – nous ignorons, pour l'heure, si elle comprendra trois noms ou davantage, peut-être cela sera-t-il précisé dans un décret d'application –, je doute fort que la présentation d'une seconde liste débouche sur un meilleur résultat.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Je souhaite que Mme la ministre puisse rectifier son amendement, en mettant au pluriel le mot « liste » au dernier alinéa.

**M. le président.** Que pensez-vous de cette demande de rectification, madame la ministre ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'observation de M. le président de la commission des affaires sociales est tout à fait justifiée. Je rectifie l'amendement en ce sens.

**M. le président.** Il s'agit donc de l'amendement n° 1191 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

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

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

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

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

**M. Jacky Le Menn.** Pour avoir observé le fonctionnement des commissions médicales d'établissement pendant trente ans, je puis vous certifier qu'il ne faut pas en avoir une vision idyllique, dans laquelle tout le monde serait d'accord sur tout.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Certes !

**M. Jacky Le Menn.** Comme toute organisation, ces commissions sont traversées de divergences. Les médecins ne défendent pas tous les mêmes positions, pour de multiples raisons, au demeurant tout à fait honorables.

Prévoir l'établissement d'une première liste de candidats me semble donc raisonnable. En revanche, la présentation d'une seconde liste traduirait un constat d'échec et l'existence de fortes tensions au sein de l'hôpital.

En réalité, pour essayer de désamorcer d'éventuels conflits, des discussions auront lieu en amont entre le directeur et les médecins sur cette question importante de la nomination des chefs de pôle. Le nombre de noms figurant sur la liste n'est pas arrêté, ce qui est sage. Cela permettra la présentation de différents projets médicaux, au-delà des questions de personnes.

Proposer une seconde liste – je partage le point de vue de M. Vasselle à cet égard – n'apportera rien de plus. Dans l'hypothèse d'un conflit majeur, peut-être faudrait-il prévoir de recueillir l'avis du conseil de surveillance, mais l'on va certainement m'objecter que ce n'est pas son rôle ! Cela étant, le directeur devrait, en général, trouver sur la liste qu'on lui présentera et dont l'établissement aura donné lieu à concertation le nom de la personne apte à occuper le poste de chef de pôle. Dès lors, rien ne sert de prévoir une deuxième, une troisième ou une quatrième liste, dont l'élaboration ne ferait qu'exacerber les problèmes.

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

**M. Alain Fouché.** L'amendement n° 85 rectifié *bis* tendait précisément à éviter les litiges. Si le dispositif du Gouvernement est adopté, il apparaîtra à l'usage que les directeurs pourront se livrer à certaines manipulations.

Madame la ministre, vous avez rencontré des présidents de commission médicale d'établissement favorables à votre position ; pour ma part, j'en ai entendus qui ne tenaient pas du tout le même langage, et de nombreux médecins m'ont indiqué qu'ils préféreraient plutôt mon amendement.

Cependant, étant un élu de la majorité, je m'abstiendrai sur l'amendement du Gouvernement !

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

**M. François Autain.** Nous sommes évidemment tout à fait opposés à l'amendement du Gouvernement, qui donne tout pouvoir au directeur de l'hôpital.

En effet, la commission médicale d'établissement aura beau proposer des listes de noms, le directeur aura toujours la faculté de désigner le candidat de son choix.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Je lui souhaite beaucoup de plaisir !

**M. François Autain.** Cet amendement tend donc à redonner au directeur le pouvoir que le texte de la commission lui avait ôté au profit de la CME.

Je regrette que le président de la commission des affaires sociales se soit rallié à la proposition du Gouvernement alors qu'un compromis satisfaisant avait été élaboré. J'avais d'ailleurs retiré un amendement visant à ce que la nomination d'un chef de pôle n'intervienne qu'après avis de la commission médicale d'établissement.

Nous ne voterons donc pas l'amendement du Gouvernement, qui, je le répète, redonne au directeur d'hôpital l'intégralité du pouvoir dans la procédure de nomination des chefs de pôle, comme le prévoyait la rédaction initiale du projet de loi.

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

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Le texte initial du Gouvernement prévoyait que le directeur de l'hôpital nomme les chefs de pôle sur une liste établie par la commission médicale d'établissement, sans envisager de solutions de déblocage. L'amendement du Gouvernement présente l'avantage d'en comporter une. Nous savons, par expérience, que des situations de blocage apparaissent parfois au sein des commissions médicales d'établissement.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela arrive !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Nous légiférons quelquefois comme si tout le monde était parfait, mais la perfection n'est pas de ce monde, hélas !

Par ailleurs, les pôles d'activité devront évidemment être cohérents avec le projet médical, qui sera établi par la commission médicale d'établissement. Le directeur sera donc en mesure de savoir quels médecins, au sein de cette dernière, soutiennent le projet médical.

Par conséquent, le texte du Gouvernement me paraît légèrement supérieur à celui de la commission, parce qu'il comporte une voie de déblocage. En outre, prévoir une seconde liste permettra d'apaiser le sentiment de frustration de certains médecins et professeurs, qui pourront faire connaître leur position dans ce cadre avant que le directeur ne tranche finalement. Cette formule est certes quelque peu compliquée, mais elle leur donnera la possibilité d'être entendus.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Oui !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Le dispositif du Gouvernement me paraît donc le meilleur, s'agissant d'une question difficile, où les susceptibilités tiennent une grande place.

**M. le président.** Mes chers collègues, je vais consulter le Sénat sur la demande de vote par priorité de l'amendement n° 1191 rectifié *bis*.

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

Je rappelle que la commission a émis un avis favorable.

Je mets aux voix la demande de priorité.

*(La priorité est ordonnée.)*

**M. le président.** Je mets donc aux voix l'amendement n° 1191 rectifié *bis*.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 85 rectifié *bis* n'a plus d'objet.

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



L'amendement n° 1190 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Au sujet de l'établissement d'une liste de noms de candidats par la communauté médicale d'établissement, je ne saurais résister à la tentation de rappeler que, selon Tristan Bernard, la confraternité est une haine vigilante ! (*Sourires.*)

**M. Gérard Longuet.** Cela vaut aussi pour de petites communautés comme le Gouvernement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est une formule d'application générale, monsieur le sénateur ! (*Nouveaux sourires.*)

L'amendement n° 1190 rectifié tend à prévoir que la signature des contrats de pôle interviendra après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les CHU, du doyen.

Les contrats de pôle seront bien entendu un élément déterminant pour le bon fonctionnement de l'hôpital. Il est donc légitime, voire indispensable, que le président de la CME et le doyen, dans le cas des CHU, non seulement formulent un avis, mais participent à leur élaboration.

Il est essentiel, par exemple, que le président de la CME, qui élabore le projet médical de l'établissement et coordonne toute sa politique médicale, puisse s'assurer de la cohérence entre ces contrats et le projet médical de l'établissement.

Pour autant, en poussant la logique à son terme, faut-il aller vers une procédure de codécision en la matière ? Je ne le crois pas, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, la cosignature donnerait au président de la CME et au doyen un droit d'intervention et de codécision sur des sujets excédant leurs compétences respectives. Je rappelle qu'un contrat de pôle ne porte pas seulement sur la politique thérapeutique ou sur celle de recherche et d'enseignement, pour les CHU, mais concerne aussi l'organisation même du pôle.

Ensuite, qui dit codécision dit partage de la décision. Or il n'y a pas de raison que le directeur se voie imposer des décisions qu'il n'approuve pas alors que c'est lui qui rend compte de la bonne marche de l'établissement.

Enfin, codécision rime souvent avec confusion et blocage, et instaurer une telle procédure nuirait finalement à l'établissement.

Cela étant, nous voulons une communauté hospitalière unie autour de ses projets, et c'est la raison pour laquelle le présent amendement vise à établir un équilibre entre la nécessaire participation du président de la CME et du doyen, pour les CHU, à l'élaboration des contrats de pôle et la prévention des situations de blocage. L'amendement prévoit ainsi que le

contrat de pôle sera signé par le directeur et le chef de pôle, après avis du président de la CME et, pour les CHU, du doyen.

Je rappelle, par ailleurs, que le contrat de pôle ne fait que décliner le projet médical et le projet d'établissement à l'échelon de chaque pôle. Or ce projet médical est élaboré par le président de la CME et approuvé par le directoire, où siègent le président de la CME et, le cas échéant, le doyen. Les avis du président de la CME et du doyen permettront précisément de garantir la conformité des contrats de pôle au projet médical.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1294, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

technique

par le mot :

clinique

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Il s'agit simplement de remédier à une erreur de rédaction.

**M. le président.** L'amendement n° 603 rectifié, présenté par MM. Barbier, Charasse, Chevènement et Vall, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau et de Montesquiou, est ainsi libellé :

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

technique

par le mot :

clinique

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Monsieur Autain, il peut arriver, rarement il est vrai, que nous nous rejoignons ! (*Sourires.*)

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a introduit davantage de collégialité dans le processus de contractualisation interne, en inscrivant dans le texte la cosignature du contrat de pôle par le directeur, le chef de pôle, le président de la CME et le directeur de l'unité de formation médicale et de recherche dans les CHU.

L'amendement du Gouvernement prévoit simplement que cette signature interviendra entre le directeur et le chef de pôle après avis du président de la CME et, dans le cas des CHU, du doyen, afin que soit vérifiée la cohérence du contrat de pôle avec le projet médical.

Je ferai observer que le chef de pôle ayant été nommé sur une liste présentée par le président de la CME, il bénéficie *a priori* de la confiance de ce dernier, dont l'avis simple pourrait donc être suffisant.

Cependant, il semble à la commission que la cosignature d'un contrat est un geste plus fort que l'émission d'un simple avis.

En conséquence, je m'en remets à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

En revanche, j'é mets un avis favorable sur le sous-amendement n° 1294 et l'amendement n° 603 rectifié, qui sont purement rédactionnels.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'é mets un avis favorable sur le sous-amendement n° 1294 et sur l'amendement n° 603 rectifié.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1294.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1190 rectifié, modifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 603 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n° 340, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

l'établissement

insérer les mots :

en collaboration étroite avec la direction des soins,

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

praticien

insérer les mots :

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

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

dont il propose la

par les mots :

dont un cadre para médical, et il propose leur

La parole est à Mme Patricia Schillinger.

**Mme Patricia Schillinger.** Cet amendement a pour objet d'instituer une collaboration étroite entre le chef de pôle d'activité et la direction des soins dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement.

Il serait en effet incompréhensible, pour le personnel soignant d'un établissement public de santé, qu'un praticien chef de pôle puisse appliquer la politique de l'établissement sans concertation avec la direction des soins et l'encadrement paramédical. Il y va de l'efficacité et de la qualité du travail à l'hôpital, ainsi que du maintien d'un bon climat social.

Certes, cela semble aller de soi, mais il est préférable d'inscrire une telle disposition dans le projet de loi, pour éviter que des situations conflictuelles ne s'installent durablement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La participation du directeur des soins à la gestion des pôles est déjà prévue par les textes. Le décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière dispose, en effet, que le directeur des soins « coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » au sein du pôle. Le directeur des soins participe à la gestion du personnel des activités de soins, dont il propose l'affectation.

En outre, le I de l'article 8 du présent projet de loi prévoit que le chef de pôle peut être assisté de collaborateurs. Le directeur des soins pourra évidemment être l'un d'eux.

Il ne nous semble donc pas nécessaire d'adopter cet amendement, qui est déjà satisfait. La commission en demande le retrait.

**M. le président.** Madame Schillinger, l'amendement n° 340 est-il maintenu ?

**Mme Patricia Schillinger.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 340 est retiré.

L'amendement n° 1188, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

missions et responsabilités des structures

insérer les mots :

services ou unités fonctionnelles,

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour lever toute ambiguïté, je propose de mentionner explicitement les services ou unités fonctionnelles parmi les structures internes des pôles.

Évidemment, il n'a jamais été question de les supprimer et je rouvre même la possibilité d'en créer, mais comme ce mauvais procès m'est fait constamment, je préfère préciser les choses dans le texte,...

**Mme Annie David.** Et c'est tant mieux !

**M. Guy Fischer.** Enfin !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... afin d'éviter certaines polémiques absurdes.

Il me semble, monsieur le président, que cet amendement devrait être adopté dans l'enthousiasme ! *(Sourires.)*

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission est évidemment d'accord avec Mme la ministre.

Je rappellerai néanmoins que les structures internes n'étaient pas évoquées dans la rédaction initiale du texte. C'est la commission qui y a inscrit leur mention.

La proposition du Gouvernement représente une grande satisfaction pour tout le monde, et la commission émet donc un avis favorable sur cet amendement.

**M. Guy Fischer.** Vous voyez ! Nous n'avions pas tout à fait tort !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1188.  
(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 341, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

praticien

insérer les mots :

, des droits du patient

La parole est à Mme Samia Ghali.

**Mme Samia Ghali.** L'article 8 s'inscrit dans le droit fil des précédents : il s'agit là aussi de faire évoluer les règles de l'organisation hospitalière et de clarifier les chaînes de responsabilité.

Tandis que les articles précédents ont renforcé les pouvoirs de l'exécutif – ceux du président du directoire et, dans une moindre mesure, ceux de son vice-président, à savoir le président de la CME –, cet article affirme le rôle du chef de pôle, qui se voit fixer des objectifs de résultats par l'intermédiaire des contrats de pôle, signés par lui et par le directeur de l'établissement.

Alors qu'il revient désormais non plus au conseil d'administration, mais au directeur de l'établissement, de définir l'organisation en pôles d'activité et que tous les chefs de pôle d'activité seront maintenant nommés par le directeur de l'établissement, en cohérence avec le renforcement des pouvoirs de ce dernier, il semble important de préciser que l'amélioration de la réactivité des établissements hospitaliers ne vaut que dans le respect des droits du patient.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission est défavorable à cet amendement, dans la mesure où il semble évident que les pôles d'activité seront gérés dans le respect des droits du patient.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Dominique Voynet, pour explication de vote.

**Mme Dominique Voynet.** S'il paraît évident que les pôles fonctionneront dans le respect des droits des patients, il paraît tout aussi évident qu'ils fonctionneront « dans le respect de la déontologie de chaque praticien ». Si l'on juge utile de mentionner la seconde exigence, il faut également mentionner la première !

Lors de l'examen de l'article 1<sup>er</sup>, on nous avait assuré qu'il serait fait référence plus loin dans le texte aux droits du patient et à la qualité de l'accueil, au-delà de la sécurité technique des soins : eh bien, nous y voici ! Introduire cette précision au sein de l'article 8 n'alourdirait pas excessivement le texte.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Mme Voynet nous fait observer à juste titre que l'on aurait parfaitement pu se passer de faire référence au « respect de la déontologie de chaque praticien ». Si cela ne tenait qu'à moi, cette mention aurait déjà été supprimée. Nous l'avons laissée subsister dans le texte, mais la commission mixte paritaire corrigera certainement cette erreur. En attendant, rendons le texte aussi léger que possible : il est tout à fait inutile d'y inscrire la précision figurant dans l'amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 341.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 98 rectifié, présenté par MM. Gilles, Pointereau et Leclerc, Mme Goy-Chavent, Mlle Joissains et Mme Bruguière, est ainsi libellé :

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

, sans préjudice des règles particulières du code de la santé publique, notamment celles applicables à la pharmacie à usage intérieur

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 342, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Cet amendement vise à apporter une précision concernant les garanties d'expression du personnel médical et non médical au sein des conseils de pôle.

En effet, en vertu du principe de libre organisation, la référence aux conseils de pôle a disparu, ce qui est regrettable dans la mesure où le personnel n'est plus associé en aucune façon à la définition des objectifs et au pilotage du pôle.

Sans instituer un formalisme excessif, il serait sage de mentionner au moins dans le code de la santé publique le principe de structures internes associant les cadres et le personnel, dans un souci d'efficacité.

Cette disposition ne doit pas être renvoyée au règlement, car elle valorise et sécurise le personnel, ce qui est un gage d'efficacité du fonctionnement des pôles. L'inscrire dans la loi est donc souhaitable.

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



**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a jugé que les modalités d'expression et d'association du personnel relèvent du règlement intérieur de chaque établissement, et qu'il est donc inutile d'introduire de telles dispositions dans le projet de loi. L'avis est défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

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

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Pourrait-on savoir pourquoi Mme la ministre est défavorable à cet amendement ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Parce que cela relève du règlement !

**M. Jean-Pierre Godefroy.** M. le rapporteur dit qu'une telle disposition relève du règlement intérieur de chaque établissement. Soit, mais il n'empêche que la loi peut disposer que chaque établissement doit se doter d'un règlement intérieur précisant les modalités d'association et d'expression du personnel. C'est ce que nous proposons.

Il serait tout à fait dommage que ce texte donne l'impression au personnel médical et non médical de ne plus être associé au conseil de pôle, alors qu'il l'était auparavant.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 342.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Pas de réponse ?

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

L'amendement n° 445, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le II de cet article.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Nous ne sommes pas les derniers à constater que l'hôpital manque de médecins. Si mes sources sont bonnes, près de 5 000 postes de médecin sont aujourd'hui vacants dans les hôpitaux, ce qui porte atteinte au bon fonctionnement de ces derniers.

Avant d'envisager de faire revenir vers l'hôpital des médecins qui en sont partis depuis des années, il faudrait peut-être s'interroger sur les raisons qui les ont conduits à le quitter pour aller exercer dans le privé. Ne serait-il pas plus rationnel de s'attaquer aux causes de cette désaffection, afin de mettre un terme à celle-ci, plutôt que d'essayer de ramener vers l'hôpital des praticiens qui sont déjà partis dans le secteur privé ?

Si les jeunes médecins, en particulier, quittent l'hôpital, c'est que les conditions d'exercice y sont mauvaises et que les rémunérations sont sans commune mesure avec celles qu'ils peuvent obtenir dans le privé, le rapport étant du simple au triple ou au quadruple en faveur de ce dernier. Ce seul constat suffit à expliquer l'hémorragie à laquelle nous assistons !

À cela vient s'ajouter le problème des retraites, qui n'est pas tout à fait anodin. Agir sur le levier des retraites pourrait permettre de rendre les carrières hospitalières plus attrayantes et de tarir quelque peu le flux de départs.

Or non seulement le Gouvernement n'utilise pas ce levier, mais il réduit encore le montant des retraites des praticiens hospitaliers au travers de la réforme que vous avez lancée, madame la ministre, ce qui rend de moins en moins attractives les carrières au sein de l'hôpital public !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis en train de sauver leurs retraites !

**M. François Autain.** Ainsi, le montant de la pension baissera de 6 % pour les praticiens âgés aujourd'hui de 60 ans qui partiront à la retraite à 65 ans, de 18 % pour ceux qui ont 50 ans, de 27 % pour ceux qui sont âgés de 40 ans, et, enfin, de 34 % pour ceux qui ont 30 ans.

Au vu de ces chiffres et des faibles rémunérations que ces médecins perçoivent, on peut s'étonner qu'il se trouve encore des chirurgiens, des anesthésistes ou des radiologues pour accepter de travailler à l'hôpital ! Certes, l'hôpital public manque de médecins, mais avant de s'engager sur la voie d'un recrutement tous azimuts de médecins libéraux, avec toutes les conséquences que cela implique, peut-être faudrait-il s'intéresser aux causes amenant les médecins à quitter l'hôpital, afin de tenter d'y remédier.

Il faut reconnaître que, dans ce domaine, madame la ministre, vous faites moins que le minimum que l'on est en droit d'attendre d'un ministre de la santé !

**M. le président.** L'amendement n° 248, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Laménie, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Alain Vasselle.

**M. Alain Vasselle.** Cet amendement, cosigné par mes collègues Paul Blanc et Marc Laménie, vise à préciser les conditions dans lesquelles il pourra être fait appel à des professionnels de santé libéraux et, surtout, les modalités de la rémunération de ces derniers, afin qu'il soit tenu compte des frais de gestion des établissements publics de santé.

Nous proposons ainsi que les honoraires de ces médecins soient minorés d'une redevance correspondant au coût des prestations fournies par l'établissement.

Cet amendement tend avant tout à instaurer une véritable équité de traitement entre tous les établissements hospitaliers, sur l'ensemble du territoire.

En effet, le Gouvernement entend ouvrir à certains établissements la possibilité de recourir à une mesure de caractère dérogatoire. Cette dérogation doit, à notre sens, rester exceptionnelle, et ne valoir qu'en cas de difficultés manifestes pour recruter des praticiens ou pour assurer des missions de service public de l'hôpital. Il conviendra bien sûr de veiller à garantir aux patients qu'ils seront pris en charge selon les tarifs opposables.

Je souhaite que le Sénat puisse adopter cet amendement, que le Gouvernement entend sous-amender: je n'y vois aucun inconvénient dans la mesure où les éléments que je viens d'exposer seront pris en compte, afin d'éviter des difficultés d'interprétation lors de l'application de la loi. Le Gouvernement fait notamment valoir qu'il convient de distinguer l'hospitalisation à domicile des autres types d'hospitalisation pour ce qui concerne la déduction de la redevance.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1298, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

II. – Compléter cette même phrase par les mots :  
ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement

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

à ces missions

par les mots :

aux activités de l'établissement

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

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

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

1°

insérer la référence :

du I

et remplacer les mots :

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

par les mots :

, le cas échéant, d'une redevance

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'émet un avis favorable sur l'amendement de M. Vasselle, dont le Gouvernement partage les préoccupations. Les précisions que vous avez apportées, monsieur le sénateur, sont tout à fait bienvenues.

Cela étant, pour garantir une offre de soins de proximité, il convient de permettre aux actuels hôpitaux locaux de continuer de fonctionner avec le concours, essentiel, de médecins généralistes de premier recours et, à cet effet, de renoncer au critère lié aux difficultés de recrutement. J'en profite, au passage, pour donner un avis négatif sur l'amendement n° 445 défendu par M. Autain, car je ne vois pas comment un certain nombre d'établissements pourraient continuer à fonctionner sans le concours de praticiens libéraux.

En outre, il convient de permettre ce recrutement, pour l'ensemble des missions des établissements publics, en fonction des besoins existants.

Enfin, le Gouvernement souhaite préserver, pour les établissements d'hospitalisation à domicile, la possibilité de recourir, pour les auxiliaires médicaux libéraux, à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte. Cette disposition permettrait notamment aux structures d'hospitalisation à domicile de rémunérer les réunions de coordination interprofessionnelle et les évaluations faites au domicile des patients.

Tel est l'objet du sous-amendement n° 1298.

**M. le président.** L'amendement n° 1189, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

par les mots :

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

Madame la ministre, afin d'éviter que votre amendement ne devienne sans objet si l'amendement n° 248 est adopté, acceptez-vous de le transformer en sous-amendement à ce dernier ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je n'y vois pas d'inconvénient, monsieur le président.

**M. le président.** Il s'agit donc du sous-amendement n° 1189 rectifié, présenté par le Gouvernement et ainsi libellé :

Dans la première phrase du texte proposé par l'amendement n° 248, remplacer les mots :

peut admettre des médecins

par les mots :

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Par souci de parallélisme des formes, je souhaite appliquer, concernant l'admission de médecins, de sages-femmes et d'odontologistes exerçant à titre libéral à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé, la même procédure que pour les praticiens hospitaliers, à savoir une nomination sur

proposition du chef de pôle après avis du président de la commission médicale d'établissement, et non, comme le prévoit le texte actuel, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement après avis du chef de pôle.

**M. le président.** L'amendement n° 343, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Cet amendement a pour objet d'appliquer les honoraires du secteur 1 aux prestations des médecins libéraux admis à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé.

En effet, le directeur d'un établissement public de santé a désormais la possibilité de recruter des médecins libéraux pour participer à l'exercice des missions de son établissement, ces missions n'étant pas forcément des missions de service public. Cette évolution qui résulte, pour partie, de la disparition des dispositions spécifiques aux hôpitaux locaux a bien une portée juridique : le dispositif retenu par le Gouvernement et la commission n'impose pas explicitement une limitation des honoraires aux tarifs du secteur 1, il convient donc de le préciser.

Les honoraires des seuls auxiliaires médicaux sont à la charge de l'établissement, avec possibilité de perception d'une redevance, laquelle doit être étendue aux honoraires des médecins.

**M. le président.** L'amendement n° 344, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

« Le patient est dans ce cas dans une situation d'usager de l'établissement public de santé. L'établissement conserve la possibilité d'une action récursoire envers le professionnel de santé. »

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Cet amendement tend à préciser le statut juridique du patient à l'hôpital, relativement au contentieux des actes médicaux. Une telle précision apparaît

en effet indispensable si l'on veut éviter de nombreux contentieux liés au partage de responsabilité qu'implique l'exercice libéral au sein de l'établissement public.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 445 tend à la suppression du paragraphe II de l'article 8, relatif à la participation de professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé. Il apparaît indispensable à la commission que les établissements publics puissent faire appel à des professionnels exerçant à titre libéral, notamment pour faire face aux difficultés de recrutement dans certaines catégories de personnel hospitalier : c'est pourquoi elle a émis un avis défavorable sur cet amendement.

La commission, ne sachant pas que le Gouvernement allait déposer des sous-amendements, avait demandé à M. Vasselle de rectifier son amendement n° 248. Sous réserve de l'adoption des deux sous-amendements du Gouvernement, la commission émet un avis favorable sur celui-ci.

L'amendement n° 343 vise à préciser que les honoraires des professionnels libéraux admis à participer à l'exercice des missions des établissements publics de santé relèveront obligatoirement du secteur 1 et donneront lieu au prélèvement d'une redevance. Le II de l'article 8 prévoit bien que les honoraires des professionnels libéraux seront minorés d'une redevance au titre des prestations que l'établissement leur fournit pour l'exercice de leur activité. En revanche, si l'on veut inciter les professionnels libéraux à venir exercer dans les établissements publics de santé, leurs honoraires ne peuvent être limités au barème du secteur 1 : la commission a donc émis un avis défavorable.

Quant à l'amendement n° 344, il tend à préciser que l'établissement public de santé conserve la possibilité d'une action récursoire à l'encontre du professionnel de santé libéral admis à participer aux missions de l'établissement. Il ne me semble pas nécessaire de prévoir de telles dispositions, l'établissement ayant déjà la possibilité de se retourner contre un professionnel auquel il est lié par un contrat. La commission est donc défavorable à cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'émetts évidemment un avis défavorable sur l'amendement n° 445, défendu par M. Autain, qui vise à interdire aux professionnels libéraux d'assurer des prestations au sein d'un hôpital public : nous connaissons de grandes difficultés s'il était adopté !

Comme je l'ai déjà dit, j'émetts un avis favorable sur l'amendement n° 248 de M. Vasselle, modifié par les deux sous-amendements que je viens de présenter.

En ce qui concerne l'amendement n° 343, il me semble que cet amendement est satisfait par l'amendement de M. Vasselle, qui prévoit que « l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale » : sous réserve de vérification, monsieur le rapporteur, il s'agit bien là d'une limitation des honoraires aux tarifs du secteur 1. L'amendement n° 344 est également satisfait. J'émetts donc un avis défavorable sur les deux amendements présentés par M. Godefroy.

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



**M. Alain Milon, rapporteur.** S'agissant de l'amendement n° 343, je tiens à préciser que l'avis de la commission a été rendu avant le dépôt des sous-amendements du Gouvernement, qui lui a permis de se déclarer favorable à l'amendement de M. Vasselle, sous réserve de l'adoption de ceux-ci.

**M. le président.** La parole est à Mme Dominique Voynet, pour explication de vote sur l'amendement n° 445.

**Mme Dominique Voynet.** Madame la ministre, je n'ai pas senti dans l'intervention de M. Autain la volonté d'interdire le recrutement de praticiens libéraux au sein des établissements publics de santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est pourtant ce qui se passerait si son amendement était adopté!

**Mme Dominique Voynet.** En revanche, j'ai entendu un vibrant plaidoyer pour que l'on remédie aux difficultés de recrutement de l'hôpital public résultant de la faible attractivité des carrières, de la dégradation des conditions de travail et de l'inégalité des rémunérations entre secteur privé et secteur public, persistant alors même que les conditions de travail ne sont certes pas meilleures dans ce dernier. *(M. François Autain manifeste son approbation.)*

La difficulté que nous rencontrons est liée à la volonté des rédacteurs du projet de loi de résoudre plusieurs problèmes de nature très différente dans un même article. En effet, il n'y a rien de commun entre la situation des hôpitaux locaux, qui assurent plutôt des soins de suite en moyen ou long séjour et dans lesquels, dans des bassins de vie ruraux par exemple, des médecins généralistes suivent leurs patients provisoirement hospitalisés pendant quelques semaines, et celle d'hôpitaux qui, pour pallier un problème persistant de recrutement, sont tentés de recourir aux services de médecins libéraux qui « importerait » à l'hôpital public les pratiques, les usages et le mode de rémunération en vigueur dans le secteur libéral.

Voici un exemple très concret: il est des hôpitaux dans lesquels on ne cherche plus à pourvoir les postes vacants d'anesthésiste-réanimateur, tout simplement parce que le praticien qui accepterait d'occuper un tel poste sait très bien que, en raison des difficultés d'assurer les remplacements, il aurait à assumer 365 jours par an la responsabilité de la permanence médicale et des gardes. Il est beaucoup plus facile d'assurer occasionnellement des gardes!

Par ailleurs, le montant de salaire que vous avez soumis tout à l'heure à notre réflexion, madame la ministre, ne concerne qu'une poignée de médecins: il faut être sur le point de partir à la retraite et continuer d'assurer des gardes comme un jeune homme pour atteindre une rémunération de ce niveau au sein de l'hôpital public!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il s'agit du salaire moyen!

**Mme Dominique Voynet.** Je constate que les jeunes médecins préfèrent assurer des gardes une nuit par semaine et un week-end par mois: cela leur permet d'arriver pratiquement au même niveau de rémunération, sans assumer la même responsabilité et les mêmes contraintes qu'un titulaire, notamment en termes d'organisation du service.

Nous aurions tout à fait pu accepter les précautions et le cadre proposés par M. Vasselle si vous n'aviez pas souhaité supprimer la disposition tendant à limiter le recours aux praticiens libéraux aux cas où les établissements publics de santé rencontrent des difficultés de recrutement.

Nous aimerions aussi vous entendre dire que vous entendez restaurer l'attractivité des carrières hospitalières publiques: franchement, au-delà du problème des rémunérations, on peut s'interroger sur la motivation de certains! Va-t-on accepter d'un cœur léger, par exemple, que se généralisent les consultations cardiologiques préopératoires assurées par des médecins libéraux, qui y voient l'occasion de développer une jolie clientèle alors même qu'ils refuseraient de s'engager à respecter les honoraires conventionnels?

Vous ouvrez une boîte de Pandore, sans apporter toutes les garanties permettant d'encadrer sérieusement des dispositions auxquelles on ne devrait recourir que de façon marginale au sein de l'hôpital public!

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Tout à fait!

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

**M. François Autain.** Je remercie Mme Voynet de ses propos. Elle semble m'avoir mieux compris que vous, madame la ministre. Malheureusement, elle n'est plus au Gouvernement! *(Sourires.)*

Notre amendement exprime une véritable préoccupation. Certains hôpitaux n'ont actuellement pas d'autre solution que le recours à des médecins libéraux dans certaines spécialités particulièrement sinistrées. Je le reconnais, mais je crois que nous ne pouvons pas nous satisfaire de cette situation: il faut essayer de comprendre pourquoi nous en sommes arrivés là. Nous ne pouvons vous exonérer de toute responsabilité à cet égard, madame la ministre.

J'ai déposé cet amendement d'appel pour savoir si vous aviez la même vision que moi de la situation actuelle des hôpitaux. Or, malheureusement, vous vous êtes contentée de dire que je voulais empêcher les hôpitaux de fonctionner en les privant de la manne que constitue aujourd'hui la médecine libérale.

Madame la ministre, vous vous trompez, parce que votre solution ne sera pas suffisante pour assurer le fonctionnement convenable des hôpitaux.

Il faudra bien qu'un jour ou l'autre vous vous penchiez sur les modes d'exercice, les rémunérations et les retraites des médecins qui exercent à l'heure actuelle à l'hôpital, car ce sont autant de vrais problèmes.

Si les jeunes médecins quittent l'hôpital aujourd'hui, ce n'est pas sans raison. Ils sont moins attirés par le secteur privé que repoussés par le secteur public, et vous portez une grande part de responsabilité dans cette situation. Je déplore que vous n'en preniez pas conscience, madame la ministre.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 445.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 1298.

**M. Bernard Cazeau.** Nous étions satisfaits de l'amendement n° 248 de M. Vasselle, qui reprenait un certain nombre de dispositions que nous avons nous-mêmes précédemment proposées.

Or Mme la ministre est venue y mettre son nez...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je n'en ai pas le droit, peut-être? *(Sourires.)*

**M. Bernard Cazeau.** ... à juste titre, d'ailleurs, puisqu'elle est ministre. *(Nouveaux sourires.)*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ah, quand même !

**M. Bernard Cazeau.** Mais ce qu'elle propose ne nous satisfait pas du tout.

Pourquoi, en effet, supprimer les mots « et lorsque sont établies des difficultés manifestes de recrutement des praticiens hospitaliers dans le territoire de santé considéré. » ? La solution proposée par notre collègue Alain Vasselle ne se justifie que si se posent effectivement des problèmes de recrutement. Le sous-amendement du Gouvernement fait perdre à l'amendement de M. Vasselle, qui est excellent, les trois quarts de sa saveur.

Pour résumer notre position, si Mme la ministre accepte de retirer le I du sous-amendement n° 1298, nous voterons l'amendement de M. Vasselle ; sinon, nous nous abstiendrons !

**M. le président.** Madame la ministre, que répondez-vous à M. Cazeau ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne déférerai pas à la demande de retrait formulée par M. Cazeau !

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

**M. Alain Vasselle.** Je dirai à notre collègue Bernard Cazeau qu'il vaut mieux tenir que courir, raison pour laquelle je ne remettrai pas en cause la rédaction du Gouvernement qu'il refuse,...

**M. Henri de Raincourt.** Heureusement !

**M. Alain Vasselle.** ... d'autant que cela rassure visiblement notre président de groupe, Henri de Raincourt ! (*Sourires.*)

**M. Henri de Raincourt.** J'ai eu peur ! (*Nouveaux sourires.*)

**M. François Autain.** Vous êtes tout de même l'un et l'autre dans la majorité !

**M. Alain Vasselle.** Cela étant, madame la ministre, je tiens à souligner, afin que cette précision apparaisse clairement au *Journal officiel*, où sont retranscrits nos débats dans leur intégralité, que vous avez souhaité rétablir la formule « le cas échéant » puisque, ainsi que cela figure dans l'objet de votre sous-amendement, « dans le cas d'une structure d'hospitalisation à domicile, la minoration n'est pas requise ». Le maintien de ces trois mots sera de nature à rassurer ceux qui s'inquiétaient notamment des conditions dans lesquelles ils auraient à appliquer les dispositions ici proposées pour l'article L.6146-2 du code de la santé publique.

La redevance s'appliquera de fait dans tous les établissements, sauf pour les structures d'hospitalisation à domicile puisque, dans ce cas-là, il n'y a pas de frais de gestion et que donc l'établissement n'a aucune raison d'en demander la déduction. Mais, ailleurs, la déduction sera pratiquée.

C'est une précision importante qui permet de lever d'éventuelles ambiguïtés dans la perspective de l'application de cet alinéa de l'article 8.

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

**M. Gilbert Barbier.** On semble ici oublier la réalité des pratiques actuelles.

Je rappelle qu'un certain nombre de médecins ont pris l'habitude d'exercer de manière occasionnelle, au gré de remplacements qu'ils effectuent sur tout le territoire national.

**M. François Autain.** C'est exact !

**M. Gilbert Barbier.** Ils acceptent soit des gardes, soit des remplacements d'une semaine ou plus et négocient directement leurs rémunérations avec les directeurs d'établissement qui, pour faire face à la pénurie, sont parfois obligés d'accepter leurs conditions.

**M. Guy Fischer.** C'est un problème important !

**M. Gilbert Barbier.** De plus, se sont greffées là-dessus des officines privées...

**M. Guy Fischer.** Qui se remplissent les poches !

**M. François Autain.** C'est scandaleux !

**M. Gilbert Barbier.** ... qui centralisent les besoins des établissements publics hospitaliers et renseignent ces « médecins itinérants », au point que cela constitue désormais un véritable commerce.

Madame la ministre, entendez-vous, un jour, régler...

**M. François Autain.** Moraliser !

**M. Gilbert Barbier.** ... dans le sens d'une certaine déontologie ces officines qui organisent des remplacements à travers toute la France ?

Que certains médecins préfèrent travailler huit jours par mois pour un salaire quasi identique à celui qu'ils pourraient obtenir en travaillant un mois entier dans un hôpital public, c'est un fait, mais il n'en est pas moins nécessaire de régler, d'une manière beaucoup plus stricte, l'intervention des officines dont je parlais.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur le président, je crains qu'une erreur d'interprétation ne vienne troubler la bonne compréhension de la position de la commission.

Je précise donc que la commission est, sans ambiguïté, favorable à l'amendement n° 248 tel que sous-amendé par le Gouvernement.

Dans l'amendement n° 248, il est fait référence aux professionnels libéraux qui exercent à l'intérieur de l'hôpital, à la demande de celui-ci, des missions de service public. À partir du moment où il s'agit de missions de service public, il est normal que les tarifs du secteur 1 s'appliquent. En revanche, pour les autres missions, et c'est le cas visé dans l'amendement n° 343 du groupe socialiste, ces tarifs ne peuvent s'appliquer.

La commission maintient donc son avis défavorable sur cet amendement-là.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souhaite répondre, de façon tout à fait claire, à M. Vasselle, puis à M. Barbier.

Le sous-amendement du Gouvernement vise en effet à remplacer les mots « d'une redevance correspondant au coût réel, pour l'établissement, des prestations qu'il leur fournit pour les besoins de l'exercice de leur art » par les mots «, le cas échéant, d'une redevance ».

Comme c'est actuellement le cas, les modalités du calcul de la redevance due par les médecins à l'établissement relèvent du domaine réglementaire et non du domaine législatif. Ainsi, pour les hôpitaux locaux, il est prévu par décret que la redevance est calculée au prorata du montant des honoraires. Il convient également de maintenir la formule « le cas échéant » puisque, dans le cas d'une structure d'hospitalisation à domicile, la minoration n'est pas requise.

Monsieur Barbier, la question des médecins que vous qualifiez d'« itinérants » est effectivement l'un de mes gros soucis. Il y a là évidemment un problème de qualité globale des soins. On voit arriver dans les établissements hospitaliers des praticiens « mercenaires » payés à prix d'or,...

**M. François Autain.** Qui ne sont même pas inscrits au conseil de l'ordre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... des médecins étrangers qui n'ont pas toujours le niveau de qualification requis – je pense en particulier à des anesthésistes qui ne sont pas réanimateurs – et dont le français est, parfois, extrêmement approximatif, ce qui leur crée les plus grandes difficultés pour remplir correctement les missions qui leur sont confiées.

Voilà pourquoi se posent de véritables problèmes de qualité et de sécurité des soins.

Ayant constaté des difficultés de cet ordre dans un certain nombre d'hôpitaux de proximité où la sécurité des soins n'était pas garantie, j'ai été amenée à prendre certaines mesures. Certes, à voir le tableau des effectifs, le service semblait assuré, mais il ne l'était pas de manière convenable.

Soyez assuré de ma totale vigilance sur ce sujet : l'administration sanitaire et moi-même prenons les décisions qui s'imposent chaque fois que la sécurité des soins n'est pas effective.

**M. François Autain.** Non, vous ne faites rien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si, et ensuite vos amis élus locaux défilent contre moi !

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1298.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1189 rectifié.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 248, modifié.

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

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 343.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 344.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1186, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement purement juridique vise à permettre l'adoption de certaines mesures techniques d'application du code de la santé publique par décret, les mesures les plus importantes demeurant adoptées par décret en Conseil d'État.

En l'espèce, il s'agit de fixer par décret simple la durée du mandat des chefs de pôle.

En effet, un certain nombre de décrets en Conseil d'État ont été demandés. Or, dans un souci de simplification et de souplesse, nous considérons que des décrets simples suffisent à mettre en application les mesures prévues pour l'organisation interne des établissements publics de santé.

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

**M. Alain Milon.** La commission est favorable à cet amendement de cohérence et de précision juridique.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1186.

*(L'amendement est adopté.)*

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

Les trois premiers amendements sont identiques.

L'amendement n° 158 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

L'amendement n° 258 est présenté par M. Longuet.

L'amendement n° 345 est présenté par MM. Le Menn, Michel et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

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

« Art. L. 6161-5-1 - Dans des conditions fixées par voie réglementaire, un établissement de santé privé d'intérêt collectif peut admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, à participer à l'exercice des missions de cet établissement. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement de santé privé d'intérêt collectif verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

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

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

La parole est à M. Marc Laménie, pour défendre l'amendement n° 158.

**M. Marc Laménie.** M. Paul Blanc, qui a cosigné cet amendement, aurait pu en parler mieux que moi, étant spécialiste de la question.



Aux termes de la rédaction du V de l'article 8 adoptée par la commission des affaires sociales du Sénat, les établissements de santé privés « autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients recourent à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. »

Or ces établissements disposent également de collaborations salariées. Mon amendement vise à reformuler cet alinéa dans l'esprit de la rédaction du II de l'article 8, élaborée pour les établissements publics de santé.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1299, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Sous réserve de l'adoption de ce sous-amendement, je suis favorable à l'amendement n° 158, d'autant qu'il est en partie satisfait par l'adoption, à l'article 1<sup>er</sup>, de l'amendement n° 162 et du sous-amendement n° 1219 rectifié, déposé par le Gouvernement.

Nous en avons déjà parlé, l'hospitalisation à domicile est non pas une alternative à l'hospitalisation ; c'est bien une forme d'hospitalisation à laquelle s'appliquent les dispositions de l'article 8.

Monsieur Laménie, si votre demande est satisfaite, je retiens la précision rédactionnelle que vous souhaitez apporter concernant le recours à des auxiliaires médicaux exerçant à domicile par les établissements privés délivrant des soins à domicile. Il faut toutefois prévoir qu'ils « peuvent » recourir à des auxiliaires médicaux, sans que ce soit pour autant une obligation, ce que laisse supposer la formulation actuelle. Tel est le sens de mon sous-amendement, qui devrait recueillir votre accord, monsieur le sénateur.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Longuet, pour présenter l'amendement n° 258.

**M. Gérard Longuet.** Il s'agit en effet d'étendre une disposition que nous avons adoptée pour les hôpitaux publics aux établissements privés d'intérêt collectif, c'est-à-dire à but non lucratif, qui emploient des personnels salariés, mais qui peuvent aussi choisir de renforcer leurs capacités d'intervention en recourant à des médecins, sages-femmes ou odontologistes exerçant principalement à titre libéral.

**M. le président.** La parole est à Mme Samia Ghali, pour présenter l'amendement n° 345.

**Mme Samia Ghali.** L'Assemblée nationale et la commission des affaires sociales du Sénat ont reconnu aux établissements publics de santé la faculté d'admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes qui exercent à titre libéral à participer à leurs missions. Cet amendement a pour objet de reconnaître la même faculté aux établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Ces établissements passeront avec les professionnels libéraux un contrat d'exercice stipulant les conditions de l'intervention de ces professionnels, notamment leurs obligations relatives au respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.

Par ailleurs, la rédaction du V de l'article 8 adoptée par la commission des affaires sociales du Sénat présente une difficulté. Il est en effet indiqué que « les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients recourent à des auxiliaires médicaux exerçant à titre

libéral ». Or, actuellement, ces établissements disposent également de collaborations salariées. Il conviendrait donc de reformuler cet alinéa dans l'esprit de la rédaction du II de l'article 8, élaborée pour les établissements publics de santé, et transformer ce qui se lit comme une obligation en simple faculté.

Cet amendement tend donc à reformuler en conséquence l'article L.6161-5-1, dans un souci de parallélisme avec la rédaction retenue pour les établissements publics de santé.

**M. le président.** L'amendement n° 638, présenté par M. Barbier, est ainsi libellé :

Dans le dernier alinéa du V de cet article, remplacer les mots :

des conditions de rémunération particulières

par les mots :

des conditions particulières de rémunération

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Je m'interroge sur la formule qui serait la plus adaptée. La rédaction de l'article pourrait laisser penser que c'est la rémunération qui est particulière. Dans un souci de clarté, ne vaudrait-il pas mieux écrire « des conditions particulières de rémunération » ?

**M. François Autain.** C'est une question fondamentale...

**M. Gilbert Barbier.** Elle impose en effet une réflexion approfondie. (*Sourires.*)

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les amendements identiques n°s 158, 258 et 345 reprenant deux alinéas qui figurent déjà à l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi, la commission y est défavorable et en préférerait le retrait.

En revanche, elle est favorable, comme le Gouvernement, au troisième alinéa de ces amendements identiques, ainsi qu'à l'amendement n° 638, qui est purement rédactionnel.

**M. le président.** Monsieur Barbier, si vous ne transformez pas votre amendement en sous-amendement, il risque de devenir sans objet.

**M. Gilbert Barbier.** Je le transforme donc en sous-amendement, monsieur le président !

**M. le président.** Je suis en conséquence saisi d'un sous-amendement n° 638 rectifié, présenté par M. Barbier et ainsi libellé :

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

des conditions de rémunération particulières

par les mots :

des conditions particulières de rémunération

Je mets aux voix le sous-amendement n° 1299.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 638 rectifié.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 158, modifié.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** En conséquence, les amendements n°s 258 et 345 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 8, modifié.

*(L'article 8 est adopté.)*

### Article 8 bis

#### (Texte non modifié)

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

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, sur l'article.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Madame la ministre, nous avons amorcé ce débat dans la confusion, vendredi dernier. Vous nous avez alors rappelé les conditions dans lesquelles cet article avait été introduit par l'Assemblée nationale. Permettez-moi tout de même de vous faire observer, d'une part, qu'il est le fruit d'un amendement, d'autre part, que vous vous y êtes opposée de façon si discrète que votre majorité l'a voté. *(Mme la ministre fait des signes de dénégation.-Exclamations sur les travées de l'UMP.)*

En tout cas, cela revient, au détour d'un amendement intervenu fort à propos – quelles qu'aient été les conditions dans lesquelles il a été adopté –, à organiser la « casse » du statut de l'AP-HP, sans aucune discussion préalable avec les partenaires sociaux.

Madame la ministre, cet article prévoit de supprimer ce qui restait du statut particulier de l'AP-HP, c'est-à-dire d'en finir avec l'autonomie de décision concernant l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, dans le seul but de placer chacun de ses établissements dans un rapport de soumission aux agences régionales de santé.

Il faut dire que le régime actuel, qui prévoit que le budget de l'AP-HP est le fruit d'une négociation menée au sein du conseil de tutelle, réunissant votre ministère, celui de la sécurité sociale, celui du budget et le directeur de l'ARH, est clairement incompatible avec votre projet de soumission des besoins de soins à l'offre de soins.

Il est en effet impossible de maintenir un système qui fait que le budget des hôpitaux de Paris est négocié, alors que, dans le même temps, vous imposez partout en France une organisation dans laquelle les établissements publics de santé verraient leurs budgets décidés par le directeur général de l'ARS, dans le seul but – par ailleurs revendiqué – de diminuer les dépenses hospitalières et de résorber mécaniquement les déficits.

L'organisation actuelle des hôpitaux de Paris est incompatible avec votre logique de marchandisation de l'offre de soins. Elle repose sur un principe contraire à votre projet de loi : la solidarité des établissements entre eux, c'est-à-dire des territoires entre eux, ou, pour être plus claire encore, la recherche d'une organisation régionale de l'offre en santé hospitalière qui prenne pleinement acte des disparités dans les villes et des réalités sociales. Avec ce système, nous sommes naturellement loin de la logique libérale.

Madame la ministre, vous avez cru bon de dire que la gauche était opposée au statut particulier de l'AP-HP, alors que la droite y était favorable. Le groupe CRC-SPG n'a, pour sa part, jamais été favorable au nivellement par le bas auquel nous assistons, dû à votre volonté de supprimer tous les aspects positifs du statut particulier de l'AP-HP.

Depuis 1849, l'AP-HP soigne chaque année des millions de malades dans toute l'Île-de-France, à tel point que l'offre publique représente dans cette région plus de 50 % de l'offre de soins, quand elle n'est pas, dans certains départements spécifiquement marqués par une population à très bas revenus, la seule structure de soins qui à la fois soit pluridisciplinaire et offre un hébergement.

Chacun s'accorde à dire qu'il y a pléthore de médecins à Paris. C'est ignorer qu'il y a malheureusement deux populations dans la capitale. Or deux tiers des spécialistes et la moitié des généralistes exercent en secteur 2. Si, pour certains, la médecine libérale est adaptée, pour d'autres, les plus démunis, ceux qui ne peuvent se payer cette offre de soins, qui est fort chère, la seule solution reste l'hôpital.

Je vous rappelle, mes chers collègues, que, à Paris, la consultation d'un spécialiste coûte rarement moins de 60 euros, et souvent autour de 80 euros.

L'offre de soins pour les plus démunis n'est donc pas satisfaisante ; c'est dire l'importance de l'AP-HP pour les Français, mais aussi pour l'ensemble des malades de notre pays, puisque 10 % des personnes soignées au sein de l'AP-HP ne sont pas issues de la région parisienne. Elles viennent parfois de très loin pour bénéficier des compétences particulières acquises au fil des années par certains établissements, notamment pour ce qui est des maladies rares ou des pathologies les plus lourdes.

Tout le monde le sait, personne ne peut aujourd'hui affirmer le contraire, les hôpitaux de Paris contribuent, de par leurs savoirs spécifiques et la qualité des équipes qui les composent, à tirer toute la médecine française vers le haut. Je ne prendrai qu'un exemple : 50 % des publications scientifiques et médicales publiques proviennent de praticiens ou d'une collaboration avec des praticiens exerçant dans l'un des 38 établissements publics de la région parisienne.

Nous ne pouvons pas accepter un nivellement par le bas de tous les hôpitaux. Essayons au moins de sauvegarder ce que nous avons de plus prestigieux, c'est-à-dire des hôpitaux qui assurent non seulement les soins et la recherche, mais aussi l'accueil des plus démunis. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé un amendement de suppression de l'article 8 bis. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.)*

**M. le président.** La parole est à M. Yves Pozzo di Borgo, sur l'article.

**M. Yves Pozzo di Borgo.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'AP-HP, instituée par la loi du 10 janvier 1849, est une entité bien particulière, riche de plus d'un siècle et demi d'existence. Elle se singularise tout d'abord par son étendue : 37 hôpitaux, 720 services, près de 23 000 lits. Elle n'embrasse pas toute l'Île-de-France, puisqu'elle regroupe, certes, 80 % des établissements parisiens, mais seulement 50 % des établissements de la région. Pour ne prendre qu'un exemple, l'Institut Gustave-Roussy de Villejuif, qui est très connu, ne fait pas partie de l'AP-HP.

Certains de ces établissements sont même situés dans d'autres régions, y compris dans le sud de la France, à Hyères et à Hendaye, ou, dans le Nord, à Berck-sur-mer.

L'AP-HP emploie près de 20 000 médecins et étudiants en médecine et plus de 70 000 autres agents, infirmiers, aides-soignants, administratifs. Pour autant, le personnel administratif ne représente que 10 % de la totalité des effectifs et l'administration centrale à peine plus de 1 %, puisque le siège de l'AP-HP compte actuellement 1 000 agents environ. Ce

siège fait actuellement l'objet, sous l'impulsion du directeur général, qui vient de Lyon, d'ailleurs, d'un plan prioritaire de modernisation qui tend à réduire le nombre d'agents dans le cadre d'un recentrage de l'activité sur la stratégie de l'établissement et les fonctions d'expertise.

Le budget annuel de l'AP-HP avoisine les 6,5 milliards d'euros. Les comptes présentent un léger déficit annuel, de l'ordre de 95 millions d'euros pour 2009 – je sais que ce chiffre fait débat –, mais ils devraient revenir à l'équilibre à l'horizon de 2012, ce dont il faut se féliciter.

Lorsque je siégeais encore au conseil d'administration, j'avais d'ailleurs trouvé excessive une augmentation du coût des pharmacies des hôpitaux de 25 % et je m'étais rendu compte que ces hôpitaux n'étaient même pas informatisés. Depuis, la situation a évolué et, en dehors de ces problèmes de gestion, tout le monde s'accorde à dire que la stratégie de la direction de l'AP-HP est satisfaisante dans ce domaine.

L'AP-HP prend surtout une part déterminante dans la recherche médicale française : elle accueille 112 unités de l'INSERM ainsi que 30 unités de recherche du CNRS et elle est le premier centre d'essais cliniques de France. Liée à sept facultés de médecine, représentant 40 % des CHU français et 50 % de leurs publications, elle ne compte que pour 10 % de l'offre de soins publics dans notre pays. Elle a 68 centres labellisés « maladies rares » sur les 132 centres labellisés au niveau national.

Formant chaque année de 700 à 800 professeurs étrangers, elle est le fer de lance de la médecine française à l'étranger. Elle mérite bien son titre de « plus grand centre hospitalier universitaire d'Europe », et peut-être du monde, madame la ministre !

J'ajoute que l'AP-HP occupe la place de premier promoteur institutionnel français en assurant la promotion de plus de 100 nouvelles recherches biomédicales par an.

Le poids de l'AP-HP dans la recherche médicale française a été souligné dans le rapport sur les CHU que vient de remettre Jacques Marescaux au Président de la République. L'AP-HP développe en effet beaucoup de projets innovants, tels que le cyclotron de l'hôpital Saint-Louis ou la fondation « Imagine » au sein de l'hôpital Necker-Enfants malades, qui est la référence mondiale en ce domaine.

Madame la ministre, au cours du débat de la semaine dernière, vous avez fait une remarque qui a occupé mon week-end ! Vous avez en effet déclaré que l'on ne savait pas si l'AP-HP se montrait performante grâce à ses structures ou malgré elles. C'est donc à une interrogation légitime sur les grandes structures que vous nous conduisez. Je vais essayer de vous répondre en prenant des exemples.

Si l'AP-HP était considérée dans son ensemble, on n'aurait pas à constater qu'aucune faculté de médecine parisienne ne figure dans les soixante-quinze premières places du classement de Shanghai des universités enseignant cette discipline. Lorsque ce classement est paru, les services de Gilles de Robien, à l'époque ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, en étaient arrivés à la conclusion que, en reprenant les critères utilisés par l'université de Shanghai, les universités parisiennes, si certaines d'entre elles étaient regroupées, se situeraient dans les cinq premières de ce classement !

En créant, en 2003, quatre groupements hospitaliers universitaires et en regroupant les CHU de façon géographique, l'AP-HP a démontré qu'elle avait déjà intégré cette nouvelle logique.

Je prendrai un autre exemple illustrant la nécessité de créer de grandes structures, qui ne concerne pas la recherche médicale.

Savez-vous, madame la ministre, mes chers collègues, que le plateau de Saclay est d'un poids scientifique comparable à celui de la Silicon Valley, et peut-être même plus important ? Si une structure commune pouvait tout regrouper, quelle force cela représenterait ! Mais qui le sait ? Qui ressent le besoin de créer ces grandes structures, comme l'AP-HP, à la taille du monde moderne ? Eh bien, c'est le Président de la République, Nicolas Sarkozy, qui a compris cette nécessité. Il vous a d'ailleurs répondu indirectement, madame la ministre, dans son discours fondateur du 29 avril sur le projet du Grand Paris.

Pour aborder la compétition mondiale, nous ne pouvons plus être dans un débat sur le rééquilibrage entre Paris et le « désert français ». Nous ne sommes plus dans un lissage napoléonien de toutes les régions françaises.

Il ne faut pas aborder la question avec une logique de sous-préfet en n'y voyant qu'un enjeu régional pour l'Île-de-France. Ce qui est en jeu, c'est le rayonnement mondial de la France dans le domaine médical et la sphère scientifique. Le maintien du statut dérogeant de l'AP-HP s'inscrit dans cette logique du Grand Paris.

En tant que membre du conseil d'administration de l'AP-HP, j'ai souvent assisté à des réunions avec le personnel, les CME, les administratifs, sous l'autorité d'ailleurs de M. Alain Lhostis, adjoint au maire communiste de la ville de Paris. Qu'est-il ressorti de ces réunions ?

Nous n'en avons pas tellement parlé dans ce débat, mais nous le savons tous : les stratégies médicales futures seront de moins en moins génériques et de plus en plus personnalisées, j'allais dire presque individuelles. Cela signifie un accroissement des coûts. C'est la raison pour laquelle je soutiens la réforme que vous proposez visant à contrôler les dépenses, madame la ministre. Néanmoins, rien n'empêche d'inscrire cette réforme dans une réflexion plus large, notamment en prenant en compte l'intérêt d'une recherche de plus en plus compétitive nécessitant des structures idoines, comme cet énorme porte-avions de la recherche médicale qu'est l'AP-HP.

**M. le président.** La parole est à Mme Dominique Voynet, sur l'article.

**Mme Dominique Voynet.** L'article 8 *bis* résulte d'un amendement déposé par M. Prél à l'Assemblée nationale sur lequel vous aviez d'ailleurs émis un avis défavorable, madame la ministre.

**M. François Autain.** Eh oui !

**Mme Dominique Voynet.** Je n'ai pas l'intention de rappeler tout ce qui a été parfaitement détaillé par les deux intervenants précédents. Je dirai simplement que l'AP-HP est un établissement d'excellence, reconnu internationalement. Ses activités de soin, d'enseignement, de formation professionnelle, de recherche et d'innovation en font une référence à l'échelle européenne. Avec 38 hôpitaux situés à Paris et en petite couronne, plus de 90 000 personnes employées, 23 000 lits, plus de 1,5 million d'hospitalisations, 3,8 millions de



consultations chaque année, une urgence toutes les 29 secondes, l'AP-HP fascine et agace, et son poids est considérable.

Tout a été dit du pouvoir de ses éminents mandarins et du rôle que l'AP-HP a pu jouer au fil du temps pour impulser de nouvelles pratiques ou, parfois, freiner des évolutions qui apparaissaient pourtant inéluctables. Chaque fois qu'il est prononcé dans une discussion professionnelle ou un débat politique, le sigle « AP-HP » suscite des réactions passionnées, voire des polémiques.

Certains pourraient considérer qu'il est interdit de se poser la question du statut de l'AP-HP, et ce *ad vitam aeternam* ; je n'en fais pas partie, et j'estime qu'il est parfaitement normal de chercher à faire évoluer un statut qui est loin d'être parfait.

Je ne suis donc pas viscéralement attachée à ce statut. L'idée de le faire évoluer ne saurait être taboue, surtout s'il s'agit de renforcer des coopérations avec des territoires moins bien dotés. Je pense notamment au département dont je suis élue et où des établissements de l'Assistance publique coexistent avec des hôpitaux généraux qui souffrent parfois durement de la situation sociale qui prévaut sur les territoires où ils sont implantés.

Si donc ce statut peut et doit évoluer, je ne pense pas que cela puisse se faire par surprise, par le biais d'un amendement, et sans une discussion de fond avec l'ensemble de la communauté médicale. J'entends déjà votre réponse, madame la ministre : si l'on en discute avec les personnels, avec les élus, avec les médecins, on n'arrivera à rien. Ce n'est que par effraction que l'on peut proposer une évolution de ce statut ! Peut-être,...

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

**Mme Dominique Voynet.** ... mais est-ce acceptable de le faire ainsi, sans avoir pensé à toutes les conséquences de l'éclatement de l'AP-HP ?

Il est légitime de s'inquiéter de la situation des centres situés en province qui sont aujourd'hui gérés par l'AP et pour lesquels rien n'est prévu. Ces établissements seront-ils placés demain sous l'autorité de l'agence régionale de santé de l'Île-de-France ou seront-ils détachés de l'AP-HP pour être désormais sous l'autorité de l'ARS de leur lieu d'implantation ?

Si nous étions assurés du fonctionnement démocratique et décentralisé que nous souhaitons pour les agences régionales de santé, nous pourrions accepter que l'AP-HP rentre dans le régime commun. Reste qu'il faudra du temps pour l'y préparer. Agir de façon non concertée et unilatérale, en l'occurrence par le biais d'un amendement dont on a à peine débattu, ne me paraît pas correct. Le président de l'AP-HP n'a même pas été consulté, les collectivités non plus et les représentants des personnels ou des usagers pas davantage. C'est pourquoi nous soutiendrons les amendements de suppression.

**M. François Autain.** Nous sommes d'accord !

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, sur l'article.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Dans un premier temps, j'avais cosigné l'amendement n° 67, que présentera M. Pozzo di Borgo.

Après réflexion, je pense désormais que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ne peut se soustraire à une logique territoriale. La nouvelle maternité que vous avez

inaugurée récemment, madame la ministre, le prouve. Ainsi, le regroupement de la maternité des Bluets, donc hors AP, et de l'hôpital Armand-Trousseau a permis de créer dans l'est parisien un pôle de périnatalité très important.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris ne peut pas non plus se soustraire à une logique nationale, et ce pour trois raisons.

D'abord, l'AP-HP, c'est un budget de 6,5 milliards d'euros, ...

**M. François Autain.** Énorme !

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** ... soit l'équivalent du budget de la Hollande ! (*Mme la ministre marque son agacement.*)

Ensuite, l'AP-HP représente un quart de la recherche hospitalière. Loin de moi l'idée d'opposer Paris et la province, mais il est évident que, au moment où l'on parle du Grand Paris, on a besoin d'un *leader*. L'AP-HP joue d'une certaine manière ce rôle.

Enfin, l'AP-HP a une logique de restructuration interne. C'est grâce à elle que quatre hôpitaux ont pu être fermés en plein Paris et que l'hôpital européen Georges-Pompidou a pu être construit, alors que je me souviens que tout cela n'était encore qu'à l'état de projet quand j'ai commencé à siéger au conseil d'administration.

Les restructurations de l'hôpital Necker et de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, la création du pôle Cochin - Hôtel-Dieu, les urgences médico-judiciaires pour adultes et les urgences médico-judiciaires pour adolescents à l'hôpital Armand-Trousseau, s'inscrivent également dans cette démarche.

Cette logique de restructuration interne est due au statut de l'AP-HP. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé l'amendement n° 671, qui vise à nommer un nouveau conseil de tutelle composé à la fois des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale ainsi que du directeur général de l'ARS.

J'aurai en fait présenté mon amendement, monsieur le président, quand j'aurai expliqué le pourquoi de ses deux derniers alinéas.

D'une part, le nombre de membres de chacun des trois collèges composant le conseil de surveillance des établissements de santé est désormais précisé dans la loi, ce qui n'était pas le cas précédemment. Or la composition du conseil d'administration de l'AP-HP relevait du décret, comme, d'ailleurs, pour les Hospices civils de Lyon, les hôpitaux de Marseille, l'hôpital des Quinze-Vingts et l'hôpital national de Saint-Maurice. S'il doit y avoir une tutelle du ministère du budget, il est important que la composition du conseil de surveillance de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris reste fixée par voie réglementaire.

D'autre part, il est prévu que le conseil de surveillance se compose de cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements. À Paris, sur les huit collectivités territoriales, six d'entre elles sont aujourd'hui représentées au conseil d'administration de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Il me semble donc qu'il doit y avoir une dérogation pour les représentants des collectivités territoriales de la région d'Île-de-France.

Pour terminer, je souhaite vous interroger, madame la ministre : de quelle tutelle l'hôpital d'Hendaye, l'hôpital maritime de Berck-sur-mer et l'hôpital de San Salvador dépendront-ils ? De l'ARS locale ou de l'ARS d'Île-de-France ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je prends soin d'intervenir sur chaque article, afin d'apporter un éclairage d'ensemble sur la position du Gouvernement.

**M. François Autain.** Très bien !

**M. Guy Fischer.** C'est pédagogique !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je viens d'entendre des plaidoyers vibrants pour l'AP-HP et son rôle éminent en matière de soin, de recherche, d'enseignement : c'est, en somme, le « vaisseau amiral » de l'hospitalisation française !

**M. François Autain.** Le porte-avions !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Loin de moi l'idée de ne pas reconnaître ce rôle éminent à l'AP-HP, son rôle historique, son rôle présent et son rôle à venir.

Oui, ce rôle doit être salué. Mais, enfin, mesdames, messieurs les sénateurs, de quoi parlons-nous ici ? De l'ancien conseil de tutelle de l'AP-HP, où siégeaient les ministres chargés de la santé et du budget. Je suis d'ailleurs très surprise, pour avoir entendu de virulentes critiques sur sa vision trop strictement budgétaire ou comptable, de constater que Bercy est aujourd'hui défendu avec autant de flamme. Cela fera sans doute plaisir à certains. *(Sourires.)*

Il faut respecter le statut de l'AP-HP, et c'est ce que vous avez fait à l'article 6, mesdames, messieurs les sénateurs, en adoptant l'amendement n° 1192 rectifié du Gouvernement.

Eu égard à la place particulière qu'occupe l'Assistance publique-hôpitaux de Paris dans l'offre de soins, le Gouvernement a en effet proposé d'établir un droit d'opposition du directeur général de l'ARS et des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget sur le programme d'investissement, sur le budget prévisionnel et le plan global de financement pluriannuel. Ce droit d'opposition, dont les modalités d'exercice seront fixées par décret, peut être fondé sur des motifs de non-conformité au droit ou d'incompatibilité avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement.

Comme je l'ai dit aux syndicats représentatifs de la fonction publique hospitalière au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, les éléments constitutifs et spécifiques du statut de l'AP-HP sont bien entendu maintenus. Vous savez qu'en raison de la participation à la Résistance d'un certain nombre d'entre eux, les personnels de l'AP-HP ne paient que la moitié des cotisations sociales dues par les salariés. Cela représente la somme non négligeable de 58 millions d'euros dans le budget de l'AP-HP. Les agents de l'AP-HP perçoivent ainsi une rémunération supérieure à celle des agents qui occupent un poste équivalent dans d'autres hôpitaux.

J'ai donc bien indiqué aux agents de l'AP-HP qu'ils conserveraient leur statut particulier et qu'il n'était pas question de revenir sur ce point.

**M. François Autain.** On ne revient pas là-dessus !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En termes d'avantages acquis, cela me paraît tout à fait légitime. Même si certains se sont interrogés sur cet héritage de la

Résistance dont bénéficient l'ensemble des personnels, j'ai tenu à indiquer clairement, en particulier aux syndicats représentatifs, qu'il n'était pas question de revenir sur ce statut.

Cependant, si l'AP-HP est cet extraordinaire vaisseau amiral que l'on évoquait, c'est souvent aussi, en région parisienne, l'établissement de proximité, comme Mme Marie-Thérèse Hermange l'a très bien dit. Il faut donc tenir compte des nouvelles compétences stratégiques qui vont être confiées par le projet de loi au directeur général de l'ARS pour optimiser l'offre de soins à l'échelle de la région.

Nous avons constaté, lors des événements indésirables graves qui se sont produits à la fin de l'année 2008, à quel point il importait qu'une coordination de l'offre de soins soit assurée par une organisation extrêmement territorialisée, donc par l'Agence régionale de santé.

La suppression du conseil de tutelle, mais avec la préservation du statut particulier que nous venons d'évoquer, parachèverait un certain nombre de dispositifs permettant de mieux assurer l'offre de soins sur l'ensemble de l'Île-de-France.

Il faut dire que l'Agence régionale de l'hospitalisation intervient de plus en plus, et c'est bien normal, dans l'AP-HP. Je rappelle que l'AP-HP est soumise à un régime dérogatoire de tutelle qui tend à se banaliser. Ainsi, pour les matières stratégiques et financières – approbation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et de ses modifications, fixation des tarifs journaliers de prestations, des forfaits, des dotations et de la part financée à l'activité, notification du coefficient de transition, instauration éventuelle d'un plan de redressement et mise en place d'une administration provisoire, approbation du projet d'établissement et conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – un conseil de tutelle exerce actuellement le contrôle de l'État sur l'AP-HP en lieu et place de l'ARH ou de son directeur.

Mais les autres compétences de l'ARH ou de son directeur en termes d'organisation des soins sont d'ores et déjà exercées par l'ARH d'Île-de-France. Le processus de déconcentration du contrôle de l'État a débuté en 2005, avec l'attribution d'une voix délibérante au directeur de l'ARH au sein du conseil de tutelle et par un texte d'application qui confie au directeur de l'ARH d'Île-de-France le secrétariat du conseil de tutelle ainsi que la préparation et le suivi des délibérations dudit conseil.

L'ARH d'Île-de-France est d'ores et déjà l'interlocuteur de premier niveau de l'AP-HP et l'interface entre celle-ci et les ministères de tutelle sur les sujets stratégiques et financiers.

Enfin, la tutelle du ministère de la santé, que personne ne conteste, est actuellement exercée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la DHOS,...

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Exactement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... dont la directrice est ici présente. Je propose que cette tutelle soit désormais exercée par l'ARS. Pourquoi ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Laissez-moi aller jusqu'au bout de mon argumentation, monsieur Autain.

Je remplace la DHOS par l'ARS pour effectuer un maillage territorial. J'ai bien entendu qu'il fallait respecter ce qui fait l'originalité de l'AP-HP, à savoir une tutelle exercée non

seulement par les ministres de la santé et de la sécurité sociale, mais également par le ministre chargé du budget et des comptes publics.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Bien sûr !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette spécificité est garantie par l'amendement que vous avez adopté à l'article 6, mesdames, messieurs les sénateurs, dans le respect du rôle national souligné à l'instant par Mme Marie-Thérèse Hermange. Il est cependant plus intelligent et opérationnel que la tutelle du ministère de la santé soit exercée par la structure régionale, qui permet un maillage territorial, plutôt que par la DHOS. Donc, c'est une responsabilité plus horizontale que verticale.

Il n'y a aucune antinomie entre ce que je vous propose aujourd'hui et l'avis négatif que j'avais émis au moment de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, monsieur Autain, puisque l'amendement que j'ai mentionné à l'article 6 n'avait pas encore été adopté. (*M. François Autain s'exclame.*)

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 67 est présenté par M. Pozzo di Borgo, Mme Hermange et M. P. Dominati.

L'amendement n° 242 rectifié est présenté par MM. Vasselle et P. Blanc.

L'amendement n° 446 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Yves Pozzo di Borgo, pour présenter l'amendement n° 67.

**M. Yves Pozzo di Borgo.** Jusqu'à ce jour, si j'ai bien compris, c'était la DHOS, au titre du ministère de la santé qui, avec Bercy, s'occupait de l'AP-HP.

La solution proposée par Mme la ministre par voie d'amendement à l'article 6 ne me déplaît pas, mais il faut bien préciser les choses, parce qu'il ne faudrait pas que l'ARS ait tous les pouvoirs ! (*Mme la ministre proteste.*)

Que s'est-il passé à l'Assemblée nationale ? M. Prél est présenté son amendement ; M. Méhaignerie, qui a l'AP-HP dans le collimateur depuis vingt ans, l'a approuvé, et vous-même, madame la ministre, qui étiez contre, vous avez laissé filer. Voilà l'origine de l'article 8 *bis* !

Vous avez déjà proposé une solution à l'article 6, madame la ministre. Alors, allons jusqu'au bout, et supprimons l'article 8 *bis* !

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour présenter l'amendement n° 242 rectifié.

**M. Alain Vasselle.** Mon amendement est, sinon en totalité, du moins en grande partie satisfait par la disposition qui a été adoptée à l'article 6. Les modalités en sont complètement différentes puisque l'on donne un droit d'opposition aux ministres de tutelle sur l'approbation du budget.

Nous avons adopté la semaine dernière une disposition qui prévoit, par dérogation à ce qui se fera dans les établissements de province, la possibilité pour le directeur général de l'ARS d'approuver un budget de l'AP-HP en déséquilibre. J'ai dénoncé cette disposition, que je trouve complètement

aberrante. Nous allons avoir un système à deux vitesses, avec des établissements de province qui seront tenus à l'équilibre et un établissement à Paris qui pourra se permettre le luxe de présenter un budget en déséquilibre !

**M. Michel Mercier.** Voilà !

**M. Alain Vasselle.** Certes, l'équilibre ne peut pas se retrouver du jour au lendemain,...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Bien sûr !

**M. Alain Vasselle.** ... mais il faudra tout de même que les ministres de tutelle, et notamment le ministre chargé des comptes publics, puissent veiller au grain afin d'éviter à l'AP-HP toute dérive qui serait liée à son statut un peu particulier et acceptée à titre d'exception du fait de ce même statut.

Je me permets de relever cet aspect qui m'apparaît quelque peu contradictoire dans les dispositions gouvernementales.

Cela étant dit, mon amendement n'ayant plus de raison d'être, je le retire au profit des dispositions adoptées à l'article 6.

**M. le président.** L'amendement n° 242 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, pour présenter l'amendement n° 446.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Nous avons bien compris que l'amendement Prél, auquel vous étiez opposée précédemment, madame la ministre, recueillait aujourd'hui votre accord, il est vrai assorti de l'amendement voté à l'article 6.

Le problème, je le répète, c'est la tutelle de l'ARS.

J'avais prévu de vous rappeler les avantages dont bénéficiaient les salariés de l'AP-HP ; quelles qu'en soient les raisons, ils existent. Vous leur avez fait la promesse qu'ils les garderaient, mais on sait ce que valent les promesses...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce n'est pas le conseil de tutelle qui les garantit !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** En tout état de cause, un amendement qui vient subitement en discussion à l'Assemblée nationale, que vous « bidouillez »...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Oh ! De quel amendement « bidouillé » s'agit-il ?

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** ... pour pouvoir le reprendre ici, assorti de l'amendement à l'article 6, cela ne fait ni une discussion, ni une concertation, ni quoi que ce soit d'approchant !

Le personnel n'est tout de même pas simplement mû par le souci de préserver ses avantages particuliers ! Je vous rappelle en effet que l'ensemble des organisations réunies en intersyndicale se sont prononcées contre cette disposition, tout comme, il faut le noter, la commission médicale d'établissement.

Les uns et les autres craignent que la suppression de ce statut n'entraîne la « casse » de l'unicité des établissements publics de santé membres de l'AP-HP, qui reste le seul garant de l'égalité des Franciliens dans l'accès aux soins. En effet, cela se traduira inévitablement par une accélération des regroupements forcés.

L'AP-HP n'est pas exclue de la politique gouvernementale, puisque, d'ores et déjà, avec l'application de la tarification à l'activité, sa direction annonce la suppression de 13 établissements sur les 38 qu'elle compte. L'AP-HP a probablement



encore trop d'autonomie et de liberté... Il faut donc qu'elle puisse être placée sous la tutelle de l'ARS, même si une légère dérogation est prévue en cas de nécessité.

Il faudrait en effet parler des raisons pour lesquelles l'AP-HP, qui supporte de nombreuses contraintes tout à fait particulières, est en déficit. Mais vous préférez, madame la ministre, supprimer en douce son statut, plutôt que d'évoquer un tel sujet!

Monsieur le président, nous demandons que le Sénat se prononce par scrutin public sur ces amendements identiques de suppression.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous avons déjà eu des discussions approfondies en commission sur ces différents points.

La commission a, dans sa majorité, considéré que, en supprimant le régime dérogatoire de tutelle, l'article 8 *bis* soumet l'AP-HP aux règles classiques d'une relation entre la future ARS d'Île-de-France et un établissement public de santé. Ce régime dérogatoire entrerait, en effet, en contradiction avec la dynamique régionale dont est porteur le projet de loi. L'objectif est donc d'aligner le régime de tutelle de l'AP-HP sur celui des autres établissements de santé.

Ce retour de l'AP-HP dans le droit commun n'a pas commencé aujourd'hui: il s'inscrit dans la continuité du processus de déconcentration amorcé ces dernières années.

La commission a donc émis un avis défavorable sur ces trois amendements identiques tendant à la suppression de l'article 8 *bis*.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je pense avoir été assez claire: je suis défavorable à ces amendements de suppression, ainsi qu'à l'amendement n° 671, qui sera appelé en discussion tout à l'heure, mais qui a d'ores et déjà été présenté par Mme Hermange.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Défavorable?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Madame Hermange, le fait de prévoir un « conseil de tutelle, composé des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale ainsi que du directeur général de l'agence régionale de santé ou de leurs représentants » a tout de même pour conséquence une recentralisation du dispositif, puisqu'il est également précisé dans votre amendement que le ministre de la santé « est chargé de l'exécution des décisions du conseil des tutelles » et que les modalités de fonctionnement de ce conseil « sont déterminées par voie réglementaire. »

Ainsi, par cet amendement, nombre de compétences que je souhaite voir déconcentrées seraient de nouveau placées entre les mains du ministre chargé de la santé.

Bien que soit très bien expliquée dans l'objet de l'amendement la double et ardente obligation qui s'impose à l'AP-HP – remplir des fonctions de proximité et assurer le rôle de vaisseau amiral de l'hospitalisation française – le texte proposé renvoie à une centralisation, alors qu'il est nécessaire, me semble-t-il, de déconcentrer pour assurer la proximité et la qualité des soins.

Je veux le redire avec force: le statut particulier de l'AP-HP et de ses personnels est évidemment protégé. Ainsi, mesdames, messieurs les sénateurs, nous pourrions concilier la glorieuse exception qu'est l'AP-HP et la nécessité d'une plus grande proximité à l'intérieur de l'Île-de-France.

Madame Hermange, vous m'avez interrogée sur établissements situés en dehors de l'Île-de-France. Je peux vous affirmer que la question se pose d'ores et déjà et que tout se passe très bien!

En effet, il ne sera pas interdit à l'ARS d'Île-de-France d'établir des contacts avec ses homologues! L'organisation que je vous propose ne posera pas plus de difficultés que celles qui se posent aujourd'hui à Berck, Hyères ou Hendaye!

Vous avez également insisté, madame Hermange, sur le nombre de départements que comprend l'Île-de-France. Je vous signale que certains d'entre eux ne comptent pas sur leur territoire d'établissement de l'AP-HP. De nombreux malades de Maine-et-Loire se font soigner au CHU de Nantes, pour autant, le conseil général de ce département n'est pas représenté au conseil d'administration du CHU de Nantes. Par conséquent, si vous utilisez l'argument territorial, vous devez aller jusqu'au bout de la logique.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Madame la ministre, je ne savais pas, en déposant l'amendement n° 671, que le Gouvernement allait nous proposer une tutelle exercée par le ministre du budget... comme aujourd'hui! En fait, vous revenez à un statut dérogatoire, en raison de la masse financière en jeu.

L'amendement n° 671 tire les conséquences de l'adoption de l'article 6 modifié. Puisque vous nous affirmez que c'est l'ARS, et non plus la DHOS, qui exercera ces compétences, je me propose de rectifier mon amendement de la façon suivante: « Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé [...] sont, en ce qui concerne l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, exercées par un conseil de tutelle composé du ministre chargé du budget, ainsi que du directeur général de l'agence régionale de santé ou de leurs représentants. Le conseil de tutelle est également compétent pour prendre les décisions mentionnées aux articles L. 162-22-12, L. 162-22-14 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale. »

Je souhaite également supprimer l'avant-dernière phrase de l'alinéa que vous venez d'évoquer, qui prévoit que le ministre chargé de la santé « est chargé de l'exécution des l'exécution des décisions du conseil de tutelle ».

Je suis en effet persuadée que le décret comprendra automatiquement ces précisions.

**M. le président.** Madame Hermange, je vous rappelle que nous en sommes aux amendements identiques de suppression de l'article 8 *bis*.

La parole est à Mme Dominique Voynet, pour explication de vote sur ces amendements identiques.

**Mme Dominique Voynet.** J'espère que mes propos ne contribueront pas à augmenter la confusion...

Mme Hermange nous a affirmé que le budget de l'AP-HP était équivalent à celui de la Hollande: voilà de quoi me rendre bien soucieuse pour les citoyens bataves... (*Sourires.*) Monsieur le président, mes chers collègues, je suis en mesure de vous confirmer que le budget de la Hollande se monte à 270 milliards d'euros en 2008, et ce sont les chiffres d'Eurostat! J'espère que chacun ici se sent plus à l'aise vis-à-vis de notre partenaire européen. (*Rires.*)

**M. Guy Fischer.** C'était de l'intox!

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

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Personne ne peut nier que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris joue un rôle tout à fait fondamental dans l'offre de soins nationale et même internationale, puisque, comme le disent volontiers ses thuriféraires, ses médecins soignent un certain nombre de chefs d'État et de citoyens étrangers.

Personne ne peut penser non plus que l'AP-HP ne serait pas concernée par un texte réorganisant l'ensemble de l'offre de soins sur le territoire parce qu'elle aurait déjà fait dans le passé suffisamment d'efforts. En effet, il n'est pas question de conserver deux systèmes tout à fait séparés.

Si je n'ai pas siégé au conseil d'administration de l'AP-HP, j'ai présidé un hôpital qui en fait partie. J'ai alors réalisé à quel point la lourdeur de cette énorme structure administrative l'entravait dans un certain nombre de développements.

Madame la ministre, vos propos sur le maintien du statut particulier du personnel, des chefs de service et de l'organisation de l'AP-HP nous ont convaincus. Il n'est pas question de « casser », de supprimer ou d'anéantir l'AP-HP, qui reste telle qu'elle est.

Nous avons adopté à l'article 6 un dispositif de tutelle, ...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce n'est pas une tutelle!

**M. Jean-Pierre Fourcade.** ... ou plutôt, en effet, une faculté d'opposition destinée à éviter que le déficit, à l'heure actuelle très important, ne continue d'augmenter. Il s'agit également de faire en sorte qu'un certain nombre de mauvaises habitudes, vérifiées par vous-même, le ministre du budget et, en votre nom, le directeur général de l'ARS de la région d'Île-de-France, ne puissent subsister.

Compte tenu de ce que vous avez dit sur le maintien du statut particulier de l'AP-HP- personne ne veut revenir sur ce statut -, et eu égard au fait qu'il y aura maintenant un système de contrôle qui associera le ministère de la santé et ses représentants locaux et le ministère chargé du budget et des comptes publics, il me semble que l'article 6, tel qu'il résulte de notre vote, traduit clairement la spécificité de l'AP-HP par rapport à l'ensemble des autres établissements.

Par conséquent, je suis opposé aux amendements qui visent à réintroduire un statut dérogatoire. L'article 6 suffit de ce point de vue. Inutile d'en rajouter!

**M. le président.** La parole est à M. Yves Pozzo di Borgo, pour explication de vote.

**M. Yves Pozzo di Borgo.** J'en arrive à la même conclusion que M. Fourcade, mais avec un raisonnement inverse! (*Sourires.*)

Cet article 8 *bis*, qui tend à supprimer le statut dérogatoire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, me semble être assez fortement en contradiction avec l'article 6 dans la rédaction que nous avons adoptée vendredi dernier.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Ce n'est pas compatible!

**M. Yves Pozzo di Borgo.** Pour avoir quelques notions de droit, je suis certain que cette contradiction risque d'être source de problèmes juridiques.

Si nous adoptons cet article, mes chers collègues, nous redonnerons un pouvoir stratégique à l'ARS et nous ne pouvons pas écarter l'hypothèse d'un conflit entre son directeur général et le comité.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Aucun comité n'est prévu à l'article 6!

**M. Yves Pozzo di Borgo.** Afin de ne pas dénaturer l'amendement n° 1192 rectifié, fort opportunément présenté par le Gouvernement lors de la discussion de l'article 6, je vous invite donc, mes chers collègues, à supprimer cet article 8 *bis*, fruit d'un amendement déposé par M. Prél à l'Assemblée nationale. Ou alors c'est à n'y plus rien comprendre!

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 67 et 446.

Je suis saisi de deux demandes de scrutin public émanant, l'une, du Gouvernement, l'autre, du groupe CRC-SPG.

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

(*Le scrutin a lieu.*)

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

Le scrutin est clos.

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

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 163 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 671, présenté par Mme Hermange, MM. P. Dominati, Dassault et Houel, Mme Mélot, MM. Portelli et Pozzo di Borgo et Mme Malovry, était ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

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

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

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

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

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Monsieur le président, comme je m'en suis expliquée plus tôt dans le débat, je rectifie cet amendement.

**M. le président.** Je suis en effet saisi d'un amendement n° 671 rectifié, présenté par Mme Hermange, MM. P. Dominati, Dassault et Houel, Mme Mélot, MM. Portelli et Pozzo di Borgo et Mme Malovry, et ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

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

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

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

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

Cet amendement est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Défavorable !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'avis est défavorable, pour les raisons que j'ai déjà exposées.

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

**M. Guy Fischer.** Quel cinéma !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** C'est le festival de Cannes !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En effet, je sollicite le retrait de cet amendement, madame Hermange. Votre préoccupation me semble d'ores et déjà satisfaite.

La dimension nationale de l'AP-HP s'exprime à travers les dispositions que le Sénat a adoptées à l'article 6. Quant à la logique de proximité, elle est prise en compte par les compétences dévolues à l'agence régionale de santé. Enfin, comme je l'ai déjà indiqué, les spécificités du statut des agents de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris sont respectées.

**M. le président.** Madame Hermange, l'amendement n° 671 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Non, je vais le retirer, monsieur le président.

Je promets néanmoins à Mme la ministre de considérer avec une attention toute spéciale la rédaction du décret relatif à l'AP-HP. *(Sourires.)*

Lorsque vous avez amendé l'article 6 pour rétablir une forme de tutelle du ministre chargé du budget, madame la ministre, vous aviez, peu ou prou, la même idée qui moi. Je suis donc persuadée que vous reprendrez dans le décret une partie de mon amendement...

**Mme Isabelle Debré.** Vous aurez satisfaction !

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** ... et que j'aurai donc satisfaction par voie réglementaire ! *(Nouveaux sourires.)*

Je retire l'amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 671 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 8 bis.

**M. Guy Fischer.** Nous sommes absolument contre cet article !

*(L'article 8 bis est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 8 bis (réservé)

**M. le président.** L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 8 bis a été réservé jusqu'après l'article 13 quater.

La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, je tiens à en informer nos collègues, dès que la séance aura été suspendue, la commission se réunira pour quelques minutes, salon Victor Hugo.

**M. le président.** La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante, est reprise à vingt-deux heures, sous la présidence de Mme Monique Papon.)*

#### PRÉSIDENCE DE MME MONIQUE PAPON vice-présidente

**Mme la présidente.** La séance est reprise.

Nous poursuivons l'examen du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'article 8 ter.



**Article 8 ter****(Texte non modifié)**

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

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

**Mme la présidente.** La parole est à M. Michel Magras, sur l'article.

**M. Michel Magras.** L'article 8 ter prévoit un droit à l'expérimentation dans les établissements de santé publics d'outre-mer. Bien entendu, ce n'est pas le sénateur de Saint-Barthélemy qui s'opposera à un tel droit, d'autant que l'outre-mer, en raison de sa diversité, est pour la République française un magnifique laboratoire d'expérimentation.

Cela étant dit, je souhaite attirer l'attention du Sénat sur le cas des petits établissements de santé. M. Alain Milon, dans son rapport, indique que « l'enjeu de cette mesure est de permettre à un praticien hospitalier à temps partiel de remplir ses obligations de service à l'hôpital sur une période condensée de six mois, et d'exercer une autre activité en dehors de l'hôpital pendant les six derniers mois restant de l'année ».

Selon moi, deux raisons peuvent amener un établissement à créer un emploi à temps partiel : premièrement, une demande insuffisante pour justifier un emploi à temps plein ; deuxièmement, l'impossibilité, pour des raisons budgétaires, de créer un poste à temps plein.

Aussi, je me pose la question suivante : lorsque le praticien aura achevé son service au terme de ses six mois d'activité, comment sera-t-il pourvu à son absence ? En outre, cette disposition ne risque-t-elle pas d'avoir des incidences budgétaires pour les établissements de santé, et ce alors que le présent projet de loi vise notamment à améliorer leur gestion et à maîtriser leurs dépenses ?

Tout à l'heure, l'un de nos collègues, faisant état de certaines dérives observées actuellement, a employé une expression qui donne froid dans le dos, à savoir celle de « médecins itinérants ».

Madame la ministre, je tenais à attirer votre attention sur cette question. Je souhaite que l'arrêté ministériel qui fixera les modalités précises de ces expérimentations soit rédigé de telle sorte que ces dérives puissent être évitées.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le sénateur, je vous remercie d'être intervenu sur cette question de l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel. Comme vous l'avez précisé, il s'agit d'une démarche expérimentale.

Les établissements publics de santé d'outre-mer sont confrontés à de très graves difficultés de recrutement. Dans les départements ultramarins, que j'ai tous visités, les problèmes liés à l'attractivité et à la démographie médicale y

sont bien plus aigus qu'en métropole. Aux Antilles et en Guyane, les taux de vacances de postes de praticien hospitalier à temps plein sont compris entre 26 % et 37 % !

L'annualisation du temps de travail est une voie, même si je ne prétends pas que ce soit la seule, monsieur le sénateur. En permettant aux praticiens de regrouper leurs obligations de service hospitalier sur une partie de l'année, elle peut constituer dans ces régions isolées un facteur d'attractivité pour le recrutement de praticiens métropolitains, notamment. Ceux-ci auraient ainsi la possibilité de rentrer en métropole pour le reste de l'année et d'y reprendre une activité libérale ou salariée, de se former ou de renouer avec leurs attaches familiales. Cette mesure pourrait aider les établissements publics de santé d'outre-mer à constituer un vivier de praticiens.

Bien entendu, monsieur le sénateur, si cet article est voté, je suivrai cette expérimentation avec beaucoup d'intérêt. Le plan « Hôpital, santé, outre-mer » prévoit d'autres dispositions, et cette mesure n'est qu'un des volets de la politique globale de santé que je conduis pour assurer à nos compatriotes ultramarins un véritable accès aux soins.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 8 ter.

*(L'article 8 ter est adopté.)*

**Article additionnel après l'article 8 ter (réservé)**

**Mme la présidente.** L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 8 ter a été réservé jusqu'après l'article 13 quater.

**Article 9****(Texte modifié par la commission)**

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

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

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

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

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est tout à fait capital que les comptes et les résultats annoncés par les établissements de santé soient fiables. Dans ce but, il convient de vérifier que les comptes présentés ont bien été établis conformément aux principes comptables en vigueur. C'est précisément le rôle de la certification des comptes, qui consiste pour un tiers, le certificateur, à exprimer son opinion sur la régularité et la sincérité des comptes et sur l'image fidèle qu'ils donnent de la situation financière de l'établissement.

Pour avoir l'« assurance raisonnable » que les comptes sont sincères, le texte issu des travaux de la commission vise à mettre en place la certification, par des commissaires aux comptes, des comptes d'une liste d'hôpitaux déterminée par décret, la Cour des comptes assurant la coordination de l'ensemble.

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

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1194, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

définis

par les mots :

dont la liste est fixée

et supprimer les mots :

par un commissaire aux comptes

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

voie réglementaire

par le mot :

décret

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le texte de la commission des affaires sociales prévoit que seuls des commissaires aux comptes certifient les comptes des établissements de santé.

Monsieur le rapporteur, je partage bien entendu votre souci de qualité et de sincérité des comptes, que vous avez voulu renforcer l'une et l'autre. L'article 47-2 de la Constitution prévoit, je le rappelle, que « les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères » et qu'ils « donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière ».

Sur le fondement de cet article, la Cour des comptes a compétence pour mettre en œuvre la certification des comptes des établissements de santé. Il lui revient de déterminer les procédures les plus adaptées, en mobilisant, si nécessaire, des compétences extérieures, par exemple celles des commissaires aux comptes, ainsi que vous l'avez judicieusement suggéré, monsieur le rapporteur. Cependant, elle peut décider de certifier elle-même certains comptes, en fonction des enjeux qui pourraient s'y attacher.

On peut en effet penser que la Cour des comptes pourrait se saisir de la certification des comptes de l'AP-HP, dont le budget est de 6,2 milliards d'euros, quand elle proposera qu'un commissaire aux comptes valide, pour prendre un exemple au hasard, monsieur le rapporteur, ceux de l'hôpital local de l'Isle-sur-la-Sorgue. (*Sourires.*)

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Par hasard !

**M. Guy Fischer.** Pur hasard ! (*Nouveaux sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La rédaction de cet article, telle que la propose la commission, ne permet pas cette alternative et contrevient aux pouvoirs conférés par la Constitution à la Cour des comptes. C'est pourquoi je vous

soumets cet amendement, qui prévoit que la Cour des comptes coordonne la certification. Cela n'empêchera en aucun cas le travail des commissaires aux comptes.

Par ailleurs, dans un souci d'efficacité, je propose également qu'une liste établie par voie réglementaire détermine les établissements qui devront certifier leurs comptes, car l'incidence pour les finances publiques n'est pas la même selon qu'il s'agit d'un CHU ou d'un hôpital local.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il s'agit là sans doute de l'un des derniers points de désaccord entre le Gouvernement et la commission.

L'article 9 prévoit que les comptes des établissements publics de santé, dont la liste est définie par décret, sont certifiés par un commissaire aux comptes et que cette certification est coordonnée par la Cour des comptes.

L'amendement n° 1194 a deux objets principaux : d'une part, il vise à supprimer la mention selon laquelle cette certification est réalisée par un commissaire aux comptes ; d'autre part, il prévoit qu'un décret fixe la liste des établissements concernés.

Je note tout d'abord l'absence de corrélation entre l'objet de l'amendement et son dispositif juridique, puisque la rédaction actuelle de l'article prévoit d'ores et déjà que la Cour des comptes coordonne le processus de certification, ce qui est une bonne chose. Par ailleurs, la commission considère que prévoir une liste énumérant les établissements est contraignant. Cela ne laisse aucune souplesse dans une phase d'expérimentation et n'ajoute rien au dispositif. Enfin, en ce qui concerne la suppression de la référence au commissaire aux comptes, nous nous demandons qui d'autre qu'un commissaire aux comptes peut certifier les comptes de ce type d'établissement public.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Pour toutes ces raisons, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1194.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 447, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

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

publics

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** L'article 9 instaure à l'égard des établissements publics de santé un mécanisme de certification des comptes. Nous ne sommes pas opposés à cette disposition, qui permettra, à n'en pas douter, d'apporter toute la transparence sur les conditions de fonctionnement des hôpitaux, sur leur financement et sur le bien-fondé des mesures prises par les agences régionales de santé. Je pense en particulier à la mise sous tutelle.

Je signale d'ailleurs que nous ne sommes pas non plus opposés à un placement sous administration provisoire des établissements publics de santé.

En revanche, nous sommes hostiles à la logique qui sous-tend cette mise sous tutelle et qui consiste à rendre le directeur responsable de la situation financière de l'établissement.

En effet, cette mise sous tutelle pourrait être décidée dans le cas où le directeur refuserait de participer à une communauté hospitalière de territoire ou à un groupement de coopération sanitaire. La mise sous tutelle s'apparenterait alors plus à une sanction et à une reprise en main qu'à une mesure destinée à favoriser le retour à l'équilibre, d'autant plus que le conseil de surveillance ne sera jamais saisi pour avis.

Après cette digression, j'en reviens à notre amendement qui vise à étendre ce mécanisme de certification aux établissements de santé privés, au regard des missions de service public qu'ils pourraient être amenés à réaliser.

En effet, durant l'ensemble de nos débats, vous n'avez eu de cesse de vouloir nous rassurer en précisant que les établissements de santé privés commerciaux, dès lors qu'ils se verraient assujettir des missions de service public, seraient soumis aux mêmes contraintes.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement vise à élargir la certification des comptes aux établissements privés de santé.

Toute société a l'obligation de faire certifier ses comptes. S'agissant des établissements privés de santé, l'article L 6161-3 du code de la santé publique le prévoit déjà explicitement. L'amendement est donc satisfait par le droit en vigueur.

En conséquence, la commission invite au retrait de l'amendement. S'il n'en allait pas ainsi, elle émettrait un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme l'a dit excellemment M. le rapporteur, les dispositions du code de commerce confortées par le code de la santé publique imposent la certification des comptes aux cliniques privées. L'amendement est donc satisfait.

**Mme la présidente.** Monsieur Fischer, l'amendement n° 447 est-il maintenu ?

**M. Guy Fischer.** Non, madame la présidente. Nous allons pour une fois nous incliner et retirer l'amendement !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Merci !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 447 est retiré.

L'amendement n° 685 rectifié, présenté par MM. Antoinette, Patient, Gillot, S. Larcher, Lise, Tuheiava et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Nous souhaitons que la Cour des comptes, dans la mesure où elle contrôle déjà les établissements de santé, fasse aussi une étude objective des règles de la tarification à l'activité au niveau national afin de

mettre en lumière les conséquences désastreuses qui peuvent découler de certains biais méthodologiques et de trouver des solutions aux problèmes qui en sont la cause.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement n'a pas de lien direct avec l'article 9. De plus, la Cour des comptes est un organisme indépendant. Elle réalise d'ores et déjà de nombreux rapports et études sur ces questions, notamment à l'occasion de son rapport annuel sur les comptes de la sécurité sociale.

Enfin, le Parlement peut, grâce à la réforme constitutionnelle de 2008, lui commander de tels rapports sans qu'il soit nécessaire de passer par une disposition législative qui alourdit le texte.

La commission émet donc un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette demande est déjà satisfaite puisque la Cour des comptes établit chaque année un rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale. Dans ce cadre, elle interroge l'administration sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Mais peut-être les rapports de la Cour des comptes n'ont-ils pas les lecteurs qu'ils mériteraient ?

**M. Guy Fischer.** Si ! Si !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui, vous, monsieur Fischer, qui en avez fait votre livre de chevet ! *(Sourires.)*

**M. Guy Fischer.** C'est un plaisir évident !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais peut-être tous vos collègues ne sont-ils pas aussi assidus dans cette lecture fort intéressante ! *(Nouveaux sourires.)*

Depuis la mise en place de ce mode de financement, deux contrôles portant sur le modèle, les règles tarifaires et leur impact économique ont déjà eu lieu, l'un en 2006, l'autre courant 2008.

Un comité d'évaluation a été récemment créé. Il associe des experts indépendants, dont certains d'entre eux sont d'ailleurs étrangers, afin d'analyser les effets de biais de ce mode de financement et de proposer des améliorations.

Deux rapports ont déjà été publiés, dont le dernier tout récemment.

Tous ces travaux et calculs bénéficient d'une totale transparence. La Cour des comptes peut demander – elle n'y manque d'ailleurs pas – que lui soient fournis, par l'État et les organismes concernés, tous les éléments nécessaires à sa totale information.

Je le rappelle, le texte adopté par la commission prévoit la présentation d'un rapport annuel au Parlement sur la tarification à l'activité. Toute la matière nécessaire sera ainsi disponible.

En conséquence, l'amendement est déjà satisfait.

**Mme la présidente.** Madame Jarraud-Vergnolle, l'amendement n° 685 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Si cet amendement est déjà satisfait, je le retire, madame la présidente. J'en informerai mes collègues ultra-marins.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 685 rectifié est retiré.

Je vais mettre aux voix l'article 9.



**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je demande la parole.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement n'a pas invoqué l'article 40 sur la disposition visant à préciser que la certification des comptes est obligatoirement assurée par un commissaire aux comptes. Le fait de confier systématiquement la certification des comptes à un commissaire aux comptes aurait néanmoins un coût de 100 millions d'euros nets supplémentaires à la charge des établissements.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Le texte adopté par l'Assemblée nationale, qui reprend celui du Gouvernement, est ainsi rédigé :

« Les comptes des établissements publics de santé dont la liste est fixée par décret sont certifiés.

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

Ce texte prévoit donc une coordination par la Cour des comptes, les comptes des établissements publics de santé devant quant à eux être certifiés. Mais certifiés par qui ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Par la Cour des comptes, ou la chambre régionale des comptes, ou un commissaire aux comptes, mais pas obligatoirement un commissaire aux comptes !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** La Cour des comptes, même avec l'aide des chambres régionales des comptes, est-elle véritablement capable de certifier tous les comptes des établissements publics de santé ? La commission a pensé que, pour les cas où la Cour des comptes ne serait pas en mesure de le faire, le recours aux commissaires aux comptes pour la certification des comptes pourrait être une solution. Mais si la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes peuvent s'acquitter de cette tâche, il ne sera pas nécessaire de faire appel aux commissaires aux comptes. L'important, c'est que les comptes soient certifiés.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Dans le texte actuel, adopté par la commission, le recours au commissaire aux comptes est une obligation !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il importe surtout que les comptes soient certifiés. D'ailleurs, nous avons le temps, dans le cadre de la commission mixte paritaire, de trouver une disposition prévoyant une certification soit par les uns, soit par les autres.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** À mon avis, la Cour des comptes ne pourra pas certifier tous les établissements. Par conséquent, tous ceux qui n'auront pas obtenu, dans l'année, l'engagement d'une certification par la Cour des comptes seront tenus de trouver un commissaire aux comptes pour s'en charger.

**M. Gilbert Barbier.** Ne peut-on dire : « certifiés par le comptable public » ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous avez tous voté contre !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela n'a jamais donné aucune sécurité aux collectivités locales !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 9.

(L'article 9 est adopté.)

### Article additionnel après l'article 9 (réservé)

**Mme la présidente.** L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 9 a été réservé jusqu'après l'article 13 *quater*.

### Article 9 bis

#### (Texte modifié par la commission)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet article aborde un sujet particulièrement important : l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, l'ANAP.

Cette agence assurera quatre missions principales : un pôle de référence en matière de gestion des établissements ; un rôle de vecteur de diffusion des bonnes pratiques et d'une culture de la performance ; un centre d'expertise pour l'évaluation des projets ; enfin, un service d'appui aux acteurs nationaux pour le pilotage de la performance.

Il s'agit de changer de braquet dans le service et l'appui aux établissements.

L'ANAP fait également œuvre de simplification puisqu'elle est créée à partir de la fusion de trois opérateurs que connaissent la plupart d'entre vous : la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, la MAINH ; la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, la MEAH, et le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, le GMSIH.

Elle disposera dès 2009 d'une cinquantaine de collaborateurs et d'un budget de l'ordre de 30 millions d'euros correspondant à la situation actuelle des trois opérateurs.

Ce sera un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

Le périmètre d'intervention de l'agence portera prioritairement sur les hôpitaux, y compris ceux du secteur privé. Mais il inclura également le secteur médico-social, compte-tenu, d'une part, de son articulation croissante avec le secteur hospi-

talier pour la prise en charge des personnes âgées et, d'autre part, des marges de progression significatives de ce secteur en matière d'efficience.

Cette agence revêt une importance stratégique. Ainsi les établissements de santé ou les établissements médico-sociaux pourront-ils mieux utiliser leurs ressources. L'ANAP contribuera, en liaison avec les futures ARS, à améliorer la qualité du service rendu au patient et l'efficacité du fonctionnement des établissements.

Les marges de progression sont considérables. Ainsi, dans un établissement hospitalier de la région parisienne, les réorganisations ont-elles permis de diminuer de 20 % le délai d'attente aux urgences, sans un sou d'investissement et en conservant le même nombre d'agents hospitaliers.

Les établissements manquent souvent de logistique pour assurer de telles progressions. L'ANAP pourra y remédier.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 448, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Nous sommes heureux d'apprendre que cette nouvelle agence permettra des gains d'efficience aussi importants !

Nous sommes bien sûr, quant à nous, un peu plus critiques ou, du moins, plus interrogatifs.

Cet article crée l'ANAP, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. En entendant le mot : « performance »,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est un mot qui vous fait voir tout rouge !

**M. Guy Fischer.** ... nous nous interrogeons, tout en ayant comme vous le souci de l'utilisation de l'argent public, madame la ministre.

Cette agence procédera du regroupement de trois organismes déjà existants. Bien sûr, nous n'entendons pas nous opposer à sa création. Toutefois les modalités d'emplois de cet établissement, qui revêt la forme d'un groupement d'intérêt public, ne nous satisfont pas totalement.

En effet, une nouvelle fois, cette structure, personne morale de droit public, sera autorisée à recourir à du personnel contractuel de droit privé avec lequel il pourra conclure des contrats à durée déterminée.

Nous sommes opposés à ce que les établissements publics et leurs groupements puissent avoir recours à du personnel dont les contrats de travail seraient atypiques ou précaires.

Or, nous sentons que ce type de contrat sera privilégié et se multipliera, comme on le voit déjà dans toutes les grandes administrations.

Notre amendement n° 448 peut apparaître comme un amendement d'appel. Néanmoins, sur le fond, il traduit notre opposition à une telle gestion du personnel.

Les spécificités des missions de service public exigent une stabilité de l'emploi. L'État, les établissements publics ou assimilés doivent participer à une véritable gestion des ressources humaines et non à la généralisation de l'instabilité.

Ce sont bien souvent des contrats passés avec des cabinets d'audit privés, me direz-vous... Quoi qu'il en soit, nous tenons à introduire cette précision.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission est défavorable à cet amendement. Elle a considéré qu'il était au contraire utile que la nouvelle agence puisse employer toutes sortes de compétences, et donc qu'elle puisse signer des contrats de droit public et de droit privé pour des durées déterminées ou indéterminées.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis moi aussi défavorable à cet amendement, qui est contraire au droit en vigueur.

Je vous rassure, monsieur Fischer, l'ensemble des personnels des trois organismes regroupés au sein du nouveau GIP, à savoir la MAINH, la MEAH et le GMSIH, bénéficieront d'un contrat à durée indéterminée. Néanmoins, dans un souci de bonne gestion, on ne peut pas priver l'ANAP de la possibilité de recourir à quelques contrats à durée déterminée.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 448.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 9 bis.

*(L'article 9 bis est adopté.)*

## Article 10

### (Texte modifié par la commission)

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

1° Le 3° devient le 4°;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi rédigée :

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

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

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

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les lauréats, candidats à la profession de chirurgien-dentiste, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la



réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission mentionnée au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

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

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi rédigée :

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

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

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

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet article vise à créer un nouveau statut contractuel pour les personnels médicaux. Je veux ainsi renforcer l'attractivité de l'hôpital public et ouvrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunérations aux praticiens qui sont désireux de s'impliquer encore plus activement dans la vie de l'établissement.

La mesure proposée permettra d'améliorer la rémunération des praticiens sous forme d'un contrat qui, outre une part fixe, « comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie de leur profession ».

Ce nouveau contrat sera ouvert aux praticiens hospitaliers titulaires qui, s'ils le souhaitent, pourront être détachés dans ce nouveau cadre d'emploi, et à de nouveaux recrutements.

Cependant, pour éviter toute dérive, le recours à ces contrats sera encadré par l'agence régionale de santé. Ainsi, le nombre des emplois pouvant donner lieu à ce type de recrutement au sein d'un même établissement, de même que les spécialités concernées, seront fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'établissement et l'ARS.

Il ne s'agit en aucun cas d'asseoir la rémunération sur un critère de productivité.

**M. Guy Fischer.** Ah ! Ah !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce serait contraire au code de déontologie. Il s'agit de fournir au directeur de l'hôpital un outil incitatif de recrutement et de valorisation pour le personnel médical.

Pour éviter toute dérive, la fixation d'objectifs quantifiés, tels que le nombre d'actes, sera effectuée au regard de références régionales ou nationales et sera nécessairement accompagnée d'indicateurs qualitatifs afin de garantir le maintien du niveau de qualité dû aux patients.

Compte tenu des impératifs éthiques et des questions à traiter pour la mise en œuvre de la mesure, j'ai souhaité mettre en place une mission composée de médecins et dirigée par le député Elie Aboud.

Les paragraphes III et IV de l'article 10 étendent aux personnels médicaux hospitaliers les dispositions applicables aux fonctionnaires en cas de cumul d'activités de rémunération afin que les personnels hospitaliers qui en font la demande bénéficient d'un traitement égal à celui des personnels hospitalo-universitaires. Il était donc important que les établissements de santé puissent être reconnus parmi les structures où est organisée la recherche publique.

Le paragraphe V actualise la liste des personnels médicaux ne relevant pas de la fonction publique hospitalière.

Enfin, le paragraphe VI prévoit que le régime indemnitaire des personnels hospitalo-universitaires sera désormais fixé par décret simple. Les conditions de statut et de rémunérations, quant à elles, restent bien entendu fixées par un décret en Conseil d'État.

Cet article modifie le régime de la procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplômes étrangers.

Il vous est proposé, en premier lieu, de porter de deux à trois le nombre de possibilités offertes aux praticiens titulaires d'un diplôme hors Union européenne pour se présenter aux épreuves de vérification des connaissances afin d'obtenir l'autorisation d'exercice.

Cette mesure, qui était attendue, vise à prendre en compte la situation difficile de certains praticiens expérimentés, mais peu préparés à passer ces épreuves académiques.

Par ailleurs, l'expérience tirée des épreuves de l'année 2007 révèle que les modalités de l'épreuve de vérification du niveau de maîtrise de la langue française ne sont pas adaptées. Certains sénateurs avaient au demeurant appelé mon attention sur ce sujet lors de la discussion d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ils avaient alors souligné à quel point les disparités pouvaient être importantes dans l'appréciation du niveau des candidats par le jury.

J'ai donc décidé de modifier les modalités de l'épreuve de vérification de la langue française, qui devra désormais être complétée soit par l'attestation de réussite au test de connaissance de la langue française, soit par le diplôme d'aptitude en langue française. Le niveau de compétence minimum requis sera précisé dans les décrets d'application.

Jusqu'à présent, seuls les médecins et les pharmaciens devaient justifier d'un exercice hospitalier de trois ans en France pour solliciter une autorisation d'exercice. J'étends – et ce n'est que justice – cette condition aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes. Compte tenu de la durée requise pour ces deux professions, une seule année d'évaluation sera requise.

Je vous proposerai aussi un amendement permettant de préciser la situation des médecins étrangers titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation, un DIS, au regard de l'épreuve de vérification des connaissances et des avancées que je viens de présenter.

Enfin, monsieur le président de la commission, monsieur le rapporteur, je ne m'opposerai pas aux amendements permettant, dans la lignée de votre proposition de loi du mois de février 2009 relative à la non-discrimination, de simplifier les

modalités d'autorisation d'exercice pour les praticiens étrangers ayant effectué leurs études et obtenu leur diplôme dans notre pays.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

**Mme Annie David.** L'article 10 vise trois objectifs, dont la création d'un nouveau cadre d'emploi de praticiens contractuels au sein des établissements publics de santé – Mme la ministre n'a évoqué à l'instant que ce seul objectif –, qui est censé attirer dans nos hôpitaux des praticiens exerçant souvent dans les cliniques privées.

Il s'agit d'un nouveau statut dont l'atout majeur, outre l'appellation « clinicien hospitalier », réside dans une rémunération sans aucune mesure avec celle qui est offerte aux praticiens hospitaliers.

Ce mode de rémunération nous conduit à nous interroger puisqu'il permet l'intéressement, donc la rémunération variable des cliniciens hospitaliers.

Nous avons déjà abordé cette question vendredi dernier au sujet des personnels hospitaliers, donc des fonctionnaires, alors qu'il s'agit ici de médecins.

Notre opposition à cette forme de rémunération repose moins sur la nature de la relation contractuelle qui lie l'établissement au médecin que sur la nature même de l'établissement. En effet, les hôpitaux publics, parce qu'ils ont pour vocation d'accomplir des missions de service public, ne peuvent se comporter comme le feraient des entreprises commerciales en récompensant arbitrairement, individuellement, un certain nombre de leurs salariés.

On en revient encore et toujours à la notion de service public que vous entendez mettre à mal par tous les moyens, madame la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pas du tout !

**Mme Annie David.** Mais surtout, l'introduction de ce statut comporte un véritable risque quant à la composition du corps hospitalier des établissements publics de santé.

En effet, si la rédaction actuelle prévoit que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le CPOM, signé par l'agence régionale de santé, fixe le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois, rien ne garantit légalement la présence dans chacun des services ou des pôles d'un nombre minimum de praticiens hospitaliers, c'est-à-dire de personnels relevant du statut public.

Il pourrait donc arriver que l'ensemble des professionnels soient des cliniciens hospitaliers, par exemple en matière de radiologie.

De la même manière, nous sommes très inquiets quant au mode de rémunération qui sera appliqué à ces cliniciens. En effet, le second alinéa de la rédaction proposée pour cet article du code de la santé publique prévoit expressément des éléments variables qui seront « fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs ».

Ces termes du projet de loi nous inspirent deux observations.

Tout d'abord, nous nous étonnons de la précision d'objectifs individualisés. Il nous semble que cette capacité relève non pas de la relation individuelle, mais de la relation contractuelle, qu'elle dépend non pas de la compétence du directeur de l'établissement mais de celle du directeur de l'ARS.

Quant à la référence explicite aux éléments variables de rémunération directement associés à des objectifs quantitatifs et qualitatifs, nous y sommes opposés, madame la ministre. En dépit des propos, qui se voulaient rassurants, que vous avez tenus voilà un instant et de vos déclarations à l'Assemblée nationale, nous craignons que les cliniciens hospitaliers ne bénéficient d'une part variable en fonction de la réalisation d'actes à tarification importante ou en raison d'économies pratiquées sur certains actes dont la tarification est, quant à elle, insuffisante.

La notion même d'objectifs qualifiés, sur laquelle est assise une partie de la rémunération des médecins, nous semble contradictoire avec les objectifs du service public de la santé, qui sont la satisfaction des besoins en santé au meilleur coût et dans les meilleures conditions.

Nous avons déposé sur cet article un certain nombre d'amendements. Vous comprendrez donc que je réserve notre vote, qui sera fonction du sort qui leur sera fait.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

**M. Guy Fischer.** L'article 10 vise à rendre les établissements publics de santé plus attractifs, mais il sera, je le crains, inefficace.

**M. Alain Vasselle.** Ils sont deux à intervenir, sur l'article...

**M. Guy Fischer.** Vous n'êtes pas content, monsieur Vasselle ? (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

**M. Henri de Raincourt.** Mais si, au contraire ! (*Sourires.*)

**M. Guy Fischer.** Nous en profitons, car nous savons bien que le futur règlement limitera notre temps de parole !

**M. Henri de Raincourt.** Pas du tout !

**Mme la présidente.** Veuillez poursuivre, monsieur Fischer.

**M. Guy Fischer.** Comment un statut supplémentaire, quand bien même il reposerait sur des rémunérations variables, pourrait-il avoir une attractivité suffisante par rapport aux rémunérations pratiquées dans le secteur privé commercial, qui sont sans aucune mesure avec ce que pourraient proposer les établissements publics de santé, même après l'adoption de l'article 10 ? Telle est la question qui est au cœur de nos préoccupations.

Pourtant, le constat fait par le Gouvernement est bon. Les hôpitaux publics connaissent un véritable déficit. On estime à 20 % la part des postes de praticien à temps plein qui sont aujourd'hui vacants. Vous l'avez dit et répété, madame la ministre, et nous partageons ce constat.

En revanche, nous divergeons sur les réponses qu'il convient d'apporter. Nous considérons que, au lieu de créer un nouveau statut destiné à d'éventuels praticiens qui, exerçant dans le secteur privé commercial, accepteraient de venir travailler dans le public, il faudrait s'attaquer aux écarts de rémunération existant entre les médecins du secteur public et ceux du secteur privé commercial. Cela soulève la question de la tarification qui, dans bien des cas, n'a pas été revue depuis plusieurs décennies.

Nous avons reçu, tout comme nos collègues de la majorité sans doute, un abondant courrier de grands chirurgiens intervenant dans le secteur public et nous demandant de ne pas modifier les règles qui leur sont applicables en termes de dépassement d'honoraires. Ils n'hésitaient pas à mettre dans la balance la poursuite de leur activité dans les établissements publics.

Cette question était au centre des manifestations organisées l'an dernier à la suite desquelles la majorité a répondu aux revendications des personnels médicaux, plus particulièrement de tous ceux qui exercent des dépassements d'honoraires.

Pour notre part, nous sommes opposés aux dépassements lorsqu'ils constituent une véritable source de rémunération et que leur montant rend l'accès aux soins plus inégalitaire.

Madame la ministre, nous formulons une contre-proposition : nous vous suggérons de rendre la fonction publique réellement attractive, de reconnaître les compétences particulières des praticiens hospitaliers en revalorisant leur rémunération, de garantir aux médecins qui exercent dans les établissements publics de santé des conditions de travail de très grande qualité leur permettant d'associer pratique, éducation, c'est-à-dire enseignement, et recherche. Voilà une réponse ambitieuse.

À l'heure actuelle, la pratique des dépassements d'honoraires pèse sur tous ceux qui ne bénéficient pas d'une couverture maladie complémentaire de haut niveau. D'ailleurs, on se dirige aujourd'hui de plus en plus vers des complémentaires santé tarifées selon l'âge et les ressources dont dispose le malade, et ce afin d'obtenir des résultats intéressants.

Il faut bien le dire, dans ce système de tarification à l'acte et de dépassements d'honoraires, le « reste à charge » repose le plus souvent sur l'assuré, c'est-à-dire sur le patient lui-même, qui supporte la majeure partie de la dépense. Les plus démunis ne peuvent avoir accès aux soins et recevoir un remboursement important.

Madame la ministre, comment entendez-vous attirer des professionnels dans les hôpitaux publics dès lors que vous ne cessez, avec l'ensemble du Gouvernement, de stigmatiser le service public en l'accusant de toutes les lenteurs, de tous les maux, y compris du creusement des déficits ?

Il faudrait également que vous garantissiez aux praticiens hospitaliers que les conditions de travail ne se dégraderont pas, ce qui sous-entend que vous preniez les mesures nécessaires pour faire cesser le large plan social que connaissent les hôpitaux. En effet, ce que recherchent les praticiens hospitaliers, c'est non seulement une rémunération importante, mais également la qualité d'un entourage professionnel, d'un plateau technique compétent et d'un personnel en nombre. Ils veulent travailler, et on les comprend, dans des locaux entretenus, sécurisés, et disposer des appareils fonctionnant selon les nouvelles technologies, lesquelles évoluent chaque année. Cela appelle donc des moyens supplémentaires.

Telles sont les remarques que nous souhaitons formuler, madame la ministre.

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

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

**M. Gilbert Barbier.** Si, c'est nouveau !

**M. Guy Fischer.** Nous ne sommes pas contre les médecins !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

**M. Bernard Cazeau.** Madame la ministre, c'est soit illusion, soit poudre aux yeux que de tenter d'appâter de jeunes médecins dans le service public hospitalier avec des moyens qui ne sont d'ailleurs pas très clairs. En effet, parallèlement à cela, vous permettez à de jeunes internes, par le biais d'un autre article, dans des situations de prétendu déficit de service public, d'aller travailler et se former dans des cliniques privées.

Or, tout le monde sait parfaitement que ces établissements privés cherchent à débaucher de jeunes internes ou des chefs de cliniques en fin de formation, en leur offrant des conditions de travail, en termes de gardes et de rémunérations notamment, bien meilleures qu'à l'hôpital. Ce n'est donc pas en faisant une chose et son contraire que vous allez relancer l'emploi à l'hôpital, notamment dans certaines spécialités bien précises !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Paul Blanc, sur l'article.

**M. Paul Blanc.** Madame la ministre, si j'ai bien compris, vous avez l'intention de faciliter l'accès des hôpitaux aux médecins étrangers. Quand je pense au nombre d'étudiants de première année de médecine qui sont « retoqués » par un *numerus clausus* que j'estime très insuffisant, je me pose des questions...

On me dit que ce quota va être augmenté mais que, dans la mesure où il faut une dizaine d'années pour former un médecin, il n'est pas possible de régler ce problème du jour au lendemain.

Gouverner, c'est prévoir, et nous sommes tous coupables de cette situation, le *numerus clausus* n'ayant pas été augmenté plus en l'an 2000 qu'au cours des dernières années.

Le rôle de notre pays est effectivement de former des médecins étrangers, car leur pays d'origine a souvent besoin d'eux. Et ce n'est pas en leur proposant d'entrer plus facilement dans les hôpitaux publics français qu'on leur rend service ! Il faudrait un jour ou l'autre abandonner le dogme, qui date dans notre pays des années quatre-vingt, selon lequel, pour faire baisser les dépenses, il faut diminuer l'offre. Madame la ministre, ce n'est pas en réduisant le nombre de médecins que vous résoudrez le problème des dépenses de sécurité sociale !

Je suis pour ma part tout à fait réservé sur le recrutement de médecins étrangers dans les hôpitaux tant que le *numerus clausus* n'aura pas été augmenté de façon substantielle. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Blanc, vous avez raison de vouloir augmenter le *numerus clausus*. Nous l'avons déjà fait dans des proportions considérables, et je me suis fixé l'objectif de 8 000 étudiants reçus à l'issue de la première année de médecine à la fin de la mandature.

Ce n'est pas la volonté politique qui manque, ce sont souvent les capacités d'accueil dans les universités, d'autant que nous devons tenir compte de l'unification de la première année des études de médecine et de pharmacie, et que nous avons ensuite à trouver des lieux de stages. Tout cela n'est pas si facile !

Soyez assuré, monsieur Blanc, que, par rapport au dispositif que nous devons déployer en matière de démographie médicale, mes propositions ne résoudront pas tout. Prenez-les comme une opportunité, mais je ne les considère pas comme « solde de tout compte », et je souscris à un certain nombre de vos arguments.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc.** Puisque les étudiants étrangers reçoivent un enseignement, pourquoi ne forme-t-on pas plus d'étudiants français ? Contrairement à M. Cazeau, je suis favorable aux stages effectués dans le secteur privé. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)



**Mme la présidente.** La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Il faut éviter de dire des choses inexactes.

Le *numerus clausus* des étudiants a progressivement diminué entre 1980 – il était alors à son maximum – et 1996-1997 – les années Juppé – et 1998-2000. Il est ainsi passé de 8 000 dans les années 1980 – c'est l'objectif actuel de Mme la ministre, et cela signifie que les effets ne se feront sentir que dans dix ans – à 3 500 pour les années 1994-1996.

**M. Paul Blanc.** Je suis d'accord ! Tous coupables !

**M. Bernard Cazeau.** En plus, à cette époque, on a permis à des médecins de partir à la retraite à cinquante-huit ans avec des avantages non négligeables, en mettant en place le MICA, ou mécanisme d'incitation à la cessation d'activité anticipée des médecins. Comme vous l'avez dit justement, on pensait à ce moment-là que, moins les médecins étaient nombreux, moins les dépenses étaient importantes.

**M. Paul Blanc.** Je suis d'accord !

**M. Bernard Cazeau.** Aujourd'hui, il serait difficile de dire à ces étudiants des années 1996-1997 que, douze ans après, au moment de leur installation, alors que nous sommes dans le creux de la vague, on va leur faire payer les errements des ordonnances Juppé. Voilà la vérité ! (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

**M. Paul Blanc.** Non ! Tous coupables !

**M. Bernard Cazeau.** Évidemment, cela vous gêne, mais c'est une décennie plus tard que les choses se paient. Je veux bien que l'on évoque la démographie, mais il faut dire exactement comment les choses se sont passées !

**M. Paul Blanc.** Je suis d'accord : tous coupables !

**Mme la présidente.** Je suis saisie de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n°451, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer les I à VI de cet article.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet article a pour objet de poursuivre la transformation de l'hôpital public sur des valeurs qui ne sont pas les siennes. Après les modifications intervenues au cours des dernières années – je pense à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, à l'instauration de la tarification à l'activité, à l'institution des pôles de gestion –, nous assistons aujourd'hui à une véritable privatisation du mode de rémunération des médecins.

Il s'agit, avec ce cadre d'emplois, de créer un nouveau statut qui vient s'ajouter à l'entrée des médecins libéraux dans l'hôpital. Alors qu'il existait déjà six statuts à l'hôpital, il y en aura désormais huit, avec des rémunérations différentes. Il est évident que le fonctionnement de l'hôpital va en être considérablement perturbé, puisque les valeurs qui le fondaient, à savoir le travail en équipe et la rémunération salariale à la fonction, en dehors de toute référence à la productivité, sont en train de disparaître.

Vous avez dit, madame la ministre, qu'il n'était pas question de faire référence à la productivité. Or je ne vois pas comment on pourrait assujettir des salaires à des objectifs quantitatifs tout en bannissant toute référence à la productivité. C'est un mystère qui m'échappe !

Nous sommes opposés à ces nouveaux cadres d'emplois, et ce pour deux raisons essentielles.

Il ne nous paraît pas souhaitable de payer un médecin selon ses résultats. Celui-ci, dès lors, se trouve placé – j'ai déjà eu l'occasion de le dire, mais il ne me paraît pas inutile de le répéter – dans une situation conflictuelle au regard de la déontologie médicale.

Par ailleurs, il faut rappeler qu'il n'y a pas d'obligation de résultat pour un médecin.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Sauf en chirurgie esthétique !

**M. François Autain.** Il n'est en effet pas envisageable de proposer un remboursement au patient pour un traitement qui n'aurait pas été efficace. En revanche, l'obligation de la mise en œuvre de moyens est opposable.

Cette disposition du projet de loi opère précisément une inversion des valeurs et des obligations du médecin en incitant ce dernier à faire l'impasse sur les moyens, qui conditionnent pourtant la dispensation de la bonne médecine, pour privilégier l'obtention des résultats auxquels il s'engage contractuellement. Ce n'est pas l'inscription de formules incantatoires dans une lettre de mission évoquant l'« indépendance professionnelle » ou la « qualité des pratiques » qui peut constituer un garde-fou efficace !

Une autre raison me semble devoir nous conduire à rejeter cette proposition. La possibilité ainsi offerte au praticien hospitalier qui exerce à l'hôpital d'opter pour ce nouveau cadre d'emploi rendra sans doute assez difficile la coexistence, dans une même équipe, de praticiens hospitaliers qui auront conservé leur statut et d'autres qui l'auront abandonné au profit du nouveau statut. Cela risque de créer des tiraillements au sein de ces équipes et de porter atteinte à la qualité des soins dispensés.

Enfin, le contrat sera individuel et non collectif ; l'intéressement qui en découlera sera donc individuel, contrairement à ce que vous avez prétendu la semaine dernière, madame la ministre, lorsque vous avez affirmé que les incitations, que les intéressements ne pouvaient être que collectifs et non individuels. Or, là, on encourage manifestement l'individualisme en l'organisant par la rémunération.

Je l'ai déjà indiqué, cette rémunération individualisée signe la fin de la médecine en équipe, qui, il faut le reconnaître, restait l'apanage de l'hôpital. Notons également au passage qu'elle rend plus complexe encore la cohabitation des différents statuts, dont le nombre a tendance à augmenter, en créant une huitième catégorie. De plus, elle s'inscrit en contrepoint des préconisations du rapport Berland, qui plaide pour l'harmonisation des statuts et des rémunérations.

**Mme la présidente.** L'amendement n°211, présenté par Mme Morin-Desailly, est ainsi libellé :

Dans le second alinéa du 2° du I de cet article, après les mots :

des pharmaciens recrutés par contrat

insérer les mots :

, après avis du président de la commission médicale d'établissement,

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n°1245, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement vise à dénommer « cliniciens hospitaliers » les praticiens détachés sur le nouveau cadre d'emploi contractuel. L'objectif est de leur donner une identité et d'accompagner ainsi la création de ce nouveau cadre.

En proposant à ces praticiens de s'engager sur des objectifs d'activité et de qualité, et de bénéficier en contrepartie d'une rémunération revalorisée, ce nouveau cadre de recrutement constitue un outil de rénovation de la gestion des ressources humaines à l'hôpital.

Je l'indiquais à l'instant, j'ai confié une mission au député Élie Aboud. Après la conclusion de cette mission, un décret précisera les conditions dans lesquelles seront recrutés ces praticiens. Dans les dispositions réglementaires, je prévois que le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière puisse assurer un suivi général de ces contrats et, dans le cadre de sa mission, veiller à la bonne gestion des carrières des praticiens détachés sur ce nouveau contrat. C'est une garantie supplémentaire.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 452, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

La parole est à M. Michel Billout.

**M. Michel Billout.** Madame la ministre, nous n'avons eu de cesse de dénoncer le risque que l'hôpital public ne devienne une entreprise. Les transformations proposées dans le projet de loi, les déclarations présidentielles et vos propos tenus dans cet hémicycle ne nous ont pas rassurés, loin s'en faut, d'autant que vous avez refusé tous nos amendements visant à encadrer l'exercice par les cliniques privées commerciales des missions de service public.

Tout cela nous fait craindre l'émergence d'une entreprise de soins dans laquelle les établissements publics et les établissements privés seraient indifférenciés, le public accueilli ne parvenant pas à opérer la distinction. Une telle confusion serait naturellement profitable à ceux qui peuvent en tirer richesse, bref aux établissements qui ne respectent pas les tarifs opposables.

Avec l'article 10, vous allez encore plus loin. Il ne vous suffit en effet pas de rendre progressivement indistincts les établissements publics et les établissements privés, il vous faut franchir un pas supplémentaire en favorisant l'emploi dans les établissements publics d'une part toujours plus importante de praticiens hospitaliers, c'est-à-dire de non-fonctionnaires embauchés de manière contractuelle.

Je ne reviendrai pas sur les propos de mon collègue et ami François Autain, qui a rappelé les raisons de fond de notre opposition au recours aux emplois contractuels pour les professions médicales. Je me contenterai donc de vous présenter cet amendement n° 452.

Nous demandons la suppression de la disposition qui prévoit que le praticien hospitalier, ou « clinicien », bénéficie d'une part variable de rémunération, part établie en fonction de la satisfaction par le praticien à des engagements particuliers et à la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Même si vous prenez soin, madame la ministre, de préciser que ces engagements doivent être conformes à la déontologie – dans un tel contexte, cela apparaît un peu comme une clause de style –, la part variable de rémunération, que cet amendement vise à supprimer, nous semble incompatible avec les nécessités et les obligations propres au service public.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 579, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

quantitatifs et qualitatifs

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Comme l'a dit tout à l'heure Mme la ministre, je pense qu'il faut bien marquer qu'il ne s'agit pas de fixer des objectifs de productivité. Mon amendement va donc tout à fait dans le sens de son intervention puisqu'il tend justement à supprimer les mots : « quantitatifs et qualitatifs » pour conserver uniquement la référence au code de déontologie, laquelle, au demeurant, a été introduite par la commission.

Dès lors que l'on se réfère au code de déontologie, les mots « quantitatifs et qualitatifs » ne se justifient plus, le code étant sur ce point suffisamment explicite pour qu'il ne soit pas besoin d'ajouter ces deux adjectifs.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 450, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

établissements de santé

par les mots :

établissements publics de santé

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Le IV de l'article 10 modifie l'article L. 112-2 du code de la recherche, lequel dispose actuellement que « la recherche publique est organisée dans les services publics, notamment les établissements publics d'enseignement supérieur et les établissements publics de recherche, et dans les entreprises publiques ». La modification proposée vise à intégrer les établissements de santé à la liste des acteurs participant au service public de la recherche.

Les sénateurs du groupe CRC-SPG sont favorables à ce que les établissements de santé participent à la recherche publique, à la condition qu'il s'agisse des établissements publics de santé. Tel est donc le sens de notre amendement.

En effet, nous ne pouvons accepter que des établissements de santé privés commerciaux participent à la recherche publique. En relisant l'article 10, que je viens de commenter, vous vous apercevrez que, s'il était adopté, les seuls acteurs privés commerciaux seraient les établissements de santé privés lucratifs. Cela devrait tout de même nous inciter à nous interroger !

Pensez-vous réellement, mes chers collègues, qu'il nous appartient, sans avoir sollicité la commission des affaires culturelles, de décider d'ouvrir la recherche publique à des personnes morales de droit privé qui, de surcroît, peuvent poursuivre des intérêts autres que l'intérêt général ? Nous estimons que cette disposition sera inévitablement source de conflits d'intérêts.

Par ailleurs, je voudrais attirer votre attention sur le fait que la participation des établissements de santé privés à la recherche publique pourrait faire naître d'importants conflits juridiques sur la propriété des éventuelles découvertes effectuées pour le compte de la recherche publique.

Pour toutes ces raisons, et parce que nous craignons que cette mesure ne relève en fait d'une opération de privatisation de la recherche publique, nous demandons un vote par scrutin public sur cet amendement.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission note que nos collègues du groupe CRC-SPG ne demandent pas cette fois la suppression intégrale de l'article. Elle n'en est pas moins totalement opposée à la suppression des paragraphes I à VI, qui ont pour objet de faciliter le recrutement des praticiens hospitaliers, d'étendre à ces derniers des mesures dont leur statut réglementaire ne leur permettait pas jusqu'ici de bénéficier, et enfin de faciliter l'exercice en France de praticiens étrangers dès lors que leur formation présente toutes les garanties de qualité. La commission a donc émis un avis défavorable sur l'amendement n° 451.

**M. François Autain.** Bien sûr ! M. Paul Blanc ne veut pas d'étrangers en France !

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 1245, madame le ministre, vise à rétablir le texte de l'Assemblée nationale, modifié sur l'initiative du Gouvernement. Comme il existe déjà des praticiens contractuels dont le recrutement a été autorisé selon des modalités fixées en 1991, on peut tout à fait comprendre votre souci de donner, comme vous l'avez indiqué à l'Assemblée nationale, une identité aux praticiens recrutés par le biais de ce nouveau contrat. Cependant, la commission des affaires sociales avait été gênée par le fait que la dénomination retenue ne s'appliquait qu'aux seuls médecins, alors que le nouveau statut d'emploi contractuel concerne tous les praticiens, et donc aussi bien les odontologues que les pharmaciens hospitaliers. Elle avait donc supprimé la disposition que tend à rétablir cet amendement. N'ayant pas examiné ce dernier, elle s'en remet à la sagesse du Sénat.

La commission a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 452 du groupe CRC-SPG. Elle est en effet consciente de la nécessité de rendre plus attractif l'exercice à l'hôpital, et elle a par ailleurs précisé que les engagements ou objectifs pouvant justifier une part variable de rémunération devraient être conformes à la déontologie médicale, ce qui devrait apaiser les craintes des auteurs de l'amendement.

La commission n'est pas non plus favorable à l'amendement n° 579, présenté par le groupe CRC-SPG. Elle souhaite que demeure dans le texte la référence à la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs pour justifier une part complémentaire variable de rémunération.

Enfin, la commission a émis un avis favorable sur l'amendement n° 451. (*Marques d'étonnement sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

**M. Guy Fischer.** Dans ce cas, un scrutin public n'est pas nécessaire ! (*Sourires.*)

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Méfiez-vous, cela peut mal tourner ! (*Nouveaux sourires.*)

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mon avis rejoint plutôt, en général, celui du rapporteur.

Pour autant, je ne suis pas favorable à l'amendement n° 450, qui a pour objet de restreindre aux établissements publics de santé la possibilité de participer à la recherche publique, excluant par voie de conséquence les fondations créées par ces établissements.

L'objet de la disposition prévue dans le projet de loi est de permettre aux travaux des personnels médicaux des établissements publics de santé de bénéficier des dispositions du code de la recherche sur la valorisation de la recherche.

La recherche fait partie des missions de service public dont les établissements publics de santé peuvent confier la réalisation aux fondations qu'ils créent. Les personnels médicaux hospitaliers qui concourent à la recherche au sein de ces fondations doivent pouvoir également bénéficier de la valorisation de ces travaux.

Cet amendement aurait pour conséquence de priver nos établissements publics de santé d'une possibilité considérable, voulue justement à travers la création de ces fondations. Je trouve donc vraiment dommage, monsieur le rapporteur, que vous ayez émis un avis favorable. Votre position me paraît dogmatique. (*Exclamations amusées sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

**M. Guy Fischer.** La ministre taxe le rapporteur de dogmatisme !

**Mme la présidente.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Madame la ministre, nous ne sommes pas opposés à ce que ce type de mesure trouve sa place ailleurs. Mais l'article auquel il est fait référence porte sur la recherche publique, on ne peut donc pas *a priori* l'y rattacher.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il ne s'agit pas d'une opposition au principe : nous pensons seulement que la disposition est mal placée.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Alain Fouché, pour explication de vote.

**M. Alain Fouché.** Voilà quelques jours, nous avons adopté un amendement prévoyant la création de fondations pour soutenir la recherche publique et là on nous propose une démarche inverse.



Il me semble intéressant que la recherche publique soit financée aussi par des crédits privés : plus elle aura de crédits, plus elle sera forte. Je ne comprends pas très bien cette discussion, qui est un peu contradictoire.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

**M. Paul Blanc.** Je partage tout à fait l'avis de M. Fouché dans la mesure où l'on a institutionnalisé l'association de la recherche publique et de la recherche privée dans les pôles cancer. C'est ce que l'on fait à Toulouse, en particulier, où l'on a associé la recherche publique et des laboratoires privés comme les laboratoires Fabre et où tout le monde travaille ensemble.

Ce qui est important, c'est que cette recherche aboutisse à la création de médicaments qui seront utiles à la santé de tous nos concitoyens. Il y a dans ce débat quelque chose qui m'échappe un peu.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'exposé des motifs de l'amendement n° 450 est parfaitement clair : « parce que, opposés au principe de la création des fondations, les auteurs de cet amendement entendent préciser que la recherche publique ne peut être menée par des établissements de santé privés. »

**M. Alain Fouché.** On a voté pour ce principe il y a trois jours !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Puis-je, à la suite de Paul Blanc, vous rappeler l'importance des centres de lutte contre le cancer, qui ont le statut d'établissement privé ? Vous rendez-vous compte des conséquences de cet amendement ? Si vous en aviez mesuré toutes les implications, vous ne l'auriez pas présenté.

**M. Alain Fouché.** Je suis tout à fait d'accord !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 451.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote sur l'amendement n° 1245.

**M. Gilbert Barbier.** Depuis que cet amendement a été déposé, je me pose des questions et je reste perplexe.

La commission a considéré que l'appellation « clinicien hospitalier » n'était pas suffisante pour couvrir l'ensemble des praticiens susceptibles d'être intéressés par cette formule de travail.

Il fut un temps où nous étions recrutés comme « médecins des hôpitaux ». Les médecins des hôpitaux ont disparu et nous sommes devenus « praticiens hospitaliers », soit. Maintenant, on invente une nouvelle appellation : « clinicien hospitalier ».

**M. François Autain.** C'est un beau nom !

**M. Gilbert Barbier.** Je voudrais savoir ce qui se cache derrière cette nouvelle appellation car le praticien hospitalier contractuel existe déjà. S'agit-il de faire référence aux chefs de clinique qui ne s'occupent que des soins aux malades et n'ont aucune tâche de recherche ou d'enseignement ?

Je crains que cette appellation ne crée une certaine hiérarchie : il y aura les chefs de pôle, les chefs de service, les praticiens hospitaliers et enfin les cliniciens hospitaliers.

L'appellation « praticien hospitalier contractuel » me semble parfaitement compréhensible alors que celle de « clinicien hospitalier » risque de créer des troubles : comment ces médecins seront-ils considérés à l'intérieur de l'établissement ?

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Les praticiens hospitaliers ne sont pas seulement des médecins ; il y a aussi des pharmaciens.

**M. Gérard Dériot.** C'est vrai !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je me permets de le rappeler et de verser cette pièce au dossier. *(Sourires.)*

Le terme de « clinicien hospitalier » me semble convenir parfaitement. Il faut à l'évidence établir une distinction avec les praticiens hospitaliers pour éviter toute confusion puisque cette dénomination correspond à un statut. En l'occurrence, il s'agit d'un nouveau cadre auquel il faut trouver un nom.

Le terme de « médecin » ne convient pas, il faut trouver un terme générique qui englobe les différentes catégories de professionnels. L'expression « praticien hospitalier contractuel » me semble compliquée et de nature à créer une confusion. Si quelqu'un a une meilleure idée, je suis ouverte à la discussion.

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Je considère également que cette nouvelle appellation proposée par le Gouvernement risque d'introduire beaucoup de confusion dans le fonctionnement des services...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Proposez une autre appellation !

**M. François Autain.** ... car il y aura à côté des cliniciens hospitaliers, des praticiens hospitaliers titulaires, des praticiens hospitaliers contractuels, des assistants et des assistants associés, des praticiens attachés et des praticiens attachés associés, des praticiens adjoints contractuels, enfin des praticiens à exercice limité, auxquels il faut ajouter, bien sûr, les médecins libéraux que vous avez introduits à l'hôpital à l'article 8.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il y a cent quarante métiers différents à l'hôpital !

**M. François Autain.** On ne saura plus à qui on a affaire et on ne saura même plus ce que veulent dire ces noms.

Nous aurions là aussi intérêt, me semble-t-il, à simplifier. Attendons que tout cela se décante un peu avant de créer une nouvelle appellation !

Voilà pourquoi je suis défavorable à l'amendement, madame la ministre.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Autain, je comprends que vous soyez contre la création de ce nouveau cadre de recrutement.

**M. François Autain.** Vous l'avez compris !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais admettez qu'à partir du moment où l'on estime que cela permet de résoudre un problème de recrutement à l'hôpital il faut bien trouver une dénomination pour éviter toute confusion.

Je suis tout à fait ouverte aux propositions qui peuvent se faire jour ici ou là. Si vous trouvez une meilleure appellation qui, à la fois, tienne compte du fait que ne sont pas seulement concernés les médecins et exclue l'expression « praticien hospitalier », laquelle décrit un statut tout à fait particulier, je suis preneur !

**M. François Autain.** Alors on peut attendre !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Mme la ministre nous encourage à proposer de nouvelles appellations pour éviter ce terme de « clinicien » qui va choquer beaucoup de monde.

Puisque le terme « médecins des hôpitaux » a disparu, madame la ministre, inscrivons: « médecins des hôpitaux », « pharmaciens des hôpitaux », « chirurgiens-dentistes des hôpitaux »!

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1245.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 452.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 579.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Aux termes de l'article L.112-2 du code de la recherche, « la recherche publique est organisée dans les services publics, notamment les établissements publics d'enseignement supérieur, les établissements publics de recherche et dans les entreprises publiques ».

Il était donc difficile d'envisager d'y inclure les établissements de santé privés. Cependant, l'article L.112-3 fait référence à la recherche, comme mission de service public, dans n'importe quel type d'établissement.

Dès lors, l'amendement n° 450 n'a plus d'objet et la commission émet un avis défavorable.

**M. Henri de Raincourt.** Très bien!

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 450.

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

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

*(Le scrutin a lieu.)*

**Mme la présidente.** Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

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

**Mme la présidente.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 164:

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

Le Sénat n'a pas adopté.

**M. François Autain.** C'est surprenant!

**Mme la présidente.** L'amendement n° 256 rectifié, présenté par M. Gournac et Mme Procaccia, est ainsi libellé:

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

« Sans préjudice des engagements internationaux de la France en matière de coopération sanitaire, et notamment de ses engagements en faveur du développement solidaire, les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné

au 1° de l'article L. 4131-1, aux 1° et 2° de l'article L. 4141-3 ou au 1° de l'article L. 4151-5 sont dispensés de la condition de nationalité visée au 2°.»;

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

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

2° Au premier alinéa de l'article L. 4141-4 du même code, les mots: « français ou ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, » sont supprimés;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cet amendement n'est pas soutenu.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je le reprends, madame la présidente!

**Mme la présidente.** Il s'agit donc de l'amendement n° 256 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement.

Veuillez poursuivre, madame la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement vise à supprimer la condition de nationalité pour l'exercice des professions médicales et pharmaceutiques, ainsi qu'à créer une procédure d'autorisation d'exercice des professions paramédicales pour les titulaires d'un diplôme communautaire.

Comme je l'ai annoncé dans mon propos liminaire, cet amendement permet aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens qui ont suivi l'intégralité de leur cursus en France, ont été soumis aux quotas des *numerus clausus* et ont obtenu leur titre en France de pouvoir pratiquer dans les mêmes conditions qu'un ressortissant français. Ce n'est que justice!

Par ailleurs, cet amendement vise à combler un vide juridique. En effet, les ressortissants extracommunautaires titulaires d'un diplôme communautaire, oubliés dans les directives européennes, auront la possibilité d'exercer une profession paramédicale en France.

Je le précise au passage, la démographie restera régulée, puisque le nombre de personnes susceptibles d'être autorisées à exercer sera fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé. Les étudiants français ne subiront donc aucun préjudice.

Enfin, ces dispositions ne sauraient s'appliquer aux personnels relevant d'un accord de coopération signé par la France, car nous ne voulons évidemment pas violer nos engagements solidaires.

Toutes ces mesures permettent de résoudre un certain nombre de situations difficiles et de lutter contre les discriminations sans, toutefois, prendre de risque quant à la qualité et à la sécurité des soins: tous les intéressés doivent être titulaires d'un diplôme obtenu au sein de l'Union européenne.

Cet amendement s'inscrit dans le droit-fil des travaux conduits par votre assemblée en février 2009, ainsi que des récentes préconisations formulées par la HALDE, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité.

Puisqu'il faut rendre à César ce qui est à César, rendons hommage à Mme Bariza Khiari, membre du groupe socialiste du Sénat, qui avait déposé une proposition de loi sur ce sujet, laquelle avait été adoptée à l'unanimité des membres de votre assemblée. Toutefois, l'Assemblée nationale ne l'a pas examinée, estimant que cette question n'était pas encore assez mûre.

Par cet amendement, nous reprenons une bonne mesure du volet « santé » de cette proposition de loi.

**M. François Autain.** Nous voterons cet amendement, madame la ministre!

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Bien entendu, le groupe socialiste votera en faveur de l'amendement présenté initialement par M. Gournac et Mme Procaccia, que vous avez repris, madame la ministre, ce dont nous vous remercions.

Cet amendement reprend certaines dispositions d'une proposition de loi déposée par ma collègue Bariza Khiari visant à supprimer les conditions de nationalité qui restreignent l'accès des travailleurs étrangers à l'exercice de certaines professions libérales ou privées, laquelle a d'ailleurs été adoptée, le 11 février dernier, à l'unanimité par le Sénat, fait suffisamment rare pour être signalé. (*M. Paul Blanc fait un signe de dénégation.*)

**M. Guy Fischer.** Paul Blanc n'a pas l'air d'être d'accord!

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Elle a donc été adoptée à la quasi-unanimité...

**M. Paul Blanc.** Oui!

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Depuis lors, nous attendons toujours qu'elle soit inscrite à l'ordre du jour des travaux de l'Assemblée nationale.

Sans attendre, Mme Procaccia a jugé utile d'insérer dans le texte de la commission les dispositions de cette proposition de loi relatives aux médecins, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes, et nous l'avons bien sûr soutenue. Aujourd'hui, elle propose donc d'étendre le dispositif aux titulaires du diplôme de pharmacie et aux professions paramédicales; nous la remercions de son initiative.

En effet, un résident étranger suivant l'intégralité de ses études médicales en France n'a pas aujourd'hui les mêmes droits qu'un résident français ou communautaire ayant obtenu son diplôme en Italie par exemple.

**M. François Autain.** Absolument!

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Pour pouvoir exercer sa profession, il doit demander et obtenir une autorisation ministérielle. Or cette procédure est lourde, longue et humiliante pour les praticiens concernés.

En effet, pourquoi la valeur d'un diplôme varierait-elle en fonction de la nationalité de son détenteur? Autant il est compréhensible que l'État vérifie le contenu d'un diplôme obtenu à l'étranger et garantisse le niveau de qualification des personnes amenées à exercer des professions de santé en France, autant il n'est pas admissible que l'on n'accorde pas, au nom d'une réglementation datant de 1930, les mêmes droits à diplôme équivalent.

C'est ce raisonnement qui a conduit la HALDE à recommander au Gouvernement, dans sa délibération du 30 mars dernier, de « supprimer les conditions de nationalité pour l'accès aux trois fonctions publiques, aux emplois des établissements et entreprises publics et aux emplois du secteur privé, à l'exception de ceux relevant de la souveraineté nationale et de l'exercice de prérogatives de puissance publique ».

Je me réjouis que vous ayez repris cet amendement, madame la ministre, mais nous attendons toujours, je le répète, l'inscription de cette proposition de loi à l'ordre du jour des travaux de l'Assemblée nationale.



**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le texte de l'amendement du Gouvernement diffère quelque peu de la rédaction proposée par la commission.

Mme la ministre a indiqué clairement que les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme ou certificat ayant effectué la totalité du cursus en France et obtenu leur diplôme, certificat et titre en France peuvent exercer dans les mêmes conditions, suivant les mêmes règles et dispositions.

Toutefois, cette disposition ne figure pas explicitement dans le texte de l'amendement, alors qu'elle est intégralement reprise dans le paragraphe VI *bis* de l'article 10, tel que rédigé par la commission.

Avant que la commission ne se prononce, j'aimerais que l'on résolve ce problème.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souhaite le dispositif le plus large possible et suis tout à fait disposée à rectifier l'amendement du Gouvernement en ce sens.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Mais le texte de la commission donne toute satisfaction !

**Mme la présidente.** Quel est donc l'avis de la commission ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Dans la mesure où nous ne retrouvons pas dans la rédaction de l'amendement initial de M. Gournac et de Mme Procaccia tous les éléments développés par Mme la ministre dans son argumentaire, je souhaite que celui-ci soit repoussé, et que nous nous en tenions à la rédaction proposée par la commission, qui apporte toutes les précisions nécessaires.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais l'amendement n'enlève rien au texte de la commission !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Par cet amendement, vous réécrivez, madame la ministre, le second alinéa du VI *bis* de l'article 10, soit la totalité du texte proposé par la commission pour ce VI *bis*, puisque le premier alinéa ne fait qu'annoncer le second !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Madame la présidente, je demande une suspension de séance de cinq minutes.

**Mme la présidente.** Le Sénat va bien sûr accéder à votre demande, madame la ministre.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à vingt-trois heures quarante, est reprise à vingt-trois heures quarante-cinq.)*

**Mme la présidente.** La séance est reprise.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Madame la présidente, je rectifie mon amendement en supprimant le paragraphe I.

**Mme la présidente.** Je suis donc saisie d'un amendement n° 256 rectifié *ter*, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

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

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

2° Au premier alinéa de l'article L. 4141-4 du même code, les mots : « français ou ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, » sont supprimés ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Avec toute l'affection et le respect que je porte à Mme la ministre, je répète que l'amendement initial de M. Gournac et Mme Procaccia est satisfait par la rédaction du texte proposé par la commission. Qui plus est, le texte de la commission dit en cinq lignes, à l'article 15 *bis*, ce que l'amendement du Gouvernement dit en une page! (*M. Bernard Cazeau applaudit.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Mais non...

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Je vous en conjure, ne réduisons pas à néant, en deux temps trois mouvements, plusieurs journées de travail de la commission! S'il y a lieu de compléter la rédaction, cela devra se faire dans le cadre de la commission mixte paritaire! Vérifions auparavant si nous avons travaillé correctement ou non! (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP, ainsi que sur les travées socialistes.*)

**Mme la présidente**. L'amendement est-il maintenu, madame la ministre?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Permettez-moi de poser une question au président de la commission et au rapporteur, qui sont plus fêrus que moi de procédure parlementaire!

Je tiens beaucoup aux dispositions qui figurent dans cet amendement.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Moi aussi!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Si je retire cet amendement maintenant, sera-t-il possible de le reprendre en commission mixte paritaire ou ces dispositions seront-elles définitivement exclues? Je souhaiterais obtenir une réponse claire avant de prendre une décision!

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Madame la ministre, dès lors que nous adoptons des amendements, les articles concernés restent en navette. Il n'y a aucun problème! En cette période de fièvre porcine, je dirai cochon qui s'en dédie! (*Rires.*)

**Mme la présidente**. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

**M. Jean-Pierre Godefroy**. Je voudrais que M. le président de la commission nous certifie que, dans la rédaction de la commission, les professions paramédicales sont bien concernées. Je n'ai pas eu le temps de vérifier ce point.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Nous verrons tout cela plus tard!

**M. Jean-Pierre Godefroy**. Non, car si elles ne sont pas concernées, je demanderai à Mme la ministre de maintenir son amendement!

**Mme la présidente**. La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. C'est complexe. Les références sont très différentes: d'un côté, le code de l'éducation; de l'autre, le code de la santé publique...

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Souhaitez-vous que nous suspendions nos travaux pendant une heure?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Pas de menaces, monsieur le président de la commission! (*Sourires.*) Une heure? Comme vous y allez! Certainement pas!

**M. François Autain**. Mieux vaut carrément s'arrêter jusqu'à demain après-midi!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Madame la présidente, je m'en remets à la sagesse du président de la commission, qui connaît beaucoup mieux que moi la technique parlementaire!

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Je vous promets que l'on reverra la question!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je souhaite que ce sujet soit examiné d'une façon plus soignée. Il s'agit en effet de dispositions antidiscriminatoires auxquelles je tiens particulièrement, ainsi que, je crois, l'ensemble de votre assemblée.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. En effet, et je vous promets de corriger ce point.

**M. Jean-Pierre Godefroy**. Madame la présidente, je n'ai pas obtenu de réponse à la question que j'ai posée!

**Mme la présidente**. Vous avez la parole, mon cher collègue.

**M. Jean-Pierre Godefroy**. J'ai demandé à M. le président de la commission et à M. le rapporteur si les professions paramédicales étaient concernées. Si, dans le texte de la commission, elles ne le sont pas, sans vouloir ennuyer qui que ce soit, nous reprendrons l'amendement de Mme la ministre!

Je comprends que le président et le rapporteur s'accrochent au texte de la commission. Mais j'aurais bien aimé que, sur d'autres sujets aussi importants, ils agissent de même! (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

**Mme la présidente**. La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Les professions paramédicales ne sont pas concernées par l'article 15 *bis*, ni par l'article 6 *bis* d'ailleurs.

**MM. Guy Fischer et François Autain**. Voilà!

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Comme je l'ai indiqué, si la rédaction comporte des manques, nous réglerons la question à l'occasion de la navette. Un article qui reste en navette peut être modifié à tout moment.

**M. Jean-Pierre Godefroy**. Mais il ne sera pas possible d'intégrer cet amendement en commission mixte paritaire!

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Une disposition encore en navette peut être modifiée à tout moment. Je ne connais pas d'autre règle que celle-là!

**Mme la présidente**. Madame la ministre, dois-je comprendre que vous retirez votre amendement? (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

**M. François Autain**. Ne le retirez pas, madame la ministre, ils sont en train de vous avoir!

**M. Guy Fischer**. Ne cédez pas!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Ce qui m'ennuie beaucoup, c'est que j'ai repris un amendement de M. Gournac et de Mme Catherine Procaccia. Si ses auteurs avaient été présents, je les aurais soutenus (*Voilà! sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*) puisqu'il correspond à ce que je souhaite. Par égard pour eux, je n'ai pas envie de le retirer!

**M. François Autain**. D'autant que la gauche va le voter!

**M. Guy Fischer**. On ne voudrait pas se priver de voter un amendement de M. Gournac et Mme Procaccia! (*Sourires.*)

**M. François Autain**. Situation à fronts renversés!

**Mme la présidente**. Je mets aux voix l'amendement n° 256 rectifié *ter*.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

**M. François Autain.** À main levée, il était adopté!

**M. Guy Fischer.** C'est bien vrai!

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Effectivement! Ce n'est vraiment pas sympa pour Mme la ministre!

**Mme la présidente.** L'amendement n° 643 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé:

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

langue française

remplacer les mots:

, considérant que les

par les mots:

. Les

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Cet amendement vise à clarifier un texte quelque peu compliqué.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement rédactionnel améliore en effet le texte. L'avis de la commission est donc très favorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement apporte une modification rédactionnelle au texte adopté par la commission des affaires sociales, certes; toutefois il reste un petit problème.

Le texte exempte les titulaires de diplômes interuniversitaires de spécialisation, ou DIS, des épreuves de vérification des connaissances. Or je ne le souhaite pas. En effet, ces diplômes de spécialisation ont été délivrés à l'occasion de coopérations bilatérales en matière de formation médicale. Ils ne peuvent être substitués aux épreuves de vérification des connaissances.

Je tiens à rappeler que le dispositif actuel d'autorisation d'exercice est le fruit d'une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés. Sa pierre angulaire est la vérification des connaissances théoriques et pratiques, garante de la qualité des soins dispensés.

Ainsi, tout médecin étranger non titulaire d'un diplôme de médecine français ou d'un pays membre de l'Union européenne doit se soumettre à ces épreuves pour être autorisé à exercer.

Vous signaliez tout à l'heure, monsieur Barbier, les risques de diplômes approximatifs. Franchement, en l'occurrence, les vérifications sont absolument nécessaires!

Par conséquent, je suis défavorable à cet amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** Madame la ministre, mon amendement ne change absolument rien sur le fond. Il s'agit simplement de rendre la rédaction plus claire, en ajoutant un point après les mots: « langue française ». Le reste ne change pas: les personnes ayant obtenu en France un diplôme interuniversitaire sont réputées avoir satisfait à ces épreuves.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Madame la présidente, en vérité, la remarque que je m'apprete à faire ne concerne pas vraiment cet amendement.

Je m'étonne que nous ayons à légiférer sur des dispositions relatives aux médecins étrangers à l'occasion de ce texte de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients à la santé et aux territoires.

En effet, dans un récent projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous avons décidé le toilettage de l'ensemble des dispositions relatives à la validation des diplômes et la possibilité pour les médecins étrangers, qu'ils soient communautaires ou extracommunautaires, d'exercer sur le territoire national. Or, à l'occasion de ce texte, je constate que l'on revient sur des dispositions, soit pour les compléter, soit pour les amender, afin d'élargir encore la possibilité d'exercer sur le territoire national.

Si vraiment nous manquons de ressources, je ne suis pas loin de penser, comme M. Paul Blanc, qu'il vaut mieux augmenter le *numerus clausus* et ainsi permettre à des jeunes internes d'exercer en nombre plus important sur le territoire national!

La formation que nous délivrons dans notre pays est quand même la garante de l'efficacité des praticiens au profit de l'ensemble de nos concitoyens.

**M. François Autain.** Ce n'est pas lié!

**M. Alain Vasselle.** Est-il vraiment nécessaire de faire appel à des étrangers parce que nous ne trouvons pas sur le territoire national la ressource suffisante pour exercer le métier?

Peut-être aurons-nous encore à légiférer sur ce sujet à l'occasion d'un prochain PLFSS! Mais quand mettrons-nous un terme à cette question des médecins étrangers?

**M. François Autain.** On ne peut pas y mettre un terme!

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** « Il faut mettre un terme au Maître », comme disait Jacques Capelovici! (Sourires.)

**Mme la présidente.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 643 rectifié est-il maintenu?

**M. Gilbert Barbier.** Oui, madame la présidente.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 643 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1220, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé:

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

ces épreuves

par les mots:

l'épreuve de maîtrise de la langue française

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement vise à préciser que les personnes étrangères qui ont obtenu en France un diplôme de spécialisation et qui ont exercé leurs fonctions pendant au moins trois ans seront considérées comme ayant satisfait à l'exigence de maîtrise de la langue française.



Toutefois, madame la présidente, je souhaite rectifier cet amendement pour substituer aux mots « l'épreuve » les mots « l'exigence ».

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Très bien !

**Mme la présidente**. Je suis donc saisie d'un amendement n° 1220 rectifié, présenté par M. Milon, au nom de la commission, et ainsi libellé :

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

ces épreuves

par les mots :

l'exigence de la maîtrise de la langue française

Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Avis favorable.

**Mme la présidente**. Je mets aux voix l'amendement n° 1220 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente**. L'amendement n° 205 rectifié *bis*, présenté par Mmes Debré, Desmarescaux, Bout, Henneron, Procaccia, Rozier et Hermange, M. Gournac, Mme Giudicelli, M. Lardeux, Mme Goy-Chavent, MM. Leclerc, Laménie et Gilles, Mme B. Dupont et M. Vasselle, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme Françoise Henneron.

**Mme Françoise Henneron**. L'article L. 4111-2 du code de la santé publique précise les conditions devant être satisfaites par les médecins extracommunautaires titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de la profession de médecin dans le pays d'obtention de ce diplôme pour pouvoir être autorisés à exercer en France.

Des épreuves anonymes de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances par profession, discipline ou spécialité sont organisées selon des modalités déterminées par décret.

Dans le décret n° 2007-123 du 29 janvier 2007 sont énumérées les deux conditions que doivent remplir cumulativement les candidats aux épreuves : avoir occupé des fonctions rémunérées dans un hôpital public français avant le 10 juin 2004 et avoir occupé des fonctions rémunérées de façon continue pendant au moins deux mois entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006.

Si la première condition fait sens, dans la mesure où il s'agit de s'assurer que le candidat dispose bien d'une expérience du système hospitalier français, ce que la rémunération et la subordination hiérarchique résultant du contrat liant ce professionnel à l'établissement de santé attestent, en revanche, la seconde condition, parce qu'elle implique que le professionnel de santé puisse se prévaloir d'une pratique récente de ses compétences dans un établissement de soins français, s'avère particulièrement restrictive et méconnaît la

situation des médecins ayant exercé entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006 dans un établissement de santé étranger en lien étroit avec un établissement de santé français.

Il s'agit donc d'introduire une disposition en vertu de laquelle la durée des fonctions hospitalières exercées dans un centre hospitalier français ou pour le compte de celui-ci ou dans le cadre d'une coopération médicale entre la France et un centre hospitalier étranger sera prise en compte dans le contrôle du respect de la condition de durée d'exercice d'une activité professionnelle fixée pour se présenter à l'examen de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française.

**Mme la présidente**. Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Avis favorable.

**Mme la présidente**. Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Il s'agit, là encore, d'une disposition qui présente une difficulté.

En fait, je souhaite le retrait de cet amendement. Je ne suis pas opposée à la philosophie de cette disposition, mais les candidats à ces épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française doivent satisfaire à deux conditions : avoir occupé des fonctions rémunérées dans un hôpital français avant 2004 et justifier de deux mois de fonctions rémunérées de façon continue entre les dates que vous avez citées.

La prise en compte des missions de coopération médicale que vous demandez aurait pour effet, en multipliant le nombre de candidats potentiels, de retarder la réalisation de l'objectif principal, qui est bien de régler la situation particulière de praticiens exerçant en France depuis plusieurs années. De ce fait, il ne me semble pas opportun d'étendre le champ de la mesure à de nouveaux bénéficiaires.

En outre, nous ne disposons d'aucun moyen pour vérifier le contenu effectif de ces missions de coopération médicale, contrairement aux périodes accomplies dans un hôpital public français.

Sachez, madame la sénatrice, que les praticiens ayant exercé leurs fonctions dans le cadre de coopérations internationales ou au sein de centres hospitaliers étrangers peuvent toujours présenter leur candidature au concours ouvert aux médecins d'origine extracommunautaire.

Par conséquent, je pense que votre amendement pourrait avoir des effets collatéraux pervers. Je vous serais donc reconnaissant de le retirer.

**Mme la présidente**. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier**. Mme la ministre a souligné certains des problèmes qu'un tel dispositif serait susceptible de poser. Pour ma part, j'en vois un autre.

En effet, les auteurs de cet amendement font référence aux fonctions exercées « dans le cadre de missions de coopération médicale ». Or nous savons qu'il est des pays où cette coopération s'effectue non pas dans des établissements hospitaliers, mais dans des structures dont nous ne connaissons ni le fonctionnement ni les méthodes de travail.

La rédaction qui nous est proposée pourrait couvrir des missions de coopération telles que la médecine ambulatoire ou l'exercice de la médecine au sein d'associations caritatives. Il est, me semble-t-il, extrêmement dangereux d'ouvrir une telle possibilité de qualification.

Les praticiens étrangers qui exercent dans les hôpitaux français peuvent tout de même être encadrés, surveillés et, parfois, notés. En revanche, ce n'est pas forcément le cas des professionnels qui exercent des missions de coopération médicale, surtout si on prend en compte la diversité des activités que cette expression générique recouvre à travers le monde...

Par conséquent, je soutiens la position de Mme la ministre et je souhaite le rejet de cet amendement.

**Mme la présidente.** Madame Henneron, l'amendement n° 205 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Françoise Henneron.** Non, je le retire, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 205 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 1302, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

Avant le dernier alinéa sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

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

... - Dans le second alinéa du I *bis* de l'article L. 4111-2 du même code, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme j'avais déjà évoqué cet amendement dans mon intervention liminaire, je me bornerai à en rappeler les grandes lignes.

Le Gouvernement propose d'augmenter le nombre de candidatures possibles aux épreuves de vérification des connaissances pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien.

Je souhaite en effet que l'on évalue équitablement les services rendus par les praticiens exerçant dans nos établissements depuis des années et ayant véritablement contribué au bon fonctionnement des activités de soins dans certaines régions. D'ailleurs, la procédure transitoire d'examen instituée par la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 leur était particulièrement destinée.

Je propose donc de porter de deux à trois le nombre de candidatures possibles pour ces professionnels.

Par ailleurs, je souhaite apporter une modification rédactionnelle, afin que l'extension du nombre de candidatures aux épreuves de vérification des connaissances bénéficie également aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux pharmaciens.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Avis favorable.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1302.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 10, modifié.

*(L'article 10 est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 10 (réservé)

**Mme la présidente.** L'examen de l'amendement visant à insérer un article additionnel après l'article 10 est réservé jusqu'après l'article 13 *quater*.

#### Article 11

##### (Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6145-6 du code de la santé publique est abrogé.

II. - L'article L. 1111-8 du même code est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du premier alinéa, après le mot : « données », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, papier ou informatique, » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, papier ou informatique, » ;

3° À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « hébergement », sont insérés les mots : « , quel qu'en soit le support, » ;

4° À la première phrase du troisième alinéa, après le mot « hébergeurs », sont insérés les mots : « des données, quel qu'en soit le support, ».

III. - La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est ainsi modifiée :

1° La première phrase du premier alinéa de l'article 18 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Des commissions administratives paritaires départementales sont instituées par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie au nom de l'État. Il en confie la gestion à l'autorité investie du pouvoir de nomination d'un établissement public de santé dont le siège se trouve dans le département. » ;

2° La première phrase du dernier alinéa de l'article 20 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Les commissions administratives paritaires nationales sont présidées par l'autorité administrative de l'État. Les commissions administratives paritaires départementales sont présidées par le président de l'assemblée délibérante de l'établissement public de santé dont le directeur assure la gestion conformément à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article 18. »

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre, sur l'article.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet article vise à supprimer le contrôle de légalité exercé par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les DDASS, sur les marchés publics passés par les hôpitaux publics. Il s'agit de simplifier et d'accélérer la procédure d'achat.

Une telle mesure est réclamée par les acteurs du secteur. En effet, tous stigmatisent les lenteurs du système, en rappelant qu'elles perturbent le bon fonctionnement de nos établissements publics de santé.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 347, présenté par MM. Le Menn, Michel et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le premier alinéa de l'article L. 6141-7 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour leurs passations de marchés, les centres hospitaliers universitaires, les communautés hospitalières de territoires, les groupements de coopération sanitaire de droit public et les groupements d'achats composés majoritairement d'établissements publics de santé, d'établissements publics sociaux et médico-sociaux et aux établissements participant au service public hospitalier sont soumis aux dispositions relatives aux pouvoirs adjudicateurs instituées par l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement, qui vise à compléter l'article 11, concerne l'adoption du dispositif permettant la simplification du régime de soumission des établissements publics de santé au code des marchés publics et assurant un assouplissement des règles de gestion des établissements publics de santé.

L'un des objectifs de la mission présidée par notre collègue Gérard Larcher était de simplifier le fonctionnement de l'hôpital public, afin de lui permettre d'être plus efficient et de bénéficier de souplesses de gestion identiques à celles des établissements privés.

Ainsi, les établissements publics de santé doivent pouvoir s'inscrire dans le cadre des directives européennes relatives à la passation des marchés publics, afin de réduire les délais et de simplifier les modalités de passation de tels marchés.

En outre, cette disposition constituerait une incitation pour les coopérations hospitalières – cela s'appliquerait notamment aux établissements participant au service public hospitalier – si elle concernait les communautés hospitalières de territoire, les groupements de coopération sanitaire et les groupements d'achats d'établissements publics de santé et d'établissements publics sociaux et médico-sociaux.

Il est donc proposé que les établissements publics de santé les plus importants ou engagés dans une démarche de regroupement puissent bénéficier de dispositions plus souples dans le cadre de leur politique d'achat, en étant soumis aux dispositions relatives aux pouvoirs adjudicateurs instituées par l'ordonnance du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement a pour objet de soustraire les CHU, les CHT et les groupements d'achats composés majoritairement d'établissements publics de santé,

sociaux ou médico-sociaux du champ d'application des marchés publics pour les faire relever de l'ordonnance du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics.

Tout d'abord, d'un point de vue formel, cet amendement pose un problème de rédaction. Les établissements qui participent au service public hospitalier sont-ils concernés par une telle mesure ? La rédaction proposée ne nous permet pas de le savoir.

Ensuite, l'article 11 prévoit déjà un allègement du contrôle de légalité exercé sur les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les marchés publics des établissements publics de santé.

De plus, des décrets adoptés à la fin de l'année 2008 dans le cadre du plan de relance ont allégé les procédures de passation des marchés, notamment en relevant les seuils des procédures formalisées.

L'ordonnance à laquelle cet amendement renvoie concerne différents organismes privés ou publics, dont la Banque de France, la Caisse des dépôts et consignations, mais également les établissements publics administratifs ayant une mission de recherche dans leurs statuts.

La rédaction de l'amendement vise les établissements les plus importants, c'est-à-dire les CHU, les CHT et les groupements d'achats. Il ne semble pas illégitime d'introduire plus de souplesse dans la gestion de ces établissements, tant que les contrôles sont correctement organisés.

Par conséquent, la commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement avant de se prononcer.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement partage le souci de M. Le Menn de simplifier les règles de la commande publique. En effet, il convient de faciliter le fonctionnement des établissements, tout en conservant évidemment un niveau de sécurité élevé pour les fonds publics.

M. le rapporteur a fait référence aux décrets adoptés à la fin de l'année 2008. Je rappelle notamment que la commission d'appel d'offres dans les hôpitaux a été supprimée à ma demande. Cette obligation constituait une charge de travail extrêmement lourde et ralentissait fortement les procédures d'achat.

D'autres mesures apporteront de la souplesse dans les établissements.

Ainsi, il sera possible de procéder à des achats sans publicité ni mise en concurrence jusqu'à 20 000 euros, au lieu de 4 000 euros, comme c'était le cas jusqu'à présent. Il s'agit donc d'un relèvement important. Or une telle disposition n'existe pas dans l'ordonnance de 2005, puisque la mise en concurrence doit s'effectuer à partir du premier euro.

Par ailleurs, le seuil des procédures formalisées pour les marchés de travaux a été porté à 5,270 millions d'euros. Il est désormais identique dans l'ordonnance que vous avez mentionnée et dans le code des marchés publics.

Comme le soulignait M. le rapporteur, l'article 11 supprime le contrôle de légalité sur les marchés publics. C'est donc tout un panel de nouvelles procédures qui se mettent en place. Les acheteurs devraient constater sans tarder les assouplissements ainsi apportés.



Le code des marchés publics prévoit des mesures protectrices pour les entreprises, notamment pour les PME, qui ne sont pas prévues dans l'ordonnance. Je pense notamment à l'allotissement du marché, qui est très favorable aux PME, ou encore au versement d'avances et d'acomptes et à l'obligation de respecter un délai global de paiement fixé à cinquante jours pour les établissements.

Monsieur le sénateur, compte tenu de ces nouvelles dispositions, beaucoup plus avantageuses que l'ordonnance, et des sécurités que nous apportons, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement.

**Mme la présidente.** Monsieur Le Menn, l'amendement n° 347 est-il maintenu ?

**M. Jacky Le Menn.** Non, je le retire, madame la présidente.

Vous l'avez bien compris, notre objectif était d'alléger la procédure, dans un souci d'efficacité.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 347 est retiré.

Je mets aux voix l'article 11.

*(L'article 11 est adopté.)*

### CHAPITRE III

#### FAVORISER LES COOPÉRATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Article 12

##### (Texte modifié par la commission)

I. - Le chapitre II du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« *Communautés hospitalières de territoire*

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

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

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

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

« Elle définit :

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

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

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

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

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

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

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

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

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

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

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

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

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

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

« La cession ou l'échange mentionnés aux 1° et 2°, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre, sur l'article.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet article, qui concerne les communautés hospitalières de territoire, est très important.

À cet égard, je voudrais vous faire part d'un constat. Le concept de « communauté hospitalière de territoire » et l'idée de gradation dans le maillage territorial de l'offre de soins recueillent un très large assentiment chez les différents acteurs du système hospitalier, y compris parmi ceux qui ne sont pas *a priori* favorables au Gouvernement.

Les communautés hospitalières de territoire doivent permettre aux établissements publics de santé de regrouper leurs forces et de s'organiser dans une démarche volontaire. J'ai voulu qu'elles concernent seulement des établissements publics, afin précisément de préserver le caractère public de l'hôpital. L'objet de ces CHT sera d'offrir une palette de soins adaptés, des soins courants aux plateaux de pointe, et complémentaires, dans une logique de filières, à l'ensemble de la population du territoire de santé.

Les établissements membres d'une CHT garderont une autonomie et des compétences propres, dans une logique de responsabilité. Ils pourront librement déléguer des compétences de gestion et d'investissements à la communauté hospitalière de territoire, afin de gérer des moyens en commun. De ce point de vue, la comparaison avec une démarche que nous connaissons bien, celle de l'intercommunalité, est recevable.

Les modalités pratiques d'organisation d'une CHT se déclinent fondamentalement de la manière suivante.

Des établissements publics de santé concluent une convention de communauté hospitalière de territoire, en définissant une stratégie commune, et ils mettent en commun des compétences.

Puis, la convention définit un socle commun de compétences, avec notamment le projet médical commun, la mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, les modalités de coopération et la mise en commun des ressources humaines.

Afin d'objectiver les gains qui accompagneront la mise en œuvre des CHT, celles-ci produiront des « comptes combinés » pour mettre en exergue les enjeux financiers de la démarche et l'efficacité qui en résultera.

Enfin, il convient de rappeler que les communautés hospitalières de territoire pourront associer des établissements médico-sociaux publics avec le statut de membre associé, dans le cadre de la cohérence de la prise en charge du patient.

En tenant compte des travaux de la commission des affaires sociales du Sénat, j'ai déposé des amendements tendant à compléter le texte. Je vous les présenterai au fur et à mesure de nos débats.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 453, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, après les mots :

peuvent conclure

insérer les mots :

, si les besoins de santé de la population l'exigent,

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Cela vient d'être dit par Mme la ministre, l'article 12 prévoit et organise la création des communautés hospitalières de territoires, création présentée comme facultative, puisque le projet de loi précise que « des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire ».

Nous doutons de ce caractère facultatif dans la mesure où les directeurs des agences régionales de santé et de l'autonomie, les ARSA, pourront prendre, à l'encontre des établissements qui ne sont pas désignés comme volontaires, des sanctions – je préfère d'ailleurs dire des « incitations » – financières. Nous y reviendrons.

Si la participation à une communauté hospitalière de territoire est facultative, nous devons nous interroger sur les raisons qui pourraient inciter les établissements de santé publique à la participation éventuelle à une CHT.

À la lecture du projet de loi, il semblerait que les causes conduisant à la création d'une CHT relèvent toutes du domaine des moyens. J'en veux pour preuve la rédaction de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, qui justifie la création des communautés « afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements ». Il s'agit donc de la mutualisation et de la recherche d'efficacité, ce qui conduit à s'interroger sur les conséquences d'une telle création.

À notre sens, cette formulation n'est pas suffisante et tend à laisser croire, ce que nous craignons, que les finalités de ces CHT ne seront pas véritablement en relation avec la satisfaction des besoins de santé des populations et qu'elles répondront *in fine* à des données économiques et financières.

Notre groupe n'est pas opposé à ce que des établissements publics de santé décident de créer entre eux des ponts, des convergences, des collaborations étroites, dès lors qu'ils le font dans le seul intérêt de la satisfaction de la santé publique et, par voie de conséquence, celle des besoins en santé de la population.

À défaut de cette précision, madame la ministre, nous pourrions assister à la création de communautés hospitalières de territoires plus dictées par les directeurs généraux des ARS que voulues par les directeurs d'établissements, et dont les finalités seraient avant tout économiques.

**M. François Autain.** Très bonne démonstration !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il ne nous semble pas très réaliste de craindre qu'une communauté hospitalière des territoires constituée sur l'initiative d'établissements publics locaux corresponde à une opération financière.

Elle sera, au contraire, le plus souvent inspirée par la nécessité de réorganiser et de répartir les compétences entre les établissements pour associer le maintien du maillage du territoire et l'accès à des soins de qualité sur ce dernier.

Aussi, l'avis de la commission est défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je demanderai à leurs auteurs le retrait de l'amendement au bénéfice de l'explication suivante.

Vous voulez que la convention constitutive de la CHT prenne en compte les besoins de santé de la population. À l'évidence, je partage votre préoccupation.

**M. François Autain.** Ah ! Nous sommes rassurés !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le texte adopté par la commission et celui que je défends se rejoignent en prévoyant que le directeur de l'agence régionale de santé, l'ARS, valide la convention. Il pourra donc s'assurer que la convention prend bien en compte les besoins de santé de la population.

Les dispositions relatives aux schémas régionaux d'organisation sanitaire, les SROS, précisent que ces derniers prennent en compte « les besoins de santé de la population et les exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique ». Cette formulation répond à votre préoccupation et va même au-delà.

En outre, l'architecture du texte garantit que l'agence disposera bien des moyens pour faire respecter cette obligation.

Cela étant, je souscris à votre souhait de bien préciser que les besoins de la population sont pris en compte lors de la constitution d'une CHT.

Par conséquent, c'est plutôt le fait que votre amendement est satisfait qui m'amène à vous en demander le retrait.

**Mme la présidente.** Monsieur Fischer, l'amendement n° 453 est-il maintenu ?

**M. Guy Fischer.** Pour une fois, je veux bien entendre l'argumentation développée par Mme la ministre.

**M. François Autain.** C'est la deuxième fois ! (*Sourires.*)



**M. Guy Fischer.** En effet, et c'est peut-être un peu trop pour ce soir ! (*Nouveaux sourires.*)

Nous retirons donc cet amendement, tout en soulignant que la question reste posée et que nous serons extrêmement attentifs aux conditions de mise en place de ces communautés hospitalières de territoire, qui ne nous ont pas totalement convaincus compte tenu des politiques qui seront menées par les agences régionales de santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ah bon, pourquoi ?

**Mme la présidente.** L'amendement n° 453 est retiré.

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

L'amendement n° 604 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet, Charasse et Chevènement, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Placade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-1 du code de la santé publique par les mots :

, et les besoins de santé de la population

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 6132-1 du code de la santé publique dispose : « La convention prend en compte la notion d'exception géographique que constituent certains territoires. »

Comme Mme la ministre vient de le souligner, je conviens que l'exception géographique englobe les besoins de santé de la population concernée, et je retire cet amendement.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 604 rectifié est retiré.

L'amendement n° 672, présenté par Mme Hermange, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-1 du code de la santé publique par les mots :

, ainsi que les problèmes thérapeutiques spécifiques de certaines populations

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Certaines populations nécessitent une prise en charge spécifique que les futures communautés hospitalières de territoire doivent prendre en compte. C'est notamment le cas des personnes handicapées.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est déjà pris en compte !

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Cet aspect étant pris en compte dans le projet de loi, je retire l'amendement, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 672 est retiré.

L'amendement n° 4, présenté par MM. Piras, Besson et Guillaume, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6132-1 du code de la santé publique par deux phrases ainsi rédigées :

Elle prend également en compte les besoins de la population. Ainsi, le projet médical commun défini ne doit pas mettre en danger la population en raison d'un éloignement des établissements publics de santé.

Cet amendement n'est pas soutenu.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

3

## DÉPÔT DE PROPOSITIONS DE LOI

**Mme la présidente.** J'ai reçu de M. Michel Mercier et les membres du groupe de l'Union centriste une proposition de loi tendant à soumettre les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite conditionnant la constitution des droits à prestation à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise, dits « retraites chapeaux », aux prélèvements sociaux de droit commun.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 415, distribuée et renvoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu de M. Jean Louis Masson une proposition de loi tendant à améliorer la transparence des opérations de redécoupage électoral ou de répartition des sièges de parlementaires.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 416, distribuée et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

4

## DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**Mme la présidente.** J'ai reçu de M. Richard Yung une proposition de résolution européenne, présentée au nom de la commission des affaires européennes en application de l'article 73 bis du règlement, sur la création d'un système unifié de règlement des litiges en matière de brevets.

La proposition de résolution européenne sera imprimée sous le n° 414, distribuée et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

5

## ORDRE DU JOUR

**Mme la présidente.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mardi 19 mai 2009, à 14 heures 30 et le soir :

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

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

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

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le mardi 19 mai 2009, à zéro heure vingt.)

*La Directrice  
du service du compte rendu intégral,  
MONIQUE MUYARD*

### QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

*Impact du coût des travaux dans les établissements  
d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
(EHPAD) sur le prix de journée dû par les résidents*

n° 565 - Le 21 mai 2009 - **M. Didier GUILLAUME** appelle l'attention de **M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville** sur l'impact du coût des travaux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur le prix de journée dû par les résidents. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux ont profondément rénové les modalités de tarification des établissements d'accueil des personnes âgées. S'agissant d'établissements médicalisés, les EHPAD disposent à présent d'une tarification ternaire « hébergement », « dépendance » et « soins » qui régit strictement les modalités d'affectation des postes de dépenses et de recettes. Les résidents sont redevables du tarif « hébergement » et « dépendance GIR 5-6 ». La redevance qui leur est facturée peut atteindre 60 % du coût total de leur accueil en EHPAD. Le rapport d'étape de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque indiquait que le montant mensuel du tarif hébergement était de 1500 € alors que les retraites brutes

s'élevaient à 1200 € par mois. Ainsi, près des 80 % des personnes hébergées en institution disposaient d'un revenu inférieur au coût de leur séjour. Cela signifie que ces résidents doivent faire appel à la solidarité de leurs proches, dans un contexte économique qui les fragilise déjà, ou à l'aide sociale départementale qui entraînera une récupération de la créance départementale sur leur succession. Parallèlement, de nombreux établissements doivent faire l'objet de travaux importants de construction, rénovation, mise aux normes ou extension. Cela les conduit à contracter des emprunts pour une part importante de leurs dépenses d'investissement. Il est étonnant que la réglementation citée ci-dessus impose que les annuités de remboursement d'emprunts soient exclusivement affectées au tarif « hébergement » payé par les résidents, alors que la prise en charge de la dépendance et les soins requièrent également des locaux et équipements adaptés. De nombreux départements interviennent, par des aides à l'investissement, pour limiter le montant de l'emprunt contracté. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) le fait également mais dispose d'une enveloppe financière nettement inférieure aux besoins : 330 millions d'euros en 2009, dont 70 millions au titre du plan de relance de l'économie et 30 millions pour la reprise des engagements de l'État au titre des contrats de plan État-région. Il convient donc de revoir les modalités de financement de ces investissements qui demeurent indispensables, soit par une nouvelle répartition de la charge financière qu'ils génèrent entre les trois « tarifs », soit par un accroissement notable des aides à l'investissement de l'État, l'assurance maladie ou la CNSA. Il lui demande donc de lui indiquer les dispositions qu'il envisage de prendre sur cette question.

*État de vétusté alarmant du dépôt et de la souricière du  
Palais de justice de Paris*

n° 566 - Le 21 mai 2009 - **M. Roger MADEC** attire l'attention de **Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales** sur l'état de vétusté alarmant du dépôt et de la souricière du Palais de justice de Paris. La souricière et le dépôt du Palais de justice de Paris ont fait l'objet de récentes et vives critiques dans le dernier bulletin du barreau de l'Ordre des avocats de Paris. En effet la souricière, sous contrôle de l'administration pénitentiaire, et le dépôt placé sous le contrôle de la préfecture de police de Paris sont dans un état inacceptable pour les détenus et les personnels qui y travaillent. Locaux d'un autre âge, vétustes, insalubres, murs délabrés, rongés par l'humidité sont des conditions de détention contraires au « respect de la dignité humaine ». Il lui demande en conséquence de lui apporter une réponse aux conditions inacceptables de détention des détenus au dépôt et à la souricière du Palais de justice de Paris.

# ANNEXES AU PROCES VERBAL DE LA SEANCE du lundi 18 mai 2009

## SCRUTIN n° 162

*sur l'amendement n° 437, présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Annie David et les membres du groupe communiste républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, à l'article 7 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*

Nombre de votants .....	340
Suffrages exprimés .....	340
Pour .....	140
Contre .....	200

Le Sénat n'a pas adopté

## ANALYSE DU SCRUTIN

### GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

*Pour* : 24

### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

*Pour* : 1 M. Jean-Pierre Chevènement

*Contre* : 16

### GRUPE SOCIALISTE (115) :

*Pour* : 115

### GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

*Contre* : 29

### GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

*Contre* : 149

*N'ont pas pris part au vote* : 2 M. Gérard Larcher - président du Sénat et M. Roger Romani - qui présidait la séance

### REUNION ADMINISTRATIVE DES SENATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

*Contre* : 6

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Jean Louis Masson

#### Ont voté pour :

Jacqueline Alquier	Éliane Assassi	Claude Bérit-Débat
Michèle André	David Assouline	Jacques Berthou
Serge Andreoni	Bertrand Auban	Jean Besson
Bernard Angels	François Autain	Michel Billout
Jean-Etienne	Robert Badinter	Marie-Christine
Antoinette	Marie-France Beaufrils	Blandin
Alain Anziani	Jean-Pierre Bel	Maryvonne Blondin

Yannick Bodin  
Nicole Bonnefoy  
Nicole Borvo Cohen-Seat  
Yannick Botrel  
Didier Boulaud  
Alima Boumediene-Thiery  
Martial Bourquin  
Bernadette Bourzai  
Michel Boutant  
Nicole Bricq  
Jean-Pierre Caffet  
Claire-Lise Campion  
Jean-Louis Carrère  
Françoise Cartron  
Bernard Cazeau  
Monique Cerisier-ben Guiga  
Yves Chastan  
Jacqueline Chevé  
Jean-Pierre Chevènement  
Gérard Collomb  
Pierre-Yves Collombat  
Roland Courteau  
Jean-Claude Danglot  
Yves Daudigny  
Yves Dauge  
Marc Daunis  
Annie David  
Jean-Pierre Demerliat  
Michelle Demessine  
Christiane Demontès  
Jean Desessard  
Évelyne Didier  
Claude Domeizel  
Josette Durrieu  
Alain Fauconnier  
Jean-Luc Fichet  
Guy Fischer  
Thierry Foucaud  
Jean-Claude Frécon

Bernard Frimat  
Charles Gautier  
Samia Ghali  
Jacques Gillot  
Jean-Pierre Godefroy  
Brigitte Gonthier-Maurin  
Jean-Noël Guérini  
Didier Guillaume  
Claude Haut  
Edmond Hervé  
Odette Herviaux  
Gélita Hoarau  
Robert Hue  
Annie Jarraud-Vergnolle  
Claude Jeannerot  
Bariza Khiari  
Virginie Klès  
Yves Krattinger  
Philippe Labeyrie  
Serge Lagauche  
Serge Larcher  
Françoise Laurent Perrigot  
Gérard Le Cam  
Jacky Le Menn  
Raymonde Le Texier  
Alain Le Vern  
André Lejeune  
Claudine Lepage  
Claude Lise  
Jean-Jacques Lozach  
Roger Madec  
Philippe Madrelle  
Jacques Mahéas  
François Marc  
Jean-Pierre Masseret  
Marc Massion  
Josiane Mathon-Poinat  
Pierre Mauroy  
Rachel Mazuir  
Jean-Luc Mélenchon

Louis Mermaz  
Jean-Pierre Michel  
Gérard Miquel  
Jean-Jacques Mirassou  
Jacques Muller  
Robert Navarro  
Isabelle Pasquet  
Jean-Marc Pastor  
Georges Patient  
François Patriat  
Daniel Percheron  
Jean-Claude Peyronnet  
Bernard Piras  
Roland Povinelli  
Gisèle Printz  
Marcel Rainaud  
Jack Ralite  
Daniel Raoul  
Paul Raoult  
François Rebsamen  
Daniel Reiner  
Ivan Renar  
Thierry Repentin  
Roland Ries  
Michèle San Vicente-Baudrin  
Patricia Schillinger  
Mireille Schurch  
Michel Sergent  
René-Pierre Signé  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Catherine Tasca  
Odette Terrade  
Michel Teston  
René Teulade  
Jean-Marc Todeschini  
Richard Tuheiva  
André Vantomme  
Bernard Vera  
Jean-François Voguet  
Dominique Voynet  
Richard Yung

#### Ont voté contre :

Pierre Bernard-Reymond  
Laurent Béteille  
Joël Billard  
Claude Biver  
Jean Bizet  
Jacques Blanc  
Paul Blanc  
Pierre Bordier  
Didier Borotra  
Joël Bourdin  
Brigitte Bout  
Jean Boyer  
Dominique Braye

Marie-Thérèse Bruguère  
Elie Brun  
François-Noël Buffet  
Christian Cambon  
Jean-Pierre Cantegrit  
Jean-Claude Carle  
Auguste Cazalet  
Gérard César  
Michel Charasse  
Alain Chatillon  
Jean-Pierre Chauveau  
Marcel-Pierre Cléach  
Christian Cointat  
Yvon Collin



Gérard Cornu	Colette Giudicelli	Jean-Claude Merceron
Raymond Couderc	Nathalie Goulet	Michel Mercier
Jean-Patrick Courtois	Jacqueline Gourault	Jacques Mézard
Philippe Dallier	Alain Gournac	Lucette Michaux-
Philippe Darniche	Adrien Gouteyron	Chevy
Serge Dassault	Sylvie Goy-Chavent	Jean Milhau
Isabelle Debré	Francis Grignon	Alain Milon
Robert del Picchia	Charles Guené	Aymeri de
Christian Demuynck	Michel Guerry	Montesquiou
Marcel Deneux	Hubert Haenel	Albéric de Montgolfier
Gérard Dériot	Françoise Henneron	Catherine Morin-
Marie-Hélène Des	Pierre Hérissou	Desailly
Esgaulx	Marie-Thérèse	Philippe Nachbar
Béatrice Descamps	Hermange	Louis Nègre
Sylvie Desmarescaux	Michel Houel	Jacqueline Paris
Denis Detcheverry	Alain Houpert	Monique Papon
Yves Détraigne	Jean-François	Charles Pasqua
Muguette Dini	Humbert	Philippe Paul
Éric Doligé	Christiane Hummel	Anne-Marie Payet
Philippe Dominati	Benoît Huré	Jackie Pierre
Michel Doublet	Jean-Jacques Hyest	François Pillat
Daniel Dubois	Soibahadine Ibrahim	Xavier Pintat
Alain Dufaut	Ramadani	Louis Pinton
André Dulait	Pierre Jarlier	Jean-Pierre Placade
Catherine Dumas	Jean-Jacques Jégou	Rémy Pointereau
Ambroise Dupont	Sophie Joissains	Christian Poncelet
Bernadette Dupont	Jean-Marc Juilhard	Ladislav Poniatowski
Jean-Léonce Dupont	Christiane	Hugues Portelli
Louis Duvernois	Kammermann	Yves Pozzo di Borgo
Jean-Paul Emorine	Fabienne Keller	Catherine Procaccia
Anne-Marie Escoffier	Joseph Kergueris	Jean-Pierre Raffarin
Jean-Claude Etienne	Françoise Laborde	Henri de Raincourt
Pierre Fauchon	Alain Lambert	Bruno Retailleau
Jean Faure	Marc Laménie	Charles Revet
Françoise Férat	Élisabeth Lamure	Philippe Richert
André Ferrand	André Lardeux	Josselin de Rohan
Louis-Constant	Robert Laufoaulu	Janine Rozier
Fleming	Daniel Laurent	Bernard Saugéy
Gaston Flosse	Jean-René Lecerf	Bruno Sido
François Fortassin	Dominique Leclerc	Esther Sittler
Alain Fouché	Antoine Lefèvre	Daniel Soulage
Jean-Pierre Fourcade	Jacques Legendre	Michel Thiollière
Bernard Fournier	Dominique de Legge	André Trillard
Jean-Paul Fournier	Jean-François Le	Catherine Troendle
Jean François-Poncet	Grand	Robert Tropeano
Christophe-André	Jean-Pierre Leleux	François Trucy
Frassa	Philippe Leroy	Alex Türk
Yann Gaillard	Gérard Longuet	Raymond Vall
René Garrec	Simon Loueckhote	Jean-Marie
Joëlle Garriaud-	Roland du Luart	Vanlerenberghe
Maylam	Michel Magras	Alain Vasselle
Christian Gaudin	Lucienne Malovry	François Vendasi
Jean-Claude Gaudin	Philippe Marini	René Vestri
Gisèle Gautier	Daniel Marsin	Jean-Pierre Vial
Jacques Gautier	Pierre Martin	Jean-Paul Virapoullé
Patrice Gérald	Hervé Maurey	François Zocchetto
Bruno Gilles	Jean-François Mayet	
Adrien Giraud	Colette Mélot	

**N'a pas pris part au vote :**

Jean Louis Masson.

**N'ont pas pris part au vote :**

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Roger Romani - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

**SCRUTIN n° 163**

sur l'amendement n° 67, présenté par M. Yves Pozzo di Borgo, Mme Marie-Thérèse Hermange, M. Philippe Dominati et l'amendement n° 446, présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Annie David et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche tendant à supprimer

*l'article 8 bis du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*

Nombre de votants .....	340
Suffrages exprimés .....	209
Pour .....	25
Contre .....	184

Le Sénat n'a pas adopté

**ANALYSE DU SCRUTIN****GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :***Pour : 24***GRUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEEN (17) :***Contre : 2 MM. Gilbert Barbier, Jean-Pierre Chevènement**Abstention : 15***GRUPE SOCIALISTE (115) :***Abstention : 115***GRUPE UNION CENTRISTE (29) :***Pour : 1 M. Yves Pozzo di Borgo**Contre : 28***GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :***Contre : 148**Abstention : 1 Mme Marie-Thérèse Hermange**N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - président du Sénat et M. Roger Romani - qui présidait la séance***REUNION ADMINISTRATIVE DES SENATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :***Contre : 6**N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean Louis Masson***Ont voté pour :**

Éliane Assasi	Évelyne Didier	Jean-Luc Mélenchon
François Autain	Guy Fischer	Isabelle Pasquet
Marie-France Beaufils	Thierry Foucaud	Yves Pozzo di Borgo
Michel Billout	Brigitte Gonthier-	Jack Ralite
Nicole Borvo Cohen-	Maurin	Ivan Renar
Seat	Gélita Hoarau	Mireille Church
Jean-Claude Danglot	Robert Hue	Odetta Terrade
Annie David	Gérard Le Cam	Bernard Vera
Michelle Demessine	Josiane Mathon-Poinat	Jean-François Voguet

**Ont voté contre :**

Nicolas About	Joël Billard	Christian Cambon
Philippe Adnot	Claude Biwer	Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Paul Alduy	Jean Bizet	Jean-Claude Carle
Jean-Paul Amoudry	Jacques Blanc	Auguste Cazalet
Pierre André	Paul Blanc	Gérard César
Jean Arthuis	Pierre Bordier	Alain Chatillon
Denis Badré	Didier Borotra	Jean-Pierre Chauveau
Gérard Bailly	Joël Bourdin	Jean-Pierre
Gilbert Barbier	Brigitte Bout	Chevènement
René Beaumont	Jean Boyer	Marcel-Pierre Cléach
Michel Bécot	Dominique Braye	Christian Cointat
Claude Belot	Marie-Thérèse	Gérard Cornu
Pierre Bernard-	Bruguière	Raymond Couderc
Reymond	Elie Brun	Jean-Patrick Courtois
Laurent Bêteille	François-Noël Buffet	Philippe Dallier

Philippe Darniche  
Serge Dassault  
Isabelle Debré  
Robert del Picchia  
Christian Demuyneck  
Marcel Deneux  
Gérard Dériot  
Marie-Hélène Des  
Esgaulx  
Béatrice Descamps  
Sylvie Desmarescaux  
Denis Detcheverry  
Yves Détraigne  
Muguette Dini  
Éric Doligé  
Philippe Dominati  
Michel Doublet  
Daniel Dubois  
Alain Dufaut  
André Dulait  
Catherine Dumas  
Ambroise Dupont  
Bernadette Dupont  
Jean-Léonce Dupont  
Louis Duvernois  
Jean-Paul Emorine  
Jean-Claude Etienne  
Pierre Fauchon  
Jean Faure  
Françoise Férat  
André Ferrand  
Louis-Constant  
Fleming  
Gaston Flosse  
Alain Fouché  
Jean-Pierre Fourcade  
Bernard Fournier  
Jean-Paul Fournier  
Jean François-Poncet  
Christophe-André  
Frassa  
Yann Gaillard  
René Garrec  
Joëlle Garriaud-  
Maylam  
Christian Gaudin  
Jean-Claude Gaudin  
Gisèle Gautier  
Jacques Gautier  
Patrice Gélard  
Bruno Gilles

Adrien Giraud  
Colette Giudicelli  
Nathalie Goulet  
Jacqueline Gourault  
Alain Gournac  
Adrien Gouteyron  
Sylvie Goy-Chavent  
Francis Grignon  
Charles Guené  
Béatrice Haenel  
Hubert Haenel  
Françoise Henneron  
Pierre Hérisson  
Michel Houel  
Alain Houpert  
Jean-François  
Humbert  
Christiane Hummel  
Benoît Huré  
Jean-Jacques Hyst  
Soibahadine Ibrahim  
Ramadani  
Pierre Jarlier  
Jean-Jacques Jégou  
Sophie Joissains  
Jean-Marc Juillard  
Christiane  
Kammermann  
Fabienne Keller  
Joseph Kergueris  
Alain Lambert  
Marc Laméni  
Élisabeth Lamure  
André Lardeux  
Robert Laufoalulu  
Daniel Laurent  
Jean-René Lecerf  
Dominique Leclerc  
Antoine Lefèvre  
Jacques Legendre  
Dominique de Legge  
Jean-François Le  
Grand  
Jean-Pierre Leleux  
Philippe Leroy  
Gérard Longuet  
Simon Loueckhote  
Roland du Luart  
Michel Magras  
Lucienne Malovry  
Philippe Marini

Pierre Martin  
Hervé Maurey  
Jean-François Mayet  
Colette Mélot  
Jean-Claude Merceron  
Michel Mercier  
Lucette Michaux-  
Chevry  
Alain Milon  
Albéric de Montgolfier  
Catherine Morin-  
Desailly  
Philippe Nachbar  
Louis Nègre  
Jacqueline Panis  
Monique Papon  
Charles Pasqua  
Philippe Paul  
Anne-Marie Payet  
Jackie Pierre  
François Pillet  
Xavier Pintat  
Louis Pinton  
Rémy Pointereau  
Christian Poncelet  
Ladislav Poniatski  
Hugues Portelli  
Catherine Procaccia  
Jean-Pierre Raffarin  
Henri de Raincourt  
Bruno Retailleau  
Charles Revert  
Philippe Richert  
Josselin de Rohan  
Janine Rozier  
Bernard Saugy  
Bruno Sido  
Esther Sittler  
Daniel Soulage  
Michel Thiollière  
André Trillard  
Catherine Troendle  
François Trucy  
Alex Türk  
Jean-Marie  
Vanlerenberghe  
Alain Vasselle  
René Vestri  
Jean-Pierre Vial  
Jean-Paul Virapoullé  
François Zocchetto

Françoise Laurent  
Perrigot  
Jacky Le Menn  
Raymonde Le Texier  
Alain Le Vern  
André Lejeune  
Claudine Lepage  
Claude Lise  
Jean-Jacques Lozach  
Roger Madec  
Philippe Madrelle  
Jacques Mahéas  
François Marc  
Daniel Marsin  
Jean-Pierre Masseret  
Marc Massion  
Pierre Mauroy  
Rachel Mazuir  
Louis Mermaiz  
Jacques Mézard  
Jean-Pierre Michel

Jean Milhau  
Gérard Miquel  
Jean-Jacques Mirassou  
Aymeri de  
Montesquiou  
Jacques Muller  
Robert Navarro  
Jean-Marc Pastor  
Georges Patient  
François Patriat  
Daniel Percheron  
Jean-Claude Peyronnet  
Bernard Piras  
Jean-Pierre Plancade  
Roland Povinelli  
Gisèle Printz  
Marcel Rainaud  
Daniel Raoul  
Paul Raoult  
François Rebsamen  
Daniel Reiner

Thierry Repentin  
Roland Ries  
Michèle San Vicente-  
Baudrin  
Patricia Schillinger  
Michel Scillingier  
René-Pierre Signé  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Catherine Tasca  
Michel Teston  
René Teulade  
Jean-Marc Todeschini  
Robert Tropeano  
Richard Tuheiva  
Raymond Vall  
André Vantomme  
François Vendasi  
Dominique Voynet  
Richard Yung

#### N'a pas pris part au vote :

Jean Louis Masson.

#### N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Roger Romani - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

#### SCRUTIN n° 164

sur l'amendement n° 450 présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Annie David et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche à l'article 10 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Nombre de votants .....	340
Suffrages exprimés .....	340
Pour .....	139
Contre .....	201

Le Sénat n'a pas adopté

#### ANALYSE DU SCRUTIN

##### GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 24

##### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEEN (17) :

Contre : 17

##### GRUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 115

##### GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 29

##### GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

Contre : 149

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - président du Sénat et Mme Monique Papon - qui présidait la séance

#### Abstentions :

Nicolas Alfonsi  
Jacqueline Alquier  
Michèle André  
Serge Andreoni  
Bernard Angels  
Jean-Etienne  
Antoinette  
Alain Anziani  
David Assouline  
Bertrand Auban  
Robert Badinter  
Jean-Michel Baylet  
Jean-Pierre Bel  
Claude Bérin-Débat  
Jacques Berthou  
Jean Besson  
Marie-Christine  
Blandin  
Maryvonne Blondin  
Yannick Bodin  
Nicole Bonnefoy  
Yannick Botrel  
Didier Boulaud  
Alima Boumediene-  
Thierry  
Martial Bourquin

Bernadette Bourzai  
Michel Boutant  
Nicole Bricq  
Jean-Pierre Caffet  
Claire-Lise Campion  
Jean-Louis Carrère  
Françoise Cartron  
Bernard Cazeau  
Monique Cerisier-ben  
Guiga  
Michel Charasse  
Yves Chastan  
Jacqueline Chevé  
Yvon Collin  
Gérard Collomb  
Pierre-Yves Collombat  
Roland Courteau  
Yves Daudigny  
Yves Dauge  
Marc Daunis  
Jean-Pierre Demerliat  
Christiane Demontés  
Jean Desessard  
Claude Domeizel  
Josette Durrieu  
Anne-Marie Escoffier

Alain Fauconnier  
Jean-Luc Fichet  
François Fortassin  
Jean-Claude Frécon  
Bernard Frimat  
Charles Gautier  
Samia Ghali  
Jacques Gillot  
Jean-Pierre Godefroy  
Jean-Noël Guérini  
Didier Guillaume  
Claude Haut  
Marie-Thérèse  
Hermange  
Edmond Hervé  
Odette Herviaux  
Annie Jarraud-  
Vergnolle  
Claude Jeannerot  
Bariza Khiri  
Virginie Klès  
Yves Krattinger  
Philippe Labeyrie  
Françoise Laborde  
Serge Lagauche  
Serge Larcher

**REUNION ADMINISTRATIVE DES SENATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :***Contre : 6**N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean Louis Masson***Ont voté pour :**

Jacqueline Alquier  
 Michèle André  
 Serge Andreoni  
 Bernard Angels  
 Jean-Etienne Antoinette  
 Alain Anziani  
 Éliane Assassi  
 David Assouline  
 Bertrand Auban  
 François Autain  
 Robert Badinter  
 Marie-France Beaufiles  
 Jean-Pierre Bel  
 Claude Bérut-Débat  
 Jacques Berthou  
 Jean Besson  
 Michel Billout  
 Marie-Christine Blandin  
 Maryvonne Blondin  
 Yannick Bodin  
 Nicole Bonnefoy  
 Nicole Borvo Cohen-Seat  
 Yannick Botrel  
 Didier Boulaud  
 Alima Boumediene-Thiery  
 Martial Bourquin  
 Bernadette Bourzai  
 Michel Boutant  
 Nicole Bricq  
 Jean-Pierre Caffet  
 Claire-Lise Champion  
 Jean-Louis Carrère  
 Françoise Cartron  
 Bernard Cazeau  
 Monique Cerisier-ben Guiga  
 Yves Chastan  
 Jacqueline Chevé  
 Gérard Collomb  
 Pierre-Yves Collombat  
 Roland Courteau  
 Jean-Claude Danglot  
 Yves Daudigny  
 Yves Dauge  
 Marc Daunis  
 Annie David

Jean-Pierre Demerliat  
 Michelle Demessine  
 Christiane Demontès  
 Jean Desessard  
 Évelyne Didier  
 Claude Domeizel  
 Josette Durrieu  
 Alain Fauconnier  
 Jean-Luc Fichet  
 Guy Fischer  
 Thierry Foucaud  
 Jean-Claude Frécon  
 Bernard Frimat  
 Charles Gautier  
 Samia Ghali  
 Jacques Gillot  
 Jean-Pierre Godefroy  
 Brigitte Gonthier-Maurin  
 Jean-Noël Guérini  
 Didier Guillaume  
 Claude Haut  
 Edmond Hervé  
 Odette Herviaux  
 Gélita Hoarau  
 Robert Hue  
 Annie Jarraud-Vergnolle  
 Claude Jeannerot  
 Bariza Khiari  
 Virginie Klès  
 Yves Krattinger  
 Philippe Labeyrie  
 Serge Lagache  
 Serge Larcher  
 Françoise Laurent-Perrigot  
 Gérard Le Cam  
 Jacky Le Menn  
 Raymonde Le Texier  
 Alain Le Vern  
 André Lejeune  
 Claudine Lepage  
 Claude Lise  
 Jean-Jacques Lozach  
 Roger Madec  
 Philippe Madrelle  
 Jacques Mahéas  
 François Marc  
 Jean-Pierre Masseret

Marc Massion  
 Josiane Mathon-Poinat  
 Pierre Mauroy  
 Rachel Mazuir  
 Jean-Luc Mélenchon  
 Louis Mermaz  
 Jean-Pierre Michel  
 Gérard Miquel  
 Jean-Jacques Mirassou  
 Jacques Muller  
 Robert Navarro  
 Isabelle Pasquet  
 Jean-Marc Pastor  
 Georges Patient  
 François Patriat  
 Daniel Percheron  
 Jean-Claude Peyronnet  
 Bernard Piras  
 Roland Povinelli  
 Gisèle Printz  
 Marcel Rainaud  
 Jack Ralite  
 Daniel Raoul  
 Paul Raoult  
 François Rebsamen  
 Daniel Reiner  
 Ivan Renar  
 Thierry Repentin  
 Roland Ries  
 Michèle San Vicente-Baudrin  
 Patricia Schillinger  
 Mireille Schurch  
 Michel Sergeant  
 René-Pierre Signé  
 Jean-Pierre Sueur  
 Simon Sutour  
 Catherine Tasca  
 Odette Terrade  
 Michel Teston  
 René Teulade  
 Jean-Marc Todeschini  
 Richard Tuheiava  
 André Vantomme  
 Bernard Vera  
 Jean-François Voguet  
 Dominique Voynet  
 Richard Yung

**Ont voté contre :**

Nicolas About  
 Philippe Adnot  
 Jean-Paul Alduy  
 Nicolas Alfonsi  
 Jean-Paul Amoudry  
 Pierre André  
 Jean Arthuis  
 Denis Badré  
 Gérard Bailly  
 Gilbert Barbier  
 Jean-Michel Baylet  
 René Beaumont

Michel Bécot  
 Claude Belot  
 Pierre Bernard-Raymond  
 Laurent Bêteille  
 Joël Billard  
 Claude Biver  
 Jean Bizet  
 Jacques Blanc  
 Paul Blanc  
 Pierre Bordier  
 Didier Borotra

Joël Bourdin  
 Brigitte Bout  
 Jean Boyer  
 Dominique Braye  
 Marie-Thérèse Bruguère  
 Elie Brun  
 François-Noël Buffet  
 Christian Cambon  
 Jean-Pierre Cantegrit  
 Jean-Claude Carle  
 Auguste Cazalet

Gérard César  
 Michel Charasse  
 Alain Chatillon  
 Jean-Pierre Chauveau  
 Jean-Pierre Chevènement  
 Marcel-Pierre Cléach  
 Christian Cointat  
 Yvon Collin  
 Gérard Cornu  
 Raymond Couderc  
 Jean-Patrick Courtois  
 Philippe Dallier  
 Philippe Darniche  
 Serge Dassault  
 Isabelle Debré  
 Robert del Picchia  
 Christian Demuyneck  
 Marcel Deneuve  
 Gérard Dériot  
 Marie-Hélène Des Esgaulx  
 Béatrice Descamps  
 Sylvie Desmarescaux  
 Denis Detchevery  
 Yves Détraigne  
 Muguette Dini  
 Éric Doligé  
 Philippe Dominati  
 Michel Doublet  
 Daniel Dubois  
 Alain Dufaut  
 André Dulait  
 Catherine Dumas  
 Ambroise Dupont  
 Bernadette Dupont  
 Jean-Léonce Dupont  
 Louis Duvernois  
 Jean-Paul Emorine  
 Anne-Marie Escoffier  
 Jean-Claude Etienne  
 Pierre Fauchon  
 Jean Faure  
 Françoise Férat  
 André Ferrand  
 Louis-Constant Fleming  
 Gaston Flosse  
 François Fortassin  
 Alain Fouché  
 Jean-Pierre Fourcade  
 Bernard Fournier  
 Jean-Paul Fournier  
 Jean François-Poncet  
 Christophe-André Frassa  
 Yann Gaillard  
 René Garrec  
 Joëlle Garriaud-Maylam  
 Christian Gaudin

Jean-Claude Gaudin  
 Gisèle Gautier  
 Jacques Gautier  
 Patrice Gélard  
 Bruno Gilles  
 Adrien Giraud  
 Colette Giudicelli  
 Nathalie Goulet  
 Jacqueline Gourault  
 Alain Gournac  
 Adrien Gouteyron  
 Sylvie Goy-Chavent  
 Francis Grignon  
 Charles Guené  
 Michel Guerry  
 Hubert Haenel  
 Françoise Henneron  
 Pierre Hérissou  
 Marie-Thérèse Hermange  
 Michel Houel  
 Alain Houpert  
 Jean-François Humbert  
 Christiane Hummel  
 Benoît Huré  
 Jean-Jacques Hyest  
 Soibahadine Ibrahim Ramadani  
 Pierre Jarlier  
 Jean-Jacques Jégou  
 Sophie Joissains  
 Jean-Marc Juillard  
 Christiane Kammermann  
 Fabienne Keller  
 Joseph Kergeris  
 Françoise Laborde  
 Alain Lambert  
 Marc Laménié  
 Élisabeth Lamure  
 André Lardeux  
 Robert Laufoaulu  
 Daniel Laurent  
 Jean-René Lecerc  
 Dominique Leclerc  
 Antoine Lefèvre  
 Jacques Legendre  
 Dominique de Legge  
 Jean-François Le Grand  
 Jean-Pierre Leleux  
 Philippe Leroy  
 Gérard Longuet  
 Simon Loueckhote  
 Roland du Luart  
 Michel Magras  
 Lucienne Malovsky  
 Philippe Marini  
 Daniel Marsin  
 Pierre Martin

Hervé Maurey  
 Jean-François Mayer  
 Colette Mélot  
 Jean-Claude Merceron  
 Michel Mercier  
 Jacques Mézard  
 Lucette Michaux-Chevy  
 Jean Milhau  
 Alain Milon  
 Aymeri de Montesquiou  
 Albéric de Montgolfier  
 Catherine Morin-Desailly  
 Philippe Nachbar  
 Louis Nègre  
 Jacqueline Panis  
 Charles Pasqua  
 Philippe Paul  
 Anne-Marie Payet  
 Jackie Pierre  
 François Pillet  
 Xavier Pintat  
 Louis Pinton  
 Jean-Pierre Plancade  
 Rémy Pointereau  
 Christian Poncelet  
 Ladislav Poniatowski  
 Hugues Portelli  
 Yves Pozzo di Borgo  
 Catherine Procaccia  
 Jean-Pierre Raffarin  
 Henri de Raincourt  
 Bruno Retailleau  
 Charles Revet  
 Philippe Richert  
 Josselin de Rohan  
 Roger Romani  
 Janine Rozier  
 Bernard Saugé  
 Bruno Sido  
 Esther Sittler  
 Daniel Soulage  
 Michel Thiollière  
 André Trillard  
 Catherine Troendle  
 Robert Tropeano  
 François Trucy  
 Alex Türk  
 Raymond Vall  
 Jean-Marie Vanlerenberghe  
 Alain Vasselle  
 François Vendasi  
 René Vestri  
 Jean-Pierre Vial  
 Jean-Paul Virapoullé  
 François Zocchetto

**N'a pas pris part au vote :**

Jean Louis Masson.

**N'ont pas pris part au vote :**

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Monique Papon - qui présidait la séance, .

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus







## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>03</b>	Compte rendu ..... 1 an	<b>171,30</b>
<b>33</b>	Questions ..... 1 an	<b>118,90</b>
<b>83</b>	Table compte rendu ..... 1 an	<b>29,40</b>
	<b>DÉBATS DU SÉNAT</b>	
<b>05</b>	Compte rendu ..... 1 an	<b>153,30</b>
<b>35</b>	Questions ..... 1 an	<b>86,10</b>
<b>85</b>	Table compte rendu ..... 1 an	<b>26,00</b>
<b>95</b>	Table questions ..... 1 an	<b>18,10</b>
	<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>07</b>	Série ordinaire ..... 1 an	<b>894,50</b>
	<b>DOCUMENTS DU SÉNAT</b>	
<b>09</b>	Un an .....	<b>865,90</b>

**En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande**

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(\*) Arrêté du 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

---

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15  
Standard : **01-40-58-75-00** – Renseignements documentaires : **01-40-58-79-79** – Télécopie abonnement : **01-40-58-77-57**

---

**Prix du numéro : 2,50 €**